



## **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

### **FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA CARRERA PSICOLOGÍA GENERAL**

**TEMA:**

**“APLICACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS NIÑAS Y PRE-ADOLESCENTES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD QUE ESTÉN EN CONDICIÓN DE ABANDONO DE SUS PROGENITORES EN LA FUNDACIÓN CRISTO DE LA CALLE DE LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2015.”**

**Trabajo de Grado Previo a la Obtención del Título de Psicóloga**

**Autora:**

Gisela Álvarez

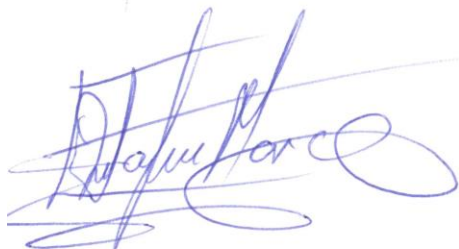
**Tutor:**

Dr. Marco Tafur

**Ibarra – 2015**

## ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR

El tema de trabajo de grado previo a la obtención de título de Psicóloga denominado **“APLICACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS NIÑAS Y PRE-ADOLESCENTES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD QUE ESTÉN EN CONDICIÓN DE ABANDONO DE SUS PROGENITORES EN LA FUNDACIÓN CRISTO DE LA CALLE DE LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2015.”** Ha sido desarrollado cumpliendo con todos los requisitos estipulados por la Facultad, por lo que autorizo su presentación para la defensa pública de la misma fecha que asignen las autoridades de la Facultad



Dr. Marco A. Tafur

**DIRECTOR TRABAJO DE GRADO**

## **DEDICATORIA**

Para alcanzar las metas es suficiente una receta que incluya el coraje, dedicación, esfuerzo, constancia y sobre todo la motivación a seguir nuestros sueños, sin olvidar que son alcanzables con cierta ayuda de los demás, no con todo, porque no solo somos seres sociales si no que somos seres impulsados por quienes nos rodean.

Por esa y más razones la presente investigación está dedicada a Dios porque con su amor y misericordia me mantuvo firme y no desmaye aunque el camino haya sido difícil.

A mis amados padres por extenderme su mano en todo tiempo y creer en mí, a mi hermano por ser mi fortaleza en tiempo de debilidad, a mi mejor amiga por su constante apoyo y a mis queridos docentes que con paciencia y amor me brindaron sus conocimientos.

.

**GI SELA ÁLVAREZ.**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Técnica del Norte por abrir sus puertas y darme la oportunidad de alcanzar una meta más, de antemano deseo muchos éxitos a esta casa educativa, especialmente a la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología (FECYT).

A mi familia que ha sido incondicional aun en los momentos más difíciles jamás se apartaron de mí, a mis amigos que ellos también han formado una parte importante en mi desarrollo académico, por no abandonarme nunca y mantener siempre viva la esperanza en mí.

A todos mis profesores de la carrera de Psicología General, por brindarnos su apoyo incondicional a cada uno de los estudiantes que formamos parte de esta hermosa carrera que está destinada a brindarnos el mayor de los éxitos profesionales, gracias a ellos porque más que profesores han sido unos buenos amigos.

A la “Fundación Cristo de la Calle”, de todo corazón por haberme abierto las puertas de su institución y con su colaboración desinteresada, me brindo todo el apoyo necesario para la ejecución de esta investigación.

Y sobre todo agradezco a Dios por darme fuerza y las bendiciones que necesite y necesito en cada paso que doy a EL eternamente agradecida por su amor desinteresado e infinito.

**GISELA ÁLVAREZ.**

## ÍNDICE GENERAL

Aceptación del Director.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice General.....	v
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi

### CAPÍTULO I

#### 1. EL PROBLEMA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del Problema.....	4
1.3 Formulación del Problema.....	6
1.4 Delimitación.....	6
1.4.1 Unidad de Observación.....	6
1.4.2 Delimitación Espacial.....	6
1.4.3 Delimitación Temporal.....	6
1.5 Objetivos.....	7
1.5.1 Objetivos Generales.....	7
1.5.2 Objetivos Específicos.....	7
1.6 Justificación.....	8

### CAPÍTULO II

#### 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamento Teórico.....	9
2.1.1 Fundamentación Psicológica.....	9
2.1.2 Fundamentación Sociológico.....	10
2.1.3 Fundamentación Legal.....	11
2.1.4 Abandono Infantil.....	12
2.1.4.1 Causas del abandono infantil	13
2.1.4.2 Características psicosociales y emociones del niño y pre- adolescente.....	16
2.1.4.3 Estadísticas de Niños, Niñas y Adolescentes en situación de Abandono.....	18
2.1.4.4 Código de la Niñez y Adolescencia.....	19

2.1.4.5	Condiciones emocionales de infantes y pre-adolescentes en condición de abandono.....	20
2.1.4.6	Efectos emocionales más comunes.....	22
2.1.4.7	Acogimiento institucional.....	23
2.1.4.8	Comportamiento adaptativo ante acogimiento institucional...	24
2.1.5	Historia del Psicodrama.....	26
2.1.5.1	Definición.....	26
2.1.5.2	Historia.....	27
2.1.5.3	Elementos del Psicodrama.....	32
2.1.5.4	Etapas del Psicodrama.....	32
2.1.5.5	Tipos de Psicodrama.....	44
2.1.5.6	Uso del Psicodrama.....	47
2.1.5.7	Técnicas del Psicodrama.....	49
2.2	Posicionamiento teórico personal.....	52
2.3	Glosario de términos.....	52
2.4	Interrogantes de Investigación.....	56
2.5	Matriz Categorical.....	57

### **CAPÍTULO III**

#### **3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1	Tipo de Investigación.....	58
3.2	Métodos de Investigación.....	59
3.3	Técnicas e instrumentos de Investigación.....	59
3.4	Población.....	61
3.5	Muestra.....	61

### **CAPÍTULO IV**

#### **4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1.	Evaluación.....	62
4.1.1.	Escala de Ansiedad Infantil de Spence.....	62
4.1.2.	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.....	64
4.2.	Evaluación Post aplicación de técnicas.....	66
4.2.1.	Escala de Ansiedad Infantil de Spence.....	66
4.2.2.	Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.....	68

**CAPÍTULO V**  
**5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones.....	77
5.2	Recomendaciones.....	79
5.3	Respuestas a las Interrogantes de Investigación.....	80

**CAPÍTULO VI**  
**6. PROPUESTA ALTERNATIVA**

6.1	Título de la Propuesta .....	84
6.2	Justificación e importancia.....	84
6.3	Fundamentación.....	85
6.4	Objetivos.....	87
6.4.1	Objetivo general.....	87
6.4.2	Objetivos específicos.....	87
6.5	Ubicación sectorial y física.....	87
6.6	Desarrollo de la propuesta.....	88
6.7	Impactos .....	109
6.7.1	Impacto social: .....	109
6.7.2	Impacto psicológico: .....	109
6.8	Difusión.....	109
6.9	Bibliografía.....	110

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1:</b>	Algunos Hitos Relevantes del Psicodrama.....	30
<b>Tabla 2:</b>	Escena abierta.....	36
<b>Tabla 3:</b>	Matriz Categorial.....	57
<b>Tabla 4:</b>	Nomenclatura de la Tabla de Resultados.....	62
<b>Tabla 5:</b>	Resultados Escala de Ansiedad Infantil de Spence. Pre Técnicas.....	63
<b>Tabla 6:</b>	Nomenclatura de la Tabla de Resultados.....	64
<b>Tabla 7:</b>	Resultados Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Pre Técnica.....	65
<b>Tabla 8:</b>	Resultado Escala de Ansiedad Infantil de Spence Post	

	Técnica.....	67
<b>Tabla 9:</b>	Resultado Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Post Técnicas.....	69
<b>Tabla 10:</b>	Ataques de pánico y agorafobia Pre Técnica.....	70
<b>Tabla 11:</b>	Ataques de pánico y agorafobia Post Técnica.....	70
<b>Tabla 12 :</b>	Trastorno de ansiedad por separación Pre Técnica.....	71
<b>Tabla 13 :</b>	Trastorno de ansiedad por separación Post Técnica.....	71
<b>Tabla 14:</b>	Fobia social Pre Técnicas.....	72
<b>Tabla 15:</b>	Fobia social Post Técnicas.....	72
<b>Tabla 16:</b>	Miedos Pre Técnicas.....	73
<b>Tabla 17:</b>	Miedos Post Técnicas.....	73
<b>Tabla 18:</b>	Trastorno obsesivo compulsivo Pre Técnicas.....	74
<b>Tabla 19:</b>	Trastorno obsesivo compulsivo Post Técnicas.....	74
<b>Tabla 20:</b>	Trastorno de ansiedad generalizada Pre Técnica.....	75
<b>Tabla 21:</b>	Trastorno de ansiedad generalizada Post Técnica.....	75
<b>Tabla 22:</b>	Depresión Pre Técnica.....	76
<b>Tabla 23:</b>	Depresión Post Técnica.....	76
<b>Tabla 24:</b>	Desarrollo de la Propuesta.....	88

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b>	Ataques de pánico y agorafobia Pre Técnica.....	70
<b>Gráfico 2:</b>	Ataques de pánico y agorafobia Post Técnica.....	70
<b>Gráfico 3:</b>	Trastorno de ansiedad por separación Pre Técnica.....	71
<b>Gráfico 4:</b>	Trastorno de ansiedad por separación Post Técnica.....	71
<b>Gráfico 5:</b>	Fobia social Pre Técnica.....	72
<b>Gráfico 6:</b>	Fobia social Post Técnica.....	72
<b>Gráfico 7:</b>	Miedos Pre Técnica.....	73
<b>Gráfico 8:</b>	Miedos Post Técnica.....	73
<b>Gráfico 9:</b>	Trastorno obsesivo compulsivo Pre Técnica.....	74
<b>Gráfico 10:</b>	Trastorno obsesivo compulsivo Post Técnica.....	74
<b>Gráfico 11:</b>	Trastorno de ansiedad generalizada Pre Técnica.....	75
<b>Gráfico 12:</b>	Trastorno de ansiedad generalizada Post Técnica.....	75
<b>Gráfico 13</b>	Depresión Pre Técnica.....	76
<b>Gráfico 14:</b>	Depresión Post Técnica.....	76



## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue ejecutar estrategias terapéuticas basadas en varias técnicas psicodramáticas que aporten al desarrollo de niños, niñas y preadolescentes que se encuentran en condiciones de abandono y que estén albergados en la Fundación Cristo de la Calle en la ciudad de Ibarra; la finalidad de esta investigación fue mitigar niveles de ansiedad y depresión que han sido provocadas por carencias afectivas debido a la ausencia de identidad paterna. Por lo que dentro de esta investigación se trabajó para obtener un resultado de primera instancia con la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) la que nos permite evaluar (Ataques de pánico y agorafobia (APA), Trastorno de ansiedad por separación (TAS), Fobia social (FS), Miedos (MI), Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)), acompañada de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, lo que afirma que estos niños, niñas y preadolescentes se encontraban con niveles elevados de ansiedad y depresión. Seguido a esto se vio conveniente trabajar con tres tipos de psicodrama tales como el psicodrama expresivo, descriptivo y exploratorio; usando las técnicas conocidas como, Dramatización de una fábula o historia, Representación de animales, el espejo, la silla vacía y cambio de roles. Después de usadas estas técnicas psicodramáticas ya mencionadas por varias sesiones dentro y fuera de “casa familia” se detectó mejoras en los niños niñas y preadolescentes. En la evaluación final se evidenciaron que bajaron los niveles de ansiedad y depresión detectados al inicio de la investigación.

## **ABSTRACT**

The objective of the present investigation was to apply therapeutic strategies based on several psychodramatic techniques which contribute to the development of children and preteenagers who are under abandon conditions. Moreover, they are actually refuged in Cristo de la Calle Foundation in Ibarra city. The main purpose of this investigation was to mitigate the levels of anxiety and depression which are result of the lack of family affection, when the father has left home permanently.

Firstly, it was applied the Spence's Anxiety Scale for children to get the first results, this allowed us to diagnose (panic attacks and agoraphobia (APA), Separation anxiety disorder (TAS), Social phobia (FS, fears (MI), obsessive-compulsive disorder (TOC), Generalized anxiety disorder (TAG), accompanied of the Zung's Depression Self-evaluation scale, which affirms that these children and preteenagers were under high levels of anxiety and depression. Additionally, it was convenient to work with three types of psychodramas such as expressive, descriptive and exploratory through dramatization of a tale or story, role playing animals, the mirror, the empty chair and switching roles.

After all the psichodramatic techniques application in several sessions in and out "their home", it was notisable a better behavior in children and preteenagers. The final interview showed the results with lower levels of anxiety and depression unlike the first results of the investigation.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de esta investigación, “aplicación de técnicas psicodramáticas usada como una estrategia terapéutica en niños niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años que estén en condición de abandono”, se desarrolló mediante trabajo grupal con dicha población que han sido acogidos en la Fundación Cristo de la Calle ubicada en la ciudad de Ibarra; esta investigación fue desarrollado específicamente con niñas, niños y pre-adolescentes que pertenezcan al proyecto llamado “mi derecho a vivir en familia”, con el fin de brindar ayuda psicológica con las técnicas psicodramáticas creada por Jacob L. Moreno en el año de 1931

Al desarrollar esta técnica, la meta fue alcanzar un fortalecimiento anímico o emocional en las personas antes mencionadas y como resultado mejorar sus relaciones sociales dentro y fuera de la institución a la que ellos pertenecen.

Por consiguiente las técnicas psicodramáticas, en esta investigación han sido; el teatro, el drama, juego de roles, y más, las que nos permitieron observar la espontaneidad de cada uno de los niños, niñas y preadolescentes al demostrar ciertos tipos de malestar emocional frente al abandono de parte de sus progenitores.

Con cada una de estas actividades con las que se trabaja, permitirá verificar si existen dolencias afectivas y emocionales que han sido provocadas por el abandono

Al haber llegado a identificar sus dolencias sin causar ningún tipo de frustración se realizó la desensibilización de sus emociones, intentando llegar a un cambio de actitud en su vida cotidiana dentro y fuera de casa familia, mejorando sus relaciones interpersonales, el psicodrama es una técnica que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento de tal manera disminuye dolencias afectivas.

La estructura general de la presente investigación está compuesta por capítulos en los que se puntualizan los contenidos de la siguiente manera:

Capítulo I, se habla del PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: En el capítulo en cuestión se describe los antecedentes, se formula el problema, se especifica la delimitación, se plantea objetivos, y para finalizar la justificación de la investigación.

Capítulo II, se redacta el MARCO TEÓRICO: En este capítulo se expone la matriz categorial, temas y subtemas relacionados con el abandono aménos y la aplicación de técnicas psicodramáticas; el glosario de términos que proporcionan una mejor comprensión del contenido. También consta de la fundamentación teórica que sustenta la investigación.

Capítulo III, METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN: En este capítulo se puntualiza: el tipo y diseño de la investigación que enmarcaron el presente trabajo.

Capítulo IV, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: En este capítulo se muestra el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos con los instrumentos psicométricos aplicados a niños niñas y pre-adolescentes de la Fundación Cristo de la Calle, que hicieron posible la investigación.

Capítulo V, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: Dentro de este capítulo se presentan las conclusiones alcanzadas y las respectivas recomendaciones propuestas al finalizar la investigación.

Capítulo VI, PROPUESTA ALTERNATIVA: Este capítulo refiere la propuesta mediante la cual se logró la consecución de los objetivos planteados.

El documento cierra con la bibliografía empleada y los concernientes anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Antecedentes**

Al indagar en diferentes fuentes, se puede revelar que en la problemática social conocida como el abandono de Niños Niñas y Adolescentes (NNA) se han realizado un sin número de proyectos y programas, pero a pesar de los esfuerzos sigue en aumento los niños en las calles dedicados a la mendicidad, a trabajos forzados y en el peor de los casos involucrados en problemáticas como la prostitución, delitos o drogadicción. Una mínima cifra de niños y niñas en situación de abandono son albergados en instituciones de acogimiento

Lo mencionado se puede constatar en el trabajo de grado “El abandono de padres de familia en el proceso enseñanza aprendizaje de los niños de cuarto año de educación básica” desarrollada en la Universidad técnica de Ambato por Copara Chancusi Wilma Ximena, (2012); menciona que “Nuestro País Ecuador, con respeto al abandono de los padres a sus hijos ha hecho poco, pues se sigue incrementando niños y adolescentes abandonados el cual ha perjudicado en el proceso de desarrollo y aprendizaje.” Por esta razón es notoria la necesidad de profundizar tal tema e implementar medios de ayuda ya que se podría mejorar el desarrollo de niños, niñas y adolescentes que han sufrido un abandono.

De la misma manera en el trabajo de grado de la Universidad Politécnica Salesiana (2012), denominado “Análisis de la construcción de la identidad en niños y niñas” nos menciona que La identidad es la que nos da un lugar único en la sociedad, como un sello que nos hace irrepetibles. Y así como debe ser sólida y constante, también debe ser transformable. La poca tolerancia a la frustración y la resistencia al cambio hace que el sentimiento de identidad se resienta provocando angustia por la necesidad de seguridad y de que todo permanezca igual, porque esos cambios son vistos como una amenaza de pérdida de la identidad” por lo que es importante también tomar en cuenta el desarrollo de identidad y mejorar el estima de niños niñas y adolescentes que han sufrido abandono de parte de progenitores.

Podemos apreciar también que en la Universidad de Cuenca Facultad de Jurisprudencia (2011) Jhohanna Coronel, señala que: “La migración es un problema social que se ha incrementado en los últimos años, ocasionado por las condiciones socio-económicas, la falta de oportunidades del trabajo, que llevan a la extrema pobreza y que hacen que los padres de familia viajen hacia otros países con la esperanza de buscar una mejor calidad de vida y así poder brindar mejoras financieras a su familia, sin reconocer los serios problemas que desencadena la migración, provocando la desintegración familiar, maltrato, abandono, trastornos emocionales, alcoholismo, problemas sociales como la delincuencia, drogadicción, abusos físicos, psicológicos y sexuales por parte de los cuidadores del bienestar de sus hijos.”

La migración en los padres de familia afecta en gran manera a los niños niñas y preadolescentes en cuanto a su desarrollo, afectivo, social, emocional, conductual, por lo que resulta importante el trabajo con este tipo de población que han sufrido un abandono.

Encontramos también que en la Universidad De Las Américas, facultad de ciencias jurídicas (2003), María Cristina, indica que: “En Ecuador existen niños niñas y adolescentes que viven en condiciones de desprotección, pese a que es obligación del Estado garantizar real y efectivamente sus derechos; las leyes dictadas a su favor, no se han aplicado correctamente, a esta circunstancia se debe agregar, la grave crisis económica que atraviesa el país, que ha desencadenado fenómenos migratorios, provocando de esta forma la desintegración familiar, lo que ha impedido que los niños tengan en especial el derecho de vivir en un hogar.”

“Correlativamente a esto también tiene grave incidencia el divorcio, la violencia, los conflictos familiares y otros factores sociales que ha provocado que cada día sea mayor el número de niños abandonados, constituyéndose en un grave problema social, con consecuencias que generan una decadencia de los valores morales de nuestra niñez y juventud, incidiendo a que los niños presenten una conducta irregular que culmina en la delincuencia y drogadicción.” De esta forma, la grave crisis económica que afecta a las familias de sectores populares ha obligado a que día a día miles de niños del Ecuador tengan que salir a las calles a enfrentarse a una realidad de sufrimiento que les impide su crecimiento y desarrollo normal”. UDLA, María Cristina 2013

Por lo que en el año 2009, en la ciudad de Ibarra la Fundación Cristo de la Calle se preocupa por “El acogimiento familiar que ofrece a los niños y niñas en situación de riesgo la posibilidad de establecer vínculos sanos y adecuados con personas adultas, relaciones afectivas positivas dentro de un entorno familiar no desestructurado, no violento y no negligente. De esta manera pueden aprender a relacionarse, convivir y a querer de una forma saludable.



## **1.2. Planteamiento del problema**

En nuestra sociedad encontramos casos de niños, niñas y pre-adolescentes en condición de abandono que se encuentran en las calles de nuestros barrios, de nuestra ciudad y de la misma forma en todo nuestro país. Esta problemática afectan a los grupos menos integrados de la comunidad que día tras día va en aumento, tiene como principales causas: desigualdades sociales, incumplimiento de los derechos humanos, problemas familiares, padres privados de la libertad, extrema pobreza, entre otros; a menudo, este ambiente social poco favorable da lugar al abandono.

En cuanto a la problemática del abandono, las autoridades han generado un sin fin de proyectos y programas para este sector vulnerable, como por ejemplo los centros de acogida que en nuestra ciudad son la Fundación Cristo de la calle y las Aldeas S.O.S, como principales, pero a pesar de esto aún encontramos en nuestra ciudad y en sus alrededores niños y niñas callejizados los mismos que son vulnerables a daños emocionales provocados por la sociedad, aquellos que se encuentran más expuestos a situaciones de marginación y exclusión. Es por esta razón que Niños, Niñas y Adolescentes (N.N.A.), resultan afectados con graves repercusiones psicológicas a nivel emocional, conductual y social.

Se han realizado varias investigaciones acerca de las posibles consecuencias tanto a corto plazo como a largo plazo del abandono de menores, entre las cuales destaca la investigación realizada en nuestro medio publicada por METRO ECUADOR archivo de noticias Guayaquil, (2012) por Eva Acosta;

*“En Ecuador hay 490 mil niños abandonados por sus padres; A NIVEL nacional, el 8,53% de niños y niñas no viven con sus padres. De ese total (490.383 menores), el 1% tiene alguna discapacidad y el 90% se ubica en edades entre 5 y 18 años, según un estudio realizado en el 2009 por la Organización Aldeas Infantiles SOS. Los quintiles (\*) 1 y 2 de pobreza acogen al 40% de los menores desamparados, quienes en su mayoría logran acceder a la educación primaria después de los 10 años de edad. Esto, gracias al apoyo de algún familiar, que en el 53% se trata de los abuelos de los menores; sin embargo, 3 de cada 10 niños abandonados no logra acceder a la educación, mientras que el 95% de ellos sufre explotación laboral, recibiendo cada mes salarios menores a 100 dólares. Una de las consecuencias a largo plazo es que cuando estos niños privados del cuidado de sus progenitores- llega a los 18 años, el 12% de ellos no sabe leer ni escribir.”*

Y los efectos varían dependiendo de las circunstancias de dicho abandono, características personales del niño y el entorno del mismo.

Podemos evidenciar que en la ciudad de Ibarra contamos con centros de acogida a Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) con tales casos, los cuales serán atendidos y llevados a convivir en un “hogar” sin tomar en cuenta sus problemas emocionales causados por el abandono de progenitores; entonces con el proyecto se buscó trabajar con técnicas del psicodrama y poder explorar sus actitudes y respuesta emocional frente a esta técnica.

### **1.3 Formulación Del Problema**

¿Cómo determinar los efectos psicológicos negativos que causa el abandono en niños, niñas y preadolescentes pertenecientes a la Fundación Cristo de la Calle?

### **1.4 Delimitación**

#### **1.4.1 Unidad de Observación**

Niños, niñas y pre-adolescentes en condición de abandono, de ambos géneros y diversa cultura étnica de 8 a 12 años de la Fundación Cristo de la Calle.

#### **1.4.2 Delimitación espacial**

Fundación Cristo de la Calle, Ubicada en la calle Pedro Vicente Maldonado 1419 y Guillermina García; Ibarra Imbabura Ecuador

#### **1.4.3 Delimitación Temporal**

La investigación se efectuó desde el mes de Marzo al mes de Agosto del año 2015.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo General**

Determinar los efectos psicológicos negativos asociados a la sintomatología de ansiedad y depresión en niños, niñas y pre-adolescentes provocadas por el abandono de sus progenitores.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- Evaluar y determinar la presencia de ansiedad y el estrés a través de reactivos psicológicos en niños, niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle” provocados por el abandono.
- Valorar y determinar la disminución de ansiedad y rasgos depresivos en niños, niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle” provocados por el abandono.
- Construir y socializar una Guía de técnicas psicodramáticas para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores.

## **1.6 Justificación**

Debido a la inquietud de ver niños que han sido abandonados y posteriormente albergados en la Fundación Cristo de la Calle, se buscó alternativas para alcanzar soluciones a las repercusiones psicológicas que presentan después de dicho acontecimiento o cambios, mediante técnicas psicodramáticas.

Es conveniente e interesante trabajar con el psicodrama ya que este nos ayuda a desarrollar la espontaneidad a través de dramas o teatros, dichas técnicas nos benefician con una disminución de ansiedad, tristeza entre otras alteraciones emocionales que repercuten en niños, niñas y adolescentes que han sufrido abandono por parte de sus progenitores.

Al usar las técnicas del psicodrama se desea alcanzar un cambio anímico logrando mejorar la conducta de los niños, niña y pre-adolescente, dentro y fuera de la casa familia.

Con esta investigación se buscó disminuir el sufrimiento de aquellos que han tenido que pasar por este proceso que es el abandono de sus progenitores y como resultado obtener el mejoramiento en su adaptación a nuevas personas.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Fundamentación Teórica**

##### **2.1.1 Fundamentación Psicológica**

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo; cada una de puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada. Lang (1968). Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad.

Jacob Levy Moreno (1921); sustenta que a través del reconocimiento de la espontaneidad como fundamento esencial de la persona aceptando el aquí y el ahora; y la teoría de los roles como explicación de nuestra conducta social, dentro de la espontaneidad de emociones albergadas en cada persona se reconoce que el psicodrama sirve en gran manera para disminuir conductas agresivas.

Teoría de Schachter-Singer (1962) menciona que las emociones dependen de una doble apreciación cognitiva: como evaluamos el suceso y como identificamos lo que está pasando en nuestro cuerpo, afirma que la situación donde nos hallemos al sentir la activación (el ambiente) nos da pistas sobre cómo debemos responder a dicho estado. Las respuestas

emocionales se ven afectadas directa o profundamente por la forma en que interpretamos una situación o la manera en cómo nos la interpreten.

La teoría de James-Lange (1884), (la naturaleza y la transmisión de las emociones). Esta teoría afirma que después de experiencias o estímulos, el sistema nervioso autónomo crea respuestas fisiológicas como puede ser tensión muscular, lagrimeo, aceleración cardiorrespiratoria, entre otras que dan origen a las emociones.

### **2.1.2 Fundamentación Sociológica**

La propia represión de las emociones también tiene una evidente función social. En un principio se trata de un proceso claramente adaptativo, por cuanto que es socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso a la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social. No obstante, en algunos casos, la expresión de las emociones puede inducir el los demás altruismo y conducta prosocial, mientras que la inhibición de otras puede producir malos entendidos y reacciones indeseables que no se hubieran producido en el caso de que los demás hubieran conocido el estado emocional en el que se encontraba. (Pennebaker, 1993).

Emilio Durkheim (1858-1917) afirma que la sociedad, sería que los individuos obtengan el máximo bienestar posible dentro de ella, bienestar que solo garantiza el orden y conformidad.

### 2.1.3 Fundamentación Legal

Al adentrarnos en la difusión y aceptación del buen vivir tomamos a la Constitución de la República del Ecuador aprobada en el 2008, en el capítulo tercero, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria; Art. 35.- Las personas adultas mayores, *niñas, niños y adolescentes*, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, *recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.*

De acuerdo al Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: inciso 4: Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones. Inciso 8: Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

De acuerdo con la Constitución Del Ecuador nos respaldamos en dichos artículos ya que estos mencionan la protección obligatoria que se debe prestar a los menores en condiciones vulnerables, es decir la ley ampara y protege a niños, niñas y pre-adolescentes que estén en calidad de abandono.



#### **2.1.4. ABANDONO INFANTIL**

El abandono infantil es un déficit en el cumplimiento de las necesidades básicas. El abandono infantil es la falta de atención básica tanto en la salud física, la supervisión, la nutrición, apoyo emocional, educación o vivienda segura. La pobreza es a menudo un problema que lleva a los padres a no ser capaz de proporcionar los debidos cuidados a sus hijos. El abandono infantil es la forma más frecuente de abuso de los niños, con los niños que nacen de madres jóvenes en un riesgo sustancial para la negligencia.

Se le llama abandono infantil a una forma de violencia hacia los niños y ocurre cuando alguien intencionalmente no le colma al niño sus necesidades vitales o lo hace descuidando de manera imprudente su bienestar (Burudy, 1998).

Por otro lado Papalia (2001) ve el concepto como fracaso de los padres o tutores para proporcionar las necesidades básicas a un niño por una privación emocional o física que interfiere con el crecimiento y desarrollo normales o que pone al niño en peligro.

García (1997), menciona que el abandono es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una desatención ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores.

El abandono infantil en nuestro país se presenta, tanto en hombres como en mujeres que no tienen el valor de afrontar las consecuencias de sus actos, abandonan a sus hijos para librarse de aquella responsabilidad que tienen sobre ellos, quizá sea la falta de educación sexual, que hace que exista embarazos no deseados, abortos o abandonos, también puede ser el factor económico, el que conlleva a los padres a desligarse de los niños, el no poder alimentarlos como se debe, vestirlos, educarlos, entre otras cosas. Son varias las causas que podemos hallar en este problema llamado abandono infantil

#### **2.1.4.1. Causas del Abandono Infantil**

**Pobreza.-** Las familias que viven en la pobreza tienen dificultades para satisfacer sus necesidades básicas, como por ejemplo para el alimentación diaria de los hijos (poner comida en la mesa) y cuidar adecuadamente a los niños. Los padres pueden sentir que los niños están mejor sin ellos y eligen abandonarlos en el sistema público de cuidados infantiles o dejarlos con sus parientes creyendo que así tendrán una mejor vida. (Michelle Blessing 2003)

**Historia de abandono o abuso.-** La historia tiende a repetirse y esto es especialmente cierto en el caso de patrones de abuso y negligencia. Los padres que han experimentado abuso, negligencia o abandono a manos de alguien cuando ellos eran niños tienen más probabilidades de repetir el patrón y abusar, ser negligentes o abandonar a sus propios hijos. La UNICEF estima que 13 millones de niños alrededor del mundo han sido abandonados por ambos padres por varias razones, entre ellas, abuso y negligencia. (Michelle Blessing 2003)

**Discapacidad o enfermedad del niño.-** esta puede ser una de las causas de abandono ya que un niño nacido con una discapacidad, malformación congénita o enfermedad crónica debe conservar mayores cuidados que los demás, se dice que los padres que viven con un hijo con una condición crónica pueden no ser capaces de lidiar con las crecientes demandas de su hijo en especial los padres que viven en la pobreza, estos padres creen que su hijo estará mejor sin ellos y los abandonan en el sistema público ya sea a instituciones o aldeas de ayudas sociales o los dejan viviendo con parientes. (Michelle Blessing 2003)

**Problemas de comportamiento.-** Todos los niños experimentan problemas de comportamiento a medida que se desarrollan, crecen y aprenden sobre el mundo a su alrededor. Para algunos padres, el mal comportamiento de sus hijos es una fuente de estrés extremo y son incapaces de manejarlos o mantener el control de sus niños. Otros padres tienen hijos con comportamientos extremos, incluso criminales, que son incapaces o no quieren controlar. Estos niños están bajo un riesgo mayor de ser removidos del cuidado de sus padres y ser ubicados en situaciones alternativas para ellos. (Michelle Blessing 2003)

**Madres jóvenes.-** Muchas madres jóvenes luchan por satisfacer las exigencias de cuidar a un bebé mientras que siguen siendo una niña ellas mismas. Los bebés nacidos de madres más jóvenes tienen un mayor riesgo de abuso, negligencia y abandono, según la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Estos niños pueden terminar siendo criados por el sistema público o por sus abuelos en ausencia de sus padres jóvenes. (Michelle Blessing 2003)

**Consumo de sustancias por parte de los padres o personas a cargo.-** después de provocar un maltrato infantil la mayoría de los hijos de alcohólicos han experimentado cierta forma de abandono o abuso. Según “Los Hijos de Alcoholicos No. 17 (Revisado 5/99)” Un niño en este tipo de familia puede tener una variedad de problemas:

- Culpabilidad: El niño puede creer que es la causa primordial de que su padre/madre abuse de la bebida.
- Ansiedad: El niño puede estar constantemente preocupado acerca de la situación en su hogar. Puede temer que el padre alcohólico se enferme o se hiera, y puede también temer a las peleas y la violencia
- Vergüenza: Los padres pueden transmitirle al niño el mensaje de que hay un terrible secreto en el hogar. El niño que está avergonzado no invita sus amigos a la casa y teme pedir ayuda a otros.
- Incapacidad de establecer amistades: Como el niño ha sido decepcionado tantas veces por el padre/madre que bebe, no se atreve a confiar en otros.
- Confusión: El padre alcohólico cambia de momento, va de ser amable a ser violento sin ninguna relación con el comportamiento del niño. Una rutina regular diaria, tan importante para el niño, no existe en su casa porque las horas de las comidas y de acostarse cambian.
- Ira: El niño siente ira y rabia contra el padre alcohólico porque bebe tanto y suele estar enojado también con el padre que no es alcohólico porque no le da apoyo o protección.
- Depresión: El niño se siente solo e incapaz de poder hacer algo para cambiar la situación.

Algunos hijos de alcohólicos tratan de actuar como "padres" responsables de la familia y entre sus amigos. Tratan de hacerle frente al alcoholismo convirtiéndose en personas controladas, que tienen mucho éxito en la escuela, pero que viven emocionalmente aislados de otros niños y maestros. Sus problemas emocionales no son aparentes hasta que se convierten en adultos.

#### **2.1.4.2 Características psicosociales y emocionales del niño, niña y pre-adolescente**

El desarrollo del ser humano se desenvuelve a través de diferentes etapas que tienen características especiales. Sin embargo, no se puede decir cuándo comienza y cuándo termina exactamente cada etapa, ya que en el desarrollo influyen varios factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

Niñez: en esta etapa el niño cursa los 6 y 12 años. En la cual concierne al ingreso a la escuela, tal acontecimiento significa la convivencia con individuos de su misma edad en la que su grupo o sus mejores amigos serán con los que haya mayor afinidad en cuanto a su carácter y temperamento. De acuerdo a las funciones cognitivas: El niño desarrolla percepción, memoria, razonamiento, entre otras; en las funciones afectivas: el niño empieza a independizarse por el hecho de salir del ambiente familiar para ir a un ambiente donde aprende y desarrolla responsabilidades como por ejemplo sentimiento del deber, respeto al prójimo y a sí mismo, amor propio, estima de sí. Siguiendo con las funciones sociales los centros educativos contribuyen a extender y mejorar las relaciones interpersonales las cuales benefician una mejor sociabilización dentro y fuera de su núcleo familiar.

Pre-adolescencia (fenómeno de la pubertad)

Adolescencia propiamente dicha-. Es también la edad de los ideales.

Depende de la formación recibida.

Pre-adolescencia:

- Desarrollo físico: Se produce una intensa actividad hormonal, cambios físicos, en las mujeres aparece la primera menstruación (menarquia) y en los varones la primera eyaculación; pero sin aptitud para la procreación.
- Desarrollo cognoscitivo: hay mayor facilidad los procedimientos lógicos: análisis, síntesis, se desarrolla el juego del pensamiento, su espíritu crítico.
- Desarrollo afectivo: hay una gran intensidad de emociones y sentimientos, pasa con facilidad de la agresividad a la timidez.
- Desarrollo social: Busca la independencia pero a la vez busca protección de sus progenitores, tienden a existir los desacuerdos de hijos a padres – padres e hijos, se despliega la afinidad por un deporte.
- Desarrollo sexual: en algunos casos existe la tendencia a la separación entre chicos y chicas., se desarrolla la curiosidad en todo lo relacionado a la sexualidad.

Adolescencia: Es la etapa en la cual deja de ser un niño, pero sin haber alcanzado aún la madurez de una persona adulto, Se considera que la adolescencia se inicia aproximadamente a los 12 años en las mujeres y a los 13 años en los varones.

Los expertos de Nemours (una de las organizaciones no gubernamentales más importantes de Estados Unidos relacionada con la salud infantil) señala que “Durante la pubertad, las chicas y los chicos pueden sentirse confusos o percibir emociones fuertes que jamás habían sentido. Es probable que noten que se encuentran demasiado sensibles o se enfadan fácilmente, ante estímulos no relevantes. Algunos adolescentes pierden la paciencia más a menudo que otros y se enfadan sin una razón aparente con amigos y familiares. También pueden sentir ansiedad por los cambios que notan en su cuerpo.” En el desarrollo social de los niños se inicia con la socialización. Proceso de influencia entre una persona y sus semejantes.

#### **2.1.4.3. Estadísticas de niños, niñas y adolescentes en situación de abandono**

El Censo (INEC 2010) registra un total de 5'397.139 niños, niñas y adolescentes, equivalente al 37,26% de la población nacional. En el área urbana reside el 59% y en el área rural el 41%.

De acuerdo a la identificación cultural, el grupo mayoritario de niñas, niños y adolescentes (71,36%) corresponde a la población mestiza, el 8,3% son indígenas, el 7,5% afroecuatorianos, el 6,73% son montubios y 5,81% blancos

La Policía Judicial en el año 2010 reporta 498 niñas, niños y adolescentes abandonados. Se reporta también que 2.823 niñas, niños y adolescentes en acogimiento institucional retornaron a sus hogares en el mismo año

Según la Fuente: ODNA, Save the Children, CARE, Plan Internacional, UNIFEM, UNICEF, Encuesta Nacional de la Niñez y Adolescencia de la Sociedad Civil (ENNA), 2010.: Tres de cada 10 niños/as del país no vive con sus padres en el hogar. Entre las razones para la ausencia física del padre en el hogar está:

- la separación (17%)
- el abandono (8%)
- el fallecimiento (3%)
- la migración –interna o internacional—(3%).

#### **2.1.4.4. Código de la niñez y adolescencia**

El Código de la niñez y la adolescencia, es un conjunto de normas jurídicas que regula el ejercicio y la protección de sus derechos.

De acuerdo con el Título I Definiciones, Art. 1 (finalidad) señala que la protección integral de parte del estado, sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes un desarrollo integral y disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Dentro del código de la niñez y adolescencia Capítulo II.- Derechos De Supervivencia el Art. 22, señala, que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario, los niños niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, la cual debe proporcionar un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral. Dentro de este artículo se destaca el acogimiento institucional como última alternativa



En el Título VI De Las Medidas De Protección Capítulo II.- El acogimiento familiar Art. 220.- señala.- El acogimiento familiar es una medida temporal, que tiene como finalidad brindar a un niño, niña o adolescente privado de su medio familiar, una familia idónea y adecuada a sus necesidades, características y condiciones. Durante la ejecución de esta medida, se buscará preservar, mejorar o fortalecer los vínculos familiares, prevenir el abandono

Art. 222.- Condiciones del acogimiento familiar.- El acogimiento familiar deberá cumplir con varias condiciones.

Señala en el Art. 232.- Concepto y finalidad.- El acogimiento institucional se da en los casos en que no sea posible el acogimiento familiar, para aquellos niños, niñas o adolescentes que se encuentren privados de su medio familiar. Esta medida es el último recurso.

#### **2.1.4.5. Condiciones emocionales de infante y pre-adolescentes en situación de abandono**

Ortony, Clore y Collins (1996) mencionan que, a medida que el niño va creciendo, aprende a manifestar sus emociones. De tal manera que el papel que juega la familia y los padres, en dichos aprendizajes es muy importante en el desarrollo de una conducta emotiva adecuada.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes en situación de abandono se evidencia una ruptura de los lazos de afectividad y emocionales entre padres e hijos, por lo tanto se evidencia repercusiones a corto y largo plazo en la conducta emotiva y estabilidad emocional.

## CLASIFICACIÓN DE EMOCIONES

Según Robert Plutchik (1970-1980) los seres humanos, para sobrevivir en su entorno, han desarrollado diferentes conductas, cada una de ellas producida por una emoción. Estas emociones básicas son 8 y facilitan la adaptación del individuo a los cambios de su medio ambiente.

Las 8 emociones básicas que describe Plutchik son:

- Alegría
- Confianza
- Miedo
- Sorpresa
- Tristeza
- Disgusto
- Enojo
- Anticipación

Cada una de estas emociones tiene un propósito específico: reproducción (alegría), afiliación (confianza), protección (miedo), orientación (sorpresa), reintegración (tristeza), rechazo (disgusto), destrucción (enojo), exploración (anticipación).

Cada una de estas emociones básicas ayudan a adaptarse a las demandas del ambiente aunque de diferentes maneras. Las diferentes emociones se pueden combinar para producir un rango de experiencias aún más amplio. La esperanza y la alegría, combinadas se convierten en optimismo; la alegría y la aceptación nos hacen sentir cariño; el desengaño es una mezcla de sorpresa y tristeza. Plutchik (1980).

Estas emociones varían en intensidad, la ira, por ejemplo, es menos intensa que la furia, y el enfado es aún menos intenso que la ira. La intensidad emocional varía en un individuo a otro. En un extremo se encuentran las personas experimentan una intensa alegría y en el otro extremo están los que parecen carecer de sentimientos, incluso en las circunstancias más difíciles.

#### **2.1.4.6. Efectos emocionales más comunes del abandono**

- **Baja Autoestima;** El autoestima aunque es invisible e intangible, es la capacidad que tiene una persona para valorarse, respetarse y aceptarse a sí misma tal y como es.
- **Bajo o Nulo Rendimiento Académico;** es una vía final común que puede ser el resultado de múltiples etiologías. Es un síntoma que toma muchas formas diferentes, puede confinarse a una sola área de funcionamiento o afectar muchas funciones; puede tener múltiples formas de expresión, entre otras asociarse con alteraciones del comportamiento.
- **Comportamiento Abusivo;** el abusador no pierde el control de su comportamiento. En realidad la violencia deliberada es una elección que hace el abusador para controlar.
- **Embarazo De Adolescentes;** es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.
- **Delincuencia – Drogadicción - Trastornos Psicológicos -** Genera sentimiento de culpa, problemas en adolescencia, problemas de salud mental.

#### **2.1.4.7. Acogimiento institucional**

Según datos publicados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, las prestación de servicios de acogimiento, se la realiza a través de 100 entidades de acogimiento institucional, 13 entidades de acogimiento familiar y 24 entidades casas familia. En base a lo mencionado las entidades de acogimiento en sus tres modalidades albergan a 4.511 niños, niñas y adolescentes, distribuidos de la siguiente forma:

- Acogimiento institucional alberga a 3.070 niños, niñas y adolescentes, es decir el 68,06%. 26
- Acogimiento familiar alberga a 638 niños, niñas y adolescentes, es decir el 19,97%.
- La modalidad Casa familia acoge a 540 niños, niñas y adolescentes, es decir el 11,97%

La atención y cuidados brindados por los centros de acogimiento institucional son proporcionados a 3.070 niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 56,92% son mujeres, además, bajo esta modalidad se albergan niños y niñas de entre 9 años a 12 años 11 meses.

La atención se realiza a través de tres tipos de funcionamiento: instituciones privadas con convenio de cooperación, instituciones privadas sin convenio y entidades de administración directa del MIES.

#### **2.1.4.8. Comportamiento adaptativo ante acogimiento institucional**

Sobre el comportamiento adaptativo encontramos un estudio realizado en nuestro país, se menciona que el estado de ánimo que posee cada niño, niña y adolescente que se encuentra bajo el servicio de acogimiento institucional son:

EL 72% tiene mayor prioridad sobre los estados de tristeza, indiferencia, soledad y preocupación. Sin embargo esta población objetivo manifestó no tener un solo estado de ánimo, por ello el 7% se encuentran alegres y tristes, y si se ahonda aún más en el asunto el 1% manifestó sentimientos de alegría, tristeza y soledad.. Siguiendo esta misma línea, los niños y niñas señalaron que para ellos lo más agradable de la institución son los espacios recreativos y lo que menos les gusta son las sanciones y castigos. Además el 87% de los niños, niñas y adolescentes manifestó que tiene amigos en el centro de acogida, que en su mayoría son sus compañeros. El 13% restante indicó que no tiene amigos debido a que sus únicos amigos son su familia. (Mejía, 2013)

La historia del acogimiento es muy extensa dado que ha estado presente en la asistencia a niñas y niños abandonados y desprotegidos durante muchos siglos; la atención a la infancia desprotegida se basaba en una respuesta única y universal: la colocación del niño en una institución que pudiera cubrir sus necesidades más elementales en sustitución del ambiente familiar, ya fuera por carecer de él, o por ser deficitario. “Salud mental de menores en acogimiento” (Crisis y Revisión del Acogimiento Residencial. Bravo A. y Del Valle J, 2009)

Los niños y adolescentes deben ser acogidos en hogares o centros de protección siempre con un procedimiento que contemple una solución definitiva de tipo familiar:

- **Plan de reunificación familiar**, para los que se encuentran en acogimiento residencial en espera de poder regresar con sus familias, ya que estas pueden estar recibiendo intervenciones y apoyos para superar los problemas que dieron lugar a la separación de sus hijos.
- **Plan de separación definitiva y nueva familia**, para los que se encuentran en acogimiento residencial en espera de encontrar una nueva familia, dada la imposibilidad de retornar con la suya propia, y por tanto en espera de un acogimiento permanente o una adopción.

Dentro de la adaptación del infante y pre-adolescente en el acogimiento institucional, presentan disminución de su atención en diferentes áreas de su desarrollo de acuerdo a la edad. Infantes y púberes que atraviesan esta situación de abandono de parte de sus progenitores, suelen tender a mostrar comportamientos agresivos hacia la sociedad, los nuevos compañeros de hogar e incluso hacia sí mismos.

La falta de afecto que este grupo de individuos en esta etapa de desarrollo, hace que cada uno de ellos busque llamar la atención de los demás, desencadena distintas actitudes, como pueden ser ansiedad, berrinches, hurtos, pataletas, gritos inesperados, aislamiento, hiperactividad, desajustes escolares entre otras. Hasta adaptarse al cambio obligatorio que tomo su rumbo de vida los infantes y púberes buscan la aprobación de sus cuidadores, o de personas mayores a ellos.

## **2.1.5 EL PSICODRAMA**

### **2.1.5.1. Definición:**

El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento. Jacob Levy Moreno (Bucarest 1888)

Psicodrama es una técnica terapéutica (para algunos es una forma de psicoterapia) que integra el cuerpo, las emociones, el pensamiento y la conducta. Surge inspirado en el teatro de improvisación y concebido de manera grupal, apareciendo en los últimos años, nuevos planteamientos que han permitido acercar ésta a la psicoterapia individual. Puede emplearse con niños, adultos, parejas y familias.

En Psicodrama se intensifican los sentimientos y las emociones de manera que el paciente es capaz de revivirlos en un contexto protegido y seguro, pudiendo reinterpretar de forma adecuada y sana aquellos conflictos de su vida y facilitando la creación de respuestas nuevas más adaptativas.

Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro posible imaginado y muchos otros aspectos de los fenómenos de la experiencia humana.

El Psicodrama puede emplearse con todo tipo de trastornos mentales, aunque es necesario tener cierta precaución cuando se abordan cuadros psicóticos o limítrofes para evitar la descompensación de éstos pacientes. (Hernández 2013)

Se entiende que es un tratamiento psicoterapéutico psicodramático cuando se utiliza la dramatización como instrumento fundamental para alcanzar estados de espontaneidad y la catarsis de integración como mecanismo de curación.(Orrego 2014)

#### **2.1.5.2. Historia**

Los inicios del psicodrama se da en el año 1921 con el psiquiatra Jacob Levi Moreno que se interesó en la práctica de la terapia grupal (especialmente con niños). Desde su creación con Jacov Moreno hasta la actualidad el psicodrama ha tenido una serie de cambios y modificaciones, lo que ha permitido cimentarle como una técnica útil y eficaz en el trabajo terapéutico sobre todo enfocado a niños, niñas y adolescentes.

Las influencias del juego sobre el teatro de improvisación fueron dándole estructura al teatro terapéutico. “El hombre es un autor de Dios sobre el escenario del universo” La palabra clave de su técnica que titula “psicodrama”, es la espontaneidad. (Villareal 2013). Jacobo Levy Moreno, nacido en Bucarest, como Jacobo Levy, se mudó a Viena en 1895, donde completó sus estudios y desarrolló sus primeras experiencias y propuestas.



Para Moreno el psicodrama es “la ciencia que explora la verdad mediante técnicas dramáticas”. Ya en New York, en 1932 acuña el término "psicoterapia de grupo" convirtiéndose en uno de los pioneros del desarrollo del mismo, y en 1936, establece un sanatorio en Beacon, 60 millas al norte de la ciudad, junto al río Hudson, donde reside y desarrolla sus numerosas actividades, hasta su fallecimiento en 1974. Es allí también donde toma forma concreta, lo que conocemos como psicodrama", aunque Moreno refiere sus orígenes a sus experiencias en Viena, donde había fundado en 1921 el "teatro de la improvisación" ("Stegreiftheatre").

Moreno presentó al psicodrama como "una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada" Según su creador: “Históricamente, el psicodrama representa el punto decisivo en el pasaje del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos; del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción”. De este pasaje es que surge la Psicoterapia de grupo, en la cual interviene el individuo en su totalidad, expresiones e interacciones corporales, así como también verbales, exigiéndole de esta manera un compromiso total; fundamental para la terapia y su evolución.

El Psicodrama como método psicoterapéutico, cuyas raíces provienen principalmente del teatro, la psicología y la sociología, constituye tanto un método de diagnóstico como de tratamiento. Utilizado en niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores, mostrando resultados favorables en todos los niveles del ciclo de vida

Según Psicoterapia del Grupo y Psicodrama por Juan A. Portuondo Psicólogo Clínico (1972) “Las ideas del Doctor Jacob L. Moreno se les salen por completo del terreno psicoanalítico, siendo, por otra parte, el creador del término “psicoterapia de grupo” (alrededor del 1930 al 1933). “Aquí tenemos el fenómeno de ir viendo como la psicología va siendo cada vez más influida por los aspectos sociológicos. Primero vimos nacer el modelo psicoanalítico de interpretación individual, después apareció el modelo gestaltista, más adelante el modelo psicodramático con su teoría de la espontaneidad (creación de Moreno)”.

Eslly Regina Carvalbo (1999). Psicodrama.- es un método de tratamiento que acompaña a las personas hacia su realidad interna, permitiéndoles descubrirla y trabajarla desde su percepción. A través de la acción dramática, el psicodramatista trae a la superficie situaciones que han estado enterradas por mucho tiempo con la finalidad de aliviar la presión emocional; también crea un ambiente seguro a través del compartir, el apoyo y la aceptación, y después permite que las fuerzas natas de sanidad del “psique” y el yo emocional puedan seguir siendo elaboradas.

A pesar de que el proceso psicodramático a veces parece tener una cualidad casi mágica, no es un misterio. Se enchufa a nuestras fuerzas natas de sanidad, utilizando la metodología para liberarlas, y luego retrocede y confía en que podamos continuar este movimiento en nuestras vidas diarias. Por lo tanto la sanidad no está restringida a una clínica, sino a un proceso continuo. (Manual De Psicodrama)

**Tabla1:** Algunos Hitos Relevantes del Psicodrama

ALGUNOS HITOS RELEVANTES DEL PSICODRAMA	
1905 1945	Joseph Pratt agrupaba a sus pacientes enfermos de tuberculosis y empleaba lo que denominó control de pensamiento. Joseph Pratt afirmó que el grupo es el punto focal de la terapia.
1908- 1911	J. Levy Moreno comienza el “drama creativo” con niños en Viena.
1917- 1918	J. Levy Moreno Trabaja con refugiados de la primera guerra mundial. Comienza a desarrollar sus primeras ideas sobre la sociometría.
1921	J. Levy Moreno organiza su “Teatro de la espontaneidad”, como inicio de lo que llegaría a ser el Psicodrama.
1921	Lazell trabajó con enfermos mentales con un método similar a Pratt. Daba información a pacientes y establecía dinámicas psicoanalíticas.
1922	Freud especuló sobre la dinámica de grupo en Psicología del grupo y análisis del Yo.
1923	J. Levy Moreno publica “El teatro de la espontaneidad”. Diseña el primer teatro en círculo.
1927- 1929	J. Levy Moreno demuestra su trabajo con Role Playing en Monte Sinai (New York).
1929- 1930	J. Levy Moreno realiza teatro de improvisación en Carnegie Hall, en el que combinaba Psicodrama y dinámica de grupo.
1932	J. Levy Moreno acuña los términos “terapia de grupo” y “psicoterapia de grupo” en la reunión de la Asociación de Psiquiatría Americana en Filadelfia
1933	J. Levy Moreno fue consultado por la escuela para Chicas de Hudson en Nueva York, donde trabajo con role-playing y puso en práctica su sistema sociométrico. El 4 de Abril exhibió algunos de sus primeros esquemas en la

	convención de la sociedad médica de Nueva York, el consideró el comienzo oficial del movimiento sociométrico
1934	J. Levy Moreno publicó su importante libro sobre la sociometría <i>Who shall survive a new approach to the problem of human interrelations</i> . Slavson inicia sus actividades grupales realizando un tratamiento que denomina “terapia del yo”. Paul Schilder en el Hospital Bellevue de Nueva York organizó grupos orientados analíticamente para pacientes Internos y externos. En su trabajo se dedicaba a la interpretación de la resistencia y de la transferencia.
1936	J. Levy Moreno abre en Beacon un hospital psiquiátrico privado 60 millas al Norte de Nueva York, con un teatro e psicodrama y facilitaba el entrenamiento de profesionales. Kurt Lewin y Muzafer Sharif y otros psicólogos sociales comenzaron estudios importantes en la dinámica de grupo, aunque no estaba orientada hacia la terapia.
1937	J. Levy Moreno consideró que este año era el comienzo de la “segunda fase sociométrica”.
1942	J. Levy Moreno organizó la Sociedad Americana para la psicoterapia de grupo y el Psicodrama, la primera asociación profesional para terapeutas de grupo. Abrió el Instituto Sociométrico y el teatro de psicodrama en Nueva York y comenzó a ofrecer sesiones abiertas. Este fue el comienzo de lo que denominó “La tercera fase del desarrollo sociométrico”. Lo que siguió fue la expansión de la psicoterapia de grupo, la sociometría y el psicodrama nacional e internacionalmente
Fuente : “Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia” por Sara Hernández Bote (2013)	

### 2.1.5.3. Elementos del Psicodrama

Existen cinco elementos principales para llevar a cabo el psicodrama:

1. **El Protagonista:** es el paciente, el principal en el juego dramático, porque será quien dramatice la situación de su vida personal que vamos a trabajar.
2. **El Director:** es el psicólogo o terapeuta que guiará al paciente y aplicará la técnica para lograr el objetivo terapéutico.
3. **El Escenario:** es un espacio de realidad suplementaria, con niños puede ser un teatro de títeres, con adolescentes es importante delimitar el espacio, porque recordemos que la experiencia será “como si” estuvieran en ese momento de dificultad o conflicto.
4. **Yo Auxiliar y auxiliares:** son personas que participan en la situación dramatizada, deben ayudar al protagonista a desarrollar la escena. Debemos tener claro que también son colaboradores del psicólogo o terapeuta, porque seguirán sus indicaciones para lograr el objetivo terapéutico. En caso que sea bipersonal, los otros papeles los puede realizar el paciente o pueden ser representados simbólicamente por materiales (cojines, sillas, entre otros).
5. **Público:** puede ser parte del grupo, ellos serán empáticos y compartirán con el protagonista sus propias experiencias o vivencias durante el psicodrama. (Villareal 2013)

### 2.1.5.4. Etapas del Psicodrama

Una sesión psicodramática se divide en las siguientes partes:

**a) Caldeamiento.-** Tiene como objetivo preparar para la acción o dramatización. Es imprescindible como requisito técnico inicial de una sesión psicodramática, aunque en la práctica no se suele dar la importancia que se merece, sobre todo el Psicodrama bipersonal, al ser sesiones más breves que las grupales, suele haber cierta ansiedad por parte de los terapeutas que rápidamente llevan al paciente a dramatizar.

Es necesario que dediquemos el tiempo necesario al caldeamiento para que la escenificación sea productiva. Los terapeutas que se inician corren el riesgo de ser vencidos por el nivel verbal y racional. El miedo a dramatizar está presente en muchos casos y por diferentes razones: dramatizar significa zambullirse en lo desconocido, en el universo del paciente y significa utilizar recursos técnicos que todavía no se saben manejar. Este es el famoso “miedo a perderse”, que acostumbra a inmovilizar a muchos terapeutas.

El caldeamiento favorece que el paciente tome contacto con sus emociones y se genere una escena para dramatizar. Es una herramienta que empleamos en la que en apariencia haciendo cosas hacia fuera (moverse, hablar con los compañeros, colores, pruebas proyectivas, ejercicios de imaginación, etc.) llegamos a conectar con aspectos internos intensos. Caldear adecuadamente contribuirá a la efectividad de las sesiones, de ahí que sea importante trabajarlo adecuadamente.

Buscamos una catarsis que integre la emoción, la cognición y la conducta, nunca buscaremos desbordar emocionalmente al paciente (espectáculo). Desde el caldeamiento vamos preparando al paciente

para la acción. Manejamos el tiempo y el espacio de la escena mientras el paciente crea su escena.

Puede ocurrir que hagamos un caldeamiento muy elaborado pero el grupo o el paciente no conecten emocionalmente (resistencia), no frustrarnos, ver como se encuentra el grupo o el paciente en cada momento. El caldeamiento finaliza cuando se encuentra al protagonista. Hernandez, S. (2013)

Como directores debemos integrarnos dentro del grupo y a la vez observar cómo se encuentra el grupo. Tipos de caldeamiento en Psicodrama:

***Caldeamiento inespecífico:*** Su intención es la de que el paciente se sitúe en la sesión, enfocando su atención en sí mismo y calmando sus resistencias para poder entrar en lo nuevo que toda la sesión trae consigo. Las actividades propuestas son de naturaleza neutra, sin metas definidas, deben favorecer el movimiento libre, situándose en la sala de trabajo, como un reconectarse consigo mismo.

***Caldeamiento inespecífico verbal:*** En general, un paciente llega y, después de los saludos, se sienta y comienza, con mayor o menor dificultad, a decir lo que pasa. Esa primera verbalización ya es un caldeamiento, tanto para el paciente como para el terapeuta, que de a poco va concentrando su atención en los contenidos relatados.

Hay pacientes que traen el paciente de forma muy objetiva y se sienten muy decididos a dramatizar, aunque esto no es lo habitual. Lo más común es que traigan un conglomerado de temas complejos de

tratar, que traigan sensaciones vagas, emociones difusas, etc. En estas circunstancias, el terapeuta puede auxiliar verbalmente para que el paciente llegue a precisar mejor sus contenidos, o a elegir ya un trabajo activo desde el comienzo.

En algunos casos, el paciente habla sin parar, parece que no quiere o no puede dar ninguna brecha para sus sentimientos. El terapeuta a su vez comienza a inquietarse, en esas circunstancias, y eventualmente sin que salga de la silla, podemos proponerle la siguiente consigna: "Piense en una frase que le gustaría mucho escuchar (o que no le gustaría escuchar) de la persona de quien está hablando. Con cojín le pedimos que le diga la frase. Con esta consigna conseguimos traer al momento presente el nivel emocional reprimido del paciente y después de ello, podemos comenzar a elaborar una escena.

***Caldeamiento inespecífico en movimiento:*** La forma de caldeamiento más recomendada, ya que evita la tentación de quedarnos en lo verbal, siento ésta forma de comunicación la que más dominamos y con la que mejor nos defendemos. Este tipo de caldeamiento consiste en pedirle al paciente que camine por la sala en la que se encuentre, qué sienta y perciba su cuerpo, dónde tiene tensión, qué preste atención a la respiración, etc. Tenemos la tendencia de llevar todo el día el cuerpo como si de un traje se tratase, sin prestarle atención, por lo que este caldeamiento nos ayuda a que la verbalización sea expresada más allá de la boca.

Lo ideal es comenzar este tipo de caldeamiento partiendo de lo real, como por ejemplo el calor o frío que hace el día de la sesión. Le



pedimos que nombre y vaya estimulándose con determinados movimientos, como es mover el cuello para relajar la nuca, estirar los brazos y piernas, etc.

Es frecuente encontrar a pacientes que siguen nuestras indicaciones pero que caminan mecánicamente con ganas de finalizar, pareciéndoles que la instrucción es absurda. Es conveniente que si percibimos esto hablemos con el paciente del motivo por el cual pedimos este movimiento. Otros ejemplos de caldeamientos inespecíficos en movimientos pueden ser:

**Caldeamiento específico:** En este tipo de caldeamiento, el terapeuta ya ha decidido cuál será el recurso técnico que empleará, con objetivos y consignas más precisas de manera que induzca la preparación para la dramatización. Este tipo de caldeamiento tiene mucha importancia cuando el trabajo que se lleva a cabo es con escena abierta y/o Psicodrama interno.

1. **Escena abierta:** Cuando se trata de un trabajo con escenas, el caldeamiento específico envuelve la caracterización de una situación. Así mismo, exige la composición de personajes, ya que en este proceso irá poniéndose en contacto con los recuerdos y emociones asociadas a ellos. Hernandez, S. (2013)

**Tabla 2 :** Escena abierta

Caminar	Cuando el paciente llega, podemos pedirle que camine, piense y diga en voz alta lo que le está
---------	--

	preocupando.
Estirarse	Mientras camina, le pedimos al paciente que se estire un poco, que deshaga contracturas, respire profundo y que trate de percibir lo que le ocurre (puede ser una sensación, una imagen, una idea o una escena).
Alcanzar el techo	Se le pide al paciente que se estire y procure alcanzar el techo de la habitación o la parte superior de la puerta y relaje después. En este caso la consigna debe ser "Vamos, puedes conseguirlo.
Almohadones	Con el paciente en movimiento, se le sugiere que coloque un almohadón designando cada uno de los tópicos que quiere trabajar. Enseguida podemos sugerir que disponga espacialmente los temas, sintiendo cuál está más próximo a él, cuál es el más distante, cuál le resulta más atractivo, cuáles son los asuntos que están vinculados entre sí, etc.
Visualizar la situación	<p>Le damos la siguiente consigna: "Camina por la sala y visualiza cuál es la situación de tu vida que te trae mayores dificultades en este momento". A partir de ahí, le podemos pedir que sienta la emoción que la situación le produce. A partir de él podemos usar otros procedimientos tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar por el personaje que puede ser construido a partir de la emoción, sugiriendo a continuación al paciente que dramatice</li> <li>2. Solicitar al paciente que penetre en esa emoción y trabaje en el nivel de Psicodrama interno.</li> </ol> <p>Llamar al personaje que fue evocado por la emoción y estimular para que el paciente encuentre otro personaje que sea opuesto al anterior y a partir de ese encuentro, realizar un enfrentamiento verbal</p>

	entre los dos.
Masaje	Con el paciente de pie, se le pide que haga movimientos de masaje semejantes a cuando se quiere sacudir algo que le resulta incómodo o el agua de encima. Las consignas auxiliares que podemos emplear pueden ser: “Saca lo que te está incomodando” o “Tira lejos cansancio, el estrés del día y llega lo más entero posible a la sesión”
Masajear la cara	Se le pide que se masajee su cara, buscando alisar las arrugas de su ceño, de las cejas, la nariz, la boca, la nuca, etc.
Conciencia corporal	Se le pide al paciente, que está de pie, que perciba todas las partes de su cuerpo y los movimientos que éstas pueden hacer. Por ejemplo: “Mira tus manos, tus dedos, muévelos, cierra y abre las manos, tuerce la muñeca, brazos, tronco, etc.”
Respiración	Con el paciente de pie, se sugieren los siguientes movimientos: Inspiración, contener el aire y expirar. La idea es favorecer la conciencia sobre el proceso respiratorio. También podemos solicitarle que se lleve las manos al abdomen, costillas, hombros, con la intención de que el aire penetre en estas partes del cuerpo.
Cosas que se quieren vs. Cosas que no se quieren	Con el paciente caminando, se le pide que haga existir dos grupos de cosas. Uno, donde puede colocar todo lo que no quiere tener más dentro de sí, y otro donde puedan estar las cosas que quiere
Stop	Se le pide al paciente que camine, que mueva su cuerpo, sobre todo las partes más tensas y que súbitamente pare, componiendo una estatua. Para que la explore, le proponemos que perciba bien

	su postura y la emoción que le produce y a qué hechos le recuerda.
Ritmo alternado	Pedimos al paciente que camine por el ambiente de trabajo, pero con ritmos alternados. Primero con su ritmo natural, después lo más rápido posible, pero sin correr. A continuación, le pedimos que preste atención a las sensaciones y emociones que acompañan este ritmo acelerado. Finalmente, le solicitamos que camine a cámara lenta, observando sus movimientos y sensaciones.
Caminar en diferentes texturas	Pedimos al paciente que camine por la sala y vamos agregando al ambiente cualidades, como si pisará hielo, barro, brasas, algodón, etc.
Caminar en línea recta o curva	Se le pide al paciente que camine trazando rectas imaginarias en el espacio de la sala, o líneas curvas. Este ejercicio puede alternar los tipos de trazado y con él conseguimos descentrar al paciente de otros problemas y que se concentre en el espacio terapéutico.
Sentir la cara	Se pide al paciente que camine y que vaya progresivamente sintiendo su rostro. Le pedimos que haga la expresión facial de rabia y experimente su mímica. Repetimos la misma sugestión en relación a otras emociones como ternura, compasión, odio, envidia, miedo, etc.
Fuente : "psicodrama con niños y adolescentes: breve introducción Psicoterapéutica" por Sara Hernández Bote (2013)	

2. **Psicodrama interno:** Lo más importante es conseguir que el paciente separe su atención del mundo externo para poder interiorizar en el espacio propio de su mundo interno. Son apropiadas todas las técnicas de relajación, aun cuando el objetivo

no es la relajación como tal, sino como puerta de entrada para su mundo interior.

Es útil hacerse con un antifaz y colocárselo al paciente, siempre y cuando éste no se sienta amenazado. Con esta forma de Psicodrama, debemos saber que algunos pacientes se calman rápidamente y nos permiten iniciar casi enseguida un trabajo interno. Sin embargo, otros pacientes precisan una mayor orientación y una relajación más profunda para iniciar el Psicodrama. Hernandez, S. (2013)

Cuando iniciamos la relajación, nuestra voz debe ser suave y calmada. Las consignas deben ser precisas y convincentes para el éxito de la tarea. Esto es necesario porque muchas personas que están ansiosas, dicen que no ven nada, que no tienen ninguna sensación o recuerdo. “No corras detrás de las imágenes, deja que ellas te sorprendan”. Algunas de las recomendaciones para este tipo de caldeamiento específico para Psicodrama interno son:

- **Respiración:** Con el paciente acostado, se le pide que cierre los ojos y preste atención a su respiración. Se le pide que respire hondo y lentamente, inspirando y guardando el aire y después soltándolo. Es importante buscar el aire cada vez más lejos en el cuerpo, como si quisiera llenarlo de aire. Podemos ir guiándole si nombramos las partes del cuerpo hasta donde queremos que llegue el aire.
- **Foco de luz:** Le sugerimos al paciente que al inspirar también un haz de luz, que al pasar por el cuerpo, lo vaya iluminando. La consigna puede también incluir la observación de aquellas partes internas que no permiten que pase la luz. Es

interesante sugerir que observe el ritmo con que la luz va pasando por todos los lugares.

- **Aflojar partes del cuerpo:** Se le pide al paciente que está acostado, que vaya sintiendo las partes del cuerpo de forma ascendente, comenzando por los dedos del pie e ir subiendo.
- **Buscar sensaciones corporales y la zona más tensa:** Con frecuencia, los pacientes acuden con quejas explícitas de angustia, peso o dolor en alguna parte del cuerpo. En estas situaciones, podemos pedirle que se acueste, cierre los ojos, respire profundamente y concentre su atención en el lugar en que siente el dolor, la angustia o tensión. La idea en este caso, es la de maximizar la percepción de esa región para trabajar. Hernandez, S. (2013).

**b) Acción o dramatización.-** Con el protagonista elegido, el director psicodramático debe acercarse física emocionalmente a él sin dejar de prestar atención al grupo (prestar especial atención a las reacciones emocionales intensas). Ubicar el espacio destinado al escenario y propio del grupo. Dedicamos un tiempo a hablar con el protagonista, para hacernos una idea de la escena que quiere dramatizar. Le pedimos información relativa a las personas que configuraron la escena (como son (física y psicológicamente), vínculos presentes y pasados) momento temporal en que se llevó a cabo la escena original

Lo ideal es hacernos a la idea de las personas con quien el paciente tiene dificultad, ya sea en el presente o en el pasado (por ejemplo, personas que tienen dificultad con la autoridad). Le pedimos al paciente que observando al grupo elija a los actores auxiliares que van a representar la escena. Comenzamos siempre la elección desde el yo

auxiliar que va a representar al protagonista para después continuar con el resto de personajes de la escena. Hernandez, S. (2013)

Antes de comenzar con la escena, el protagonista instruirá a los yoes auxiliares para que sepan cuál es su papel en la escena. El protagonista se aparta del escenario y observa la representación de los yoes auxiliares. En psicodrama bipersonal el protagonista contará con su sola presencia, nunca nosotros seremos yoes auxiliares (emplear cojines, sillas, imaginación).

La escena no necesita interpretaciones ni forzar el insight. La acción misma y revivir una escena conflictiva con el realismo del Psicodrama, ayudan al protagonista a darse del funcionamiento que estaba llevando a cabo, con relación a sí mismo y en interacción con los demás de su entorno. Dejamos que la escena fluya y si hacemos alguna pregunta o intervención a lo largo de la acción, debe tener una función y una meta, nunca preguntaremos o haremos algo para calmar nuestra propia angustia. Sin embargo, no basta con que el protagonista se dé cuenta que sus reacciones emocionales vinculadas a una situación presente tiene que ver con repetición de patrones del pasado que no corresponden a la situación actual (las reacciones emocionales muy intensas nos alertan de conexiones con el pasado). Es necesario ayudarlo a cambiar y ensayar respuestas más adecuadas y adaptativas.

Podemos emplear una técnica llamada “modelar”, que consiste en pedir a los miembros del grupo que tomen el papel del protagonista y presenten la escena con la solución que ellos propondrían al conflicto señalado. La técnica de modelar tiene la ventaja de ofrecer otras

perspectivas al problema y dar a los miembros del grupo la opción de participar en una situación que sin ser la suya, también puede ser beneficiosa a nivel personal. Así mismo, los miembros del grupo dejan de ser participantes cuando practican esta técnica y se convierten en miembros más activos, aspecto que sin duda influye en el correcto funcionamiento del grupo.

Debemos graduar las escenas, no sobrecargar al paciente. Somos nosotros los que nos adaptamos a su ritmo no él al nuestro. Trabajamos con cierta distancia para que el paciente sienta que es capaz de defenderse y lidiar con sus resistencias. Hernandez, S. (2013)

- c) Compartir.-** Tercera fase de gran importancia, ya que su objetivo principal es reintegrar el protagonista al grupo y promover una catarsis grupal (controlada) que favorezca el cierre del conflicto planteado en la escena, tanto para el protagonista, los yoes auxiliares y los observadores. El director invita al grupo a compartir desde su vivencia y experiencia personal, sin juzgar. De esta manera conseguimos que el protagonista que se ha desnudado emocionalmente frente a los demás y el resto del grupo estén en el mismo nivel de intimidad. Los primeros en compartir serán los yoes auxiliares y el resto del grupo, dejando al protagonista siempre para el final. El director en esta fase estará especialmente atento ante los comentarios que puedan arrojar y al estado emocional de los miembros.



### 2.1.5.5. Tipos de Psicodrama

- Exploratoria
- Descriptiva
- Expresiva
- Elaborativa
- Demostrativa
- Defensiva

a) ***Dramatización exploratoria.***- Tiene por finalidad contribuir a poner en evidencia los síntomas, conflictos, mecanismos de defensa de los pacientes, también las fantasías de un grupo, sus expectativas, etc. De uso particularmente frecuente al comienzo de un tratamiento, por lo que buscamos conocer las características del paciente, su ambiente, sus síntomas y su problemática. En muchos casos, son interrogatorios dramatizados en los que, en lugar de simplemente preguntar al paciente sobre su familia, los problemas que le aquejan, sus relaciones, se le sugiere que nos muestre estos aspectos empleando las dramatizaciones.

b) ***Dramatización descriptiva.***- La dramatización descriptiva transmite significados discursivos con medios dramáticos, a diferencia de la dramatización expresiva que con los mismos medios expresa significados dramáticos. Es todo relato dramatizado de hechos actuales o pasado, puede definirse como una reconstrucción de acontecimientos. La dramatización descriptiva es sugerida por el paciente y éste dispone de mayor nivel de conducción que en la dramatización exploratoria. Este tipo de dramatización comporta casi siempre una actitud consciente, un deseo de hacer conocer a los otros un suceso significativo que se quiere mostrar, que nos permitir iniciar desde ahí cualquiera de los otros objetivos terapéuticos que buscan las técnicas dramática. Hernandez, S. (2013)

- c) **Dramatización expresiva.-** Toda dramatización podría ser considerada expresiva, sin embargo como dramatización expresiva nos referimos a aquellas que alcanzan un logro más acabado de la función. Sirve adecuadamente para la manifestación del paciente y del grupo; es vehículo de la fantasía individual o grupal de ambas. Estas dramatizaciones suelen ser sentidas con intensidad por los pacientes y se producen con la intervención de un proceso de simbolización, gracias al cual un suceso o experiencia encuentra una expresión dramática, y esto, ya se trate de escenas simbólicas o escenas reales. Hernandez, S. (2013)
- d) **Dramatización elaborativa.-** En estas dramatizaciones, algo ya interpretado es presentado una nueva vez (o por primera vez en forma dramática, si antes había sido tratado sólo verbalmente) para llegar a ser asimilado o tal vez enriquecido el insight con detalles y nuevos aspectos del tema. Hernandez, S. (2013)
- e) **Dramatización demostrativa.-** Las dramatizaciones demostrativas sirven de vehículo a la transmisión de un conocimiento que se ha de transformar en insight. Llegará a experimentar conscientemente su vivencia de la situación y los motivos en juego. El terapeuta está buscando un lenguaje para comunicar algo, una brecha a través de la cual alcanza al paciente un conocimiento que el terapeuta tiene y que intenta que se haga presente en el paciente dando lugar al insight de éste. Es frecuente que las interpretaciones hechas como señalamientos a una dramatización, tomando la escena dramatizada como material sobre el cual interpretar, sean mucho más eficaces que las interpretaciones hechas inmediatamente como respuestas a asociaciones verbales. Ejemplo: Dramatización de celos en pacientes que en apariencia no los sienten. Hernandez, S. (2013)

f) **Dramatización defensiva.-** A diferencia de la dramatización expresiva, este tipo funciona encubriendo la fantasía inconsciente, el sentir principal de un paciente o del grupo en general. Es muy relevante detectar este tipo de dramatizaciones y es necesaria su interpretación. Puede no haber resistencia a dramatizar y sí defensas, así, que un paciente dramatice sin inhibiciones no implica que al mismo tiempo esté progresando en su tratamiento. Las dramatizaciones defensivas se oponen a las elaborativas, de las que deben ser especialmente diferenciadas, ya que las defensivas suelen tener un carácter repetitivo. Son frecuentes los casos de pacientes a quienes vemos querer dramatizar reiteradamente un mismo tipo de conflicto o tal vez aparecer repetidamente en el mismo rol.

Estas son algunas de las causas que dificultan o inhiben la posibilidad de dramatizar:

- **Miedo al ridículo:** a veces como un elemento real y en otras muchas ocasiones como encubridor de otras ansiedades.
- **Temor al descontrol:** el cuerpo fantaseado como reservorio de fantasías vividas como prohibidas. Las situaciones más frecuentemente temidas son miedo a no poder controlar los impulsos agresivos y eróticos.
- **Miedo a exhibirse:** el placer de ser visto transformado en su contrario, ocultándose a los ojos de los demás.
- **Temor a equivocarse:** se puede observar en grupos de aprendizaje donde el juicio negativo de los compañeros de estudios puede transformar la tarea de dramatizar en una vivencia persecutoria.

Ejemplo: Paciente que trata de dramatizar escenas relacionadas con aspectos laborales evitando escenas relacionadas con dinámicas familiares. (Hernández S. 2013)

### 2.1.5.6. Usos del Psicodrama

**Psicodrama con niños.**- Al trabajar con niños debemos tener presente la etapa del desarrollo en la que se encuentra el menor.

Dentro de las técnicas que podemos utilizar con niños se encuentran:

- **Juego de títeres:** dejamos que el niño escoja los títeres que desee y los ponga a dialogar entre ellos, por lo general los niños se los colocan en ambas manos y en algunas ocasiones incluyen muñecos para hacer una dramatización más compleja de la situación.
- **Juego de personajes:** se le pide al niño que escoja un personaje de películas, cuentos, libros, etc. y que lo dramatice y exprese las emociones o sentimientos de la persona. Se puede ser más directivo y preguntarle al niño qué haría el personaje “...” en una situación en particular.
- **Representación de animales:** cuando se realiza el psicodrama en grupo, se le puede pedir a los niños que escojan un animal y expliquen por qué se sienten identificados con ese animal. Además, se les puede solicitar que interactúen entre animales, para observar las relaciones y conductas durante el drama.
- **Dramatización de una fábula o historia:** se le puede pedir al niño protagonista que dramatice un cuento o fábula y asigne a sus compañeros el rol que desea que desempeñen.
- **Baúl de los disfraces:** se le pide al niño que escoja un disfraz del baúl, represente a ese personaje o rol y así exprese las características y sobre todo las conductas de ese disfraz o personaje. (Villareal D. 2013)

**Psicodrama con adolescentes.-** Cuando trabajamos con adolescentes debemos tener presente que son más verbales y tratan de ser intelectuales en algunos casos. Entonces se hace difícil la expresión o vivencia de las emociones del personaje. Aquí debemos vincularlos con la dramatización de manera lúdica. Podemos utilizar técnicas como:

- **Átomo social:** el adolescente puede poner en contexto su dinámica familiar, social o escolar. Le pedimos que ejemplifique cada uno de los roles o elabore una escena con apoyo de los auxiliares (que pueden ser sus compañeros). Debemos tener claro que debemos pedirles que expresen las emociones, sentimientos de ellos y de los personajes que están poniendo en escena.
- **Encuentro del Yo grande con el yo chico:** tratamos de hacer consciente al adolescente sobre sus necesidades infantiles. Le pedimos que recuerde una situación de su pasado y que trate de enfrentarla con el presente, también podemos decirle que el adolescente ayudará al niño interno que está presentando el conflicto.
- **Tengo un secreto:** le pedimos al adolescente que recuerde un secreto, que exprese que dirán sus compañeros o amigos si saben ese secreto. Aquí le indicamos que haga audibles las críticas, pudiendo también elaborar un diálogo entre la parte criticada y la crítica. Con adolescentes también podemos utilizar intercambio de roles y espejo (detalladas anteriormente en las principales técnicas).

Al dar este breve recorrido por el psicodrama debo resaltar que esta técnica puede tener mayor utilidad en el plano escolar y en talleres de grupos donde trabajamos temas o situaciones específicas. También es posible utilizarla en la clínica de forma bipersonal, donde seremos un yo auxiliar para ese paciente que acude a nosotros con una situación o problemática. (Villarrear D. 2013)

### 2.1.5.7. Técnicas del Psicodrama

Las técnicas psicodramáticas no son fines en sí mismas, son medios para lograr que el protagonista perciba y tome conciencia de sus conflictos, y pueda encontrar sus significaciones y su estructura interna, y en función de este conocimiento nuevo, pueda iniciar él mismo los cambios que esté en condiciones de asumir. Las más usadas son:

**Doble.-** el paciente presenta su propio rol, un yo auxiliar representa también al paciente, para establecer su identidad con el paciente. El yo auxiliar se vuelve el vínculo a través del cual el paciente puede intentar tocar el mundo real

**Espejo.-** cuando el paciente no es capaz de representarse a sí mismo, en palabra o en acción, el Yo Auxiliar le devuelve al protagonista una imagen de sí mismo. Consiste en que el protagonista elija un yo auxiliar que lo represente en la situación que se está dramatizando para que pueda éste ver desde fuera lo que está pasando. (Técnicas del psicodrama 2013)

**Inversión de roles.-** es ponerse en el rol de la persona con la que haya alguna dificultad.

**Soliloquio.-** consiste en darle volumen a los sentimientos y pensamientos, es decir, hablar en voz alta acerca de éstos, bajo la ficción de que el resto de los personajes de la escena no oyen. Es como la voz en “off” en el cine, donde se oye lo que el protagonista piensa y no dice.

**Concretización.-** llamamos así a una amplia gama de recursos técnicos destinados a objetivar y plasmar determinadas vivencias, palabras, expresiones o giros idiomáticos del protagonista, de tal manera que a lo verbal se le dé una forma concreta en el escenario. Se trata de tener acceso, tanto a los contenidos como a la dinámica latente en la forma verbal. Hay una gran variedad de expresiones verbales a las que se recurre para expresar sensaciones, situaciones, estados de ánimo...que son dichas espontáneamente sin tomar en cuenta,

**Interpolación de resistencia.-** Es una técnica muy utilizada en terapia de familia y de pareja cuando en un momento determinado de una dramatización, el terapeuta da una consigna a uno de los miembros de intervenir de una manera diferente a la habitual

**Silla vacía.-** Sigue el modelo del intercambio de roles, con la diferencia que es el mismo protagonista quien ha de jugar su propio papel y el complementario; él pregunta y él mismo se responde cuando pasa a ocupar la otra silla que estaba vacía.

**Dramatización, escenificación, o poner en escena.-** El protagonista, sólo o con la ayuda de los yo-auxiliares, representa una escena.

**Dramatización simbólica.** Se recrea una escena semejante a la escena evocada por el paciente con la finalidad de posibilitarle ponerse en contacto con la carga afectiva de la escena original pero evitando una movilización excesiva de la angustia y la ansiedad.

**Inversión o cambio de roles.-** o ponerse en el lugar del otro. Se solicita al paciente que ocupe el lugar del otro con el que está interlocutando y hable en su lugar. Es importante que, al finalizar, el paciente ocupe su propio sitio. Permite vivenciar y darse cuenta del propio rol y del rol del otro, así como de los roles en interacción. Permite ser usada en sesiones de psicodrama terapéutico individual.

**La multiplicación dramática.-** o la puesta en acción sucesiva de una misma situación. Dejándose llevar por la resonancia de la escena, las distintas personas que conforman el grupo van saliendo al escenario, una tras otra, sin que baje el ritmo, para, partiendo de la representación del mismo suceso, aportar algo a la escena. Así pues, partiendo de la escena propuesta por el protagonista, el resto de los miembros del grupo irán modificando la escena original, dando lugar a múltiples escenas que pueden ser individuales o grupales. Esta técnica permite que todos los integrantes de un grupo participen con sus subjetividades en la transformación y recreación de escenas, enriqueciendo el grupo gracias a la diversidad.

Así como en el Doble, el que hace el doblaje, en ningún caso trae sus propios contenidos, en la multiplicación dramática se expresan los mundos internos de cada cual. De esta manera se multiplican los distintos puntos de vista y sentires, o las soluciones sobre un mismo hecho. Lo compartido por el grupo señalaría la escena grupal latente, mientras que lo divergente informaría de lo personal de cada uno. Obviamente, sólo puede utilizarse en psicodrama grupal. (Técnicas del psicodrama 2013)



## 2.2 Posicionamiento Teórico Personal

Esta investigación se basa fundamentalmente en el psicodrama creado y desarrollado por Jacob Levy Moreno, quien además acuñó la psicoterapia de grupo y ayudó con sus tratamientos a todo tipo de grupos normales y marginados.

Para este trabajo investigativo se tomó en cuenta el estudio del psicodrama como una estrategia terapéutica basándose en técnicas grupales, buscando la espontaneidad de las personas a través de teatros y dramatizaciones con el fin de expresar dolencias del pasado y así mitigar emociones negativas, sin provocar más heridas, esto permite alcanzar el mejoramiento afectivo, logrando una buena salud mental en los niños, niñas y pre-adolescentes institucionalizados en la Fundación Cristo de la Calle.

Esto favorece a la disminución de las alteraciones conductuales y emocionales, de tal manera ayuda a mejorar el componente social de dichas personas que fueron intervenidos con estas técnicas psicodramáticas y así lograr mayor espontaneidad, que a su vez permite que una fácil adaptación al medio social, generando niños niñas y adolescentes proactivos.

## 2.3 Glosario de Términos

**Abandono.-** Renuncia sin beneficiario determinado, con pérdida del dominio o posesión sobre cosas que recobran su condición de bienes.

**Abuso.-** es la acción y efecto de abusar. Este verbo supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien

**Aceptación.-** Hace referencia a la acción y efecto de aceptar. Este verbo, a su vez, está relacionado con aprobar, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria y sin oposición.

**Acogimiento.-** Acogida (hospitalidad, protección y aceptación).

**Apoyo.-** es un término que procede de apoyar. Este verbo refiere a hacer que algo descansa sobre otra cosa; a fundar o basar; a confirmar o sostener alguna opinión o doctrina; o a favorecer y patrocinar algo. El apoyo, por lo tanto, puede ser una cosa física (material) o una cuestión simbólica.

**Conducta prosocial:** cualquier comportamiento que beneficia a otros o que tiene consecuencias sociales positivas toma muchas formas, incluyendo las conductas de ayuda, cooperación y solidaridad. Con el término altruismo nos referimos a las acciones prosociales costosas.

**Conflictos.-** Define al conjunto de dos o más hipotéticas situaciones que son excluyentes: esto quiere decir que no pueden darse en forma simultánea. Por lo tanto, cuando surge un conflicto, se produce un enfrentamiento, una pelea, una lucha o una discusión, donde una de las partes intervinientes intenta imponerse a la otra

**Confusión.-** Es la acción y efecto de confundir (mezclar o fundir cosas diversas, perturbar los ánimos, equivocarse). La noción de confusión, por lo tanto, puede estar vinculada a la perplejidad o la turbación de ánimo.

**Déficit.-** es la escasez, el menoscabo o la deficiencia de alguna cosa que se necesita o que se considera como imprescindible. El término puede aplicarse a diferentes productos o bienes, desde alimentos hasta dinero.

**Depresión.-** Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

**Desarrollo.-** Crecimiento o progreso de una persona, país o cosa: las poblaciones humanas que no basan su progreso en la destrucción de recursos naturales son un buen ejemplo de desarrollo sostenible; en una pieza musical, el desarrollo de los temas sigue a la exposición.

**Emociones.-** Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.

**Frustración.-** Se trata de un sentimiento desagradable que se produce cuando las expectativas de una persona no se ven satisfechas al no poder conseguir lo pretendido.

**Igualdad.-** El término permite nombrar a la conformidad de algo con otra cosa en su forma, cantidad, calidad o naturaleza.

**Infancia.-** Se trata de la etapa inicial en la vida de un ser humano, que se inicia con su nacimiento y se extiende hasta la pubertad.

**Ira.-** es un término de origen latino que se refiere a la furia y la violencia. Se trata de una conjunción de sentimientos negativos que genera enojo e indignación

**Maltrato.-** Tratar mal a alguien de palabra u obra.

**Negligencia.-** es la falta de cuidado o el descuido. Una conducta negligente, por lo general, implica un riesgo para uno mismo o para terceros.

**Obligaciones.-** Vínculo que sujeta a hacer o abstenerse de hacer algo, establecido por precepto de ley, por voluntario otorgamiento o por derivación recta de ciertos actos.

**Pobreza.-** Este adjetivo hace referencia a las personas que no tienen lo necesario para vivir dignamente, que son humildes o que son desdichadas.

**Protección.-** La protección es un cuidado preventivo ante un eventual riesgo o problema

**Psicodrama.-** Técnica psicoanalítica empleada en la psicoterapia de grupo que se efectúa mediante la representación por los pacientes de situaciones dramáticas relacionadas con sus conflictos patológicos.

**Pubertad.-** Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta.

**Riesgo.-** Contingencia o proximidad de un daño.

**Salud.-** Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado

**Seguridad.-** Fianza u obligación de indemnidad a favor de alguien, regularmente en materia de intereses.

**Violencia.-** contempla los actos que se ejercen con la intención de lograr una cosa a través del uso de la fuerza. La conducta violenta, por lo tanto, busca dañar física o mentalmente a otra persona para someterla.

## 2.4 Interrogantes de investigación

- ¿Los niños, niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle”, presentan trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión provocados por el abandono?
- ¿Las técnicas psicodramáticas permiten una adecuada intervención y mitigación de los efectos psicológicos negativos de la situación de abandono?
- ¿Aplicar las técnicas psicodramáticas en niños, niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle”, mitigará los efectos psicológicos negativos de la situación de abandono?

## 2.4 Matriz Categorial.

**Tabla 3:** Matriz Categorial

VARIABLES	CONCEPTOS	DIMENSIONES	INDICADORES
Técnicas psicodramáticas	Esta como técnica psicoterapéutica consiste en hacer que los pacientes representen en grupo, un caso, como si de una obra de teatro se tratara, estas situaciones son relacionadas con sus conflictos patológicos, con el objetivo de que tomen conciencia de ellos y los puedan superar.	Revivir hechos traumáticos sin recurrir a la frustración.	Minimizar las presencias afectivas a través de Terapias grupales
Condición de abandono	El abandono implica que otro individuo puede sufrir daño como consecuencia de tal acto de abandono y por tanto la situación debe ser resuelta de manera legal o judicial. Cuando se habla de abandono en este ámbito, por lo general se hace referencia al abandono que puede cometer un padre con sus hijos, una persona responsable con aquella persona a quien cuida	Condiciones emocionales-afectivas mejoradas en infantes y pre-adolescentes	Nivel de Ansiedad  Presencia de Depresión

**Fuente:** Elaborado por Gisela Álvarez

## CAPÍTULO III

### 1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Tipo De Investigación

Esta investigación alcanza los lineamientos de los siguientes tipos de investigación:

**Investigación cuantitativa:** esta investigación es de tipo cuantitativo ya que se centró en la recopilación de información para obtener resultados del nivel de ansiedad y depresión que poseían los niños niñas y preadolescentes que han sufrido un abandono a través de instrumentos psicométricos. El fin último de este tipo de investigación es la búsqueda de cambios en la población para mejorar sus condiciones de vida. La información fue basada en observación y de una manera interpretativa.

**Investigación Descriptiva:** La presente investigación tuvo como función principal la capacidad para seleccionar las características fundamentales, se destacaron las características o rasgos tanto de ansiedad y depresión para dar continuidad con la aplicación de técnicas psicodramáticas.

**Investigación Documental:** Con este tipo de investigación se logró indagar, interpretar, presentar datos e información sobre el las cargas emocionales que presentaban la población investigada, con la finalidad

alcanzar resultados que lleve a una posible solución del problema disminuyendo los rasgos ansiosos y depresivos.

### **3.2 Métodos de Investigación**

**Método Clínico:** la psicología es una ciencia y como tal los psicólogos deben alcanzar datos de forma sistémica y objetiva. Con este método de investigación se tuvo la posibilidad de obtener la información o hechos tal y como ocurre, nos permitió conocer la variabilidad de las conductas que presenten la población investigada. En la presente investigación se utilizó el método psicológico a través de la aplicación de reactivos psicométricos como son la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad Infantil de Spencer.

**Método de Observación :** Este método de investigación facilitó describir y explicar las reacciones y comportamientos demostrados por los niños, niñas y pre-adolescentes dentro de las reuniones, este método permitió obtener datos adecuados ante la información con datos fiables.

### **3.3 Técnicas e Instrumentos de Investigación**

**Técnica Psicométrica.-** Esta técnica permitió la evaluación de las condiciones emocionales de los niños de casa familia mediante la utilización de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad Infantil de Spencer.

**Terapias grupales.-** Es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado un individuo que conozca el tema a



desarrollarse. La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales. Puede centrarse en los problemas de la soledad, depresión y ansiedad. Nos ayuda a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida.

### **Instrumentos**

**Test: Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS):** (Spence, 1997). Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad. Para lograr la versión en español, se empleó el procedimiento tradicional de traducción y retraducción

Las puntuaciones de SCAS han mostrado validez convergente al correlacionar alto con otras medidas de ansiedad, tanto generales como específicas de problemas concretos, y validez divergente al correlacionar bajo con medidas de trastornos distintos de la ansiedad, incluyendo la depresión. (SCAS fiabilidad y validez, Carrillo 2012)

**Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung:** La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4

(poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80.

### **3.4 Población**

El total de la población estuvo integrada por 30 sujetos de investigación, los cuales son beneficiarios directos de la Fundación Cristo de la Calle

### **3.5 Muestra**

Debido a su diseño, en la presente investigación no se aplicó la fórmula para determinar la muestra, se trabajó a partir de los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión:** Niños niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de edad que estén en condición de abandono de sus progenitores en la Fundación Cristo de la Calle de la ciudad de Ibarra
- **Criterios de exclusión:** Beneficiarios de la Fundación Cristo de la Calle de la ciudad de Ibarra que no cumplan con el criterio de inclusión

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Evaluación Pre Técnicas

##### 4.1.1. Escala de Ansiedad Infantil de Spence Pre Técnica

Se aplicó la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, dentro de la misma se valoró los siguientes componentes:

- Ataques de pánico y agorafobia (APA)
- Trastorno de ansiedad por separación (TAS)
- Fobia social (FS)
- Miedos (MI)
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

#### NOMENCLATURA DE LA TABLA DE RESULTADOS

##### Escala de Ansiedad Infantil de Spence Pre Técnica

**Tabla 4:** Nomenclatura de la Tabla de Resultados Pre Técnica

	MÁXIMO	PROM	BAJO
Ataques de pánico y agorafobia (APA)	19-27	10-18	1-9
Trastorno de ansiedad por separación (TAS)	13-18	7-12	1-6
Fobia social (FS)	13-18	7-12	1-6
Miedos (MI)	11-15	6-10	1-5
Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)	13-18	7-12	1-6
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	13-18	7-12	1-6

Fuente: Fundación Cristo de la Calle, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA). Por Gisela Álvarez

## RESULTADOS ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE

**Tabla 5: Resultados Escala de Ansiedad Infantil de Spence Pre Técnica**

	APA		TAS		FS		MI		TOC		TAG	
NN1	20	max	15	max	12	prom	10	prom	6	bajo	16	max
NN2	12	prom	14	max	15	max	5	bajo	8	prom	14	max
NN3	19	max	16	max	14	max	7	prom	5	bajo	9	prom
NN4	13	prom	17	max	17	max	5	bajo	9	prom	18	max
NN5	5	bajo	6	bajo	16	max	9	prom	10	prom	10	prom
NN6	9	bajo	13	max	14	max	10	prom	5	bajo	16	max
NN7	12	prom	15	max	12	prom	11	max	9	prom	9	prom
NN8	15	prom	12	prom	9	prom	13	max	11	prom	10	prom
NN9	4	bajo	7	prom	6	bajo	5	bajo	13	max	15	max
NN10	8	bajo	9	prom	15	max	11	max	7	prom	10	prom
NN11	12	prom	8	prom	7	prom	6	prom	9	prom	11	prom
NN12	16	prom	13	max	16	max	4	bajo	3	bajo	13	max
NN13	20	max	14	max	12	prom	6	prom	6	bajo	5	bajo
NN14	12	prom	16	max	15	max	12	max	2	bajo	11	prom
NN15	15	prom	14	max	17	max	9	prom	16	max	16	max
NN16	6	bajo	9	prom	14	max	10	prom	9	prom	9	prom
NN17	18	prom	18	max	13	max	5	bajo	6	bajo	6	bajo
NN18	9	bajo	10	prom	9	prom	6	prom	10	prom	10	prom
NN19	20	max	16	max	12	prom	11	max	11	prom	15	max
NN20	15	prom	9	prom	5	bajo	9	prom	7	prom	14	max
NN21	14	prom	10	prom	14	max	14	max	4	bajo	10	bajo
NN22	10	prom	15	prom	12	prom	11	max	9	prom	16	max
NN23	16	prom	17	max	16	max	9	prom	6	bajo	10	prom
NN24	8	bajo	9	prom	18	max	10	prom	10	prom	13	max
NN25	12	prom	13	max	13	max	13	max	9	prom	14	max
NN26	4	bajo	8	prom	16	max	14	max	5	bajo	10	prom
NN27	17	prom	17	max	8	prom	10	prom	7	prom	16	max
NN28	9	bajo	10	prom	4	bajo	5	bajo	5	bajo	12	prom
NN29	12	prom	18	max	12	prom	3	bajo	6	bajo	6	bajo
NN30	9	bajo	11	prom	11	prom	5	bajo	8	prom	10	prom

Fuente: Fundación Cristo de la Calle, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA). Por Gisela Álvarez

#### 4.1.2. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Pre Técnica

En el proceso de evaluación se utilizó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, se tuvo como fin valorar en los sujetos investigados la presencia de La depresión clínica como un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

El rango de calificación es de 20 a 80

- 25-49 rango normal
- 50-59 ligeramente deprimido
- 60-69 moderadamente deprimido
- 70 o más severamente deprimido

#### NOMENCLATURA DE LA TABLA DE RESULTADOS

##### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Pre Técnica

**Tabla 6 :** Nomenclatura de la Tabla de Resultados

<b>DEPRESION</b>	severamente deprimido	moderadamente deprimido	ligeramente deprimido	rango normal
<b>PUNTAJE</b>	70 o más	60-69	50-59	25-49

Fuente: Fundación Cristo de la Calle, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA). Por Gisela Álvarez

## TABLA DE RESULTADOS

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Pre Técnica

**Tabla 7 :** Resultados Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Pre Técnica

	severamente deprimido	moderadamente deprimido	ligeramente deprimido	rango normal
	<b>70 o más</b>	<b>60-69</b>	<b>50-59</b>	<b>25-49</b>
<b>NN1</b>	73			
<b>NN2</b>		60		
<b>NN3</b>		66		
<b>NN4</b>		62		
<b>NN5</b>		67		
<b>NN6</b>			57	
<b>NN7</b>	70		55	
<b>NN8</b>	74			
<b>NN9</b>		61		
<b>NN10</b>		65		
<b>NN11</b>			56	
<b>NN12</b>				30
<b>NN13</b>			59	
<b>NN14</b>				25
<b>NN15</b>		66		
<b>NN16</b>		60		
<b>NN17</b>		62		
<b>NN18</b>	70			
<b>NN19</b>	71			
<b>NN20</b>		66		
<b>NN21</b>		65		
<b>NN22</b>			52	
<b>NN23</b>			51	
<b>NN24</b>			54	
<b>NN25</b>		63		
<b>NN26</b>				33
<b>NN27</b>		60		
<b>NN28</b>		69		
<b>NN29</b>		66		
<b>NN30</b>			56	

Fuente: Fundación Cristo de la Calle, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA). Por Gisela Álvarez

## **4.2. Evaluación Post aplicación de técnicas**

### **4.2.1. Escala de Ansiedad Infantil de Spence Post técnicas**

Después de la aplicación de las técnicas psicodramáticas se aplicó nuevamente la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, dentro de la misma se valoró los siguientes componentes:

- Ataques de pánico y agorafobia (APA) (post técnicas)
- Trastorno de ansiedad por separación (TAS) (post técnicas)
- Fobia social (FS) (post técnicas)
- Miedos (MI) (post técnicas)
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (post técnicas)
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (post técnicas)

Al finalizar el proceso de aplicación de técnicas psicodramáticas con los niños, niñas preadolescentes de 8 a 12 años pertenecientes a la fundación Cristo de la Calle, se procedió a aplicar nuevamente los test, se buscó analizar los factores evaluados al iniciar la investigación, con la finalidad de contrastar la información y evidenciar la eficacia y eficiencia de las técnicas utilizadas para la mitigación de los efectos psicológicos negativos producidos por el abandono.

**RESULTADOS ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE  
POST TÉCNICAS**

**Tabla 8:** Resultados Escala de Ansiedad Infantil de Spence **Post técnica**

	APA		APS		FS		MI		TOC		TAG	
<b>NN1</b>	11	Prom	7	Prom	4	Bajo	7	Prom	9	Prom	9	Prom
<b>NN2</b>	12	Prom	13	Prom	5	Bajo	9	Prom	5	Bajo	8	Prom
<b>NN3</b>	4	Bajo	4	Bajo	8	Prom	10	Prom	6	Bajo	7	Prom
<b>NN4</b>	8	Bajo	5	Bajo	4	Bajo	5	Bajo	4	Bajo	9	Prom
<b>NN5</b>	13	Prom	8	Prom	3	Bajo	10	Prom	9	Prom	4	Bajo
<b>NN6</b>	15	Prom	9	Prom	3	Bajo	11	Prom	6	Bajo	8	Prom
<b>NN7</b>	8	Bajo	9	Prom	8	Prom	9	Prom	11	Prom	10	Prom
<b>NN8</b>	11	Prom	17	Max	9	Prom	14	Max	9	Prom	12	Prom
<b>NN9</b>	7	Bajo	6	Bajo	5	Bajo	10	Prom	3	Bajo	10	Prom
<b>NN10</b>	6	Bajo	5	Bajo	4	Bajo	9	Prom	4	Bajo	9	Prom
<b>NN11</b>	12	Prom	7	Prom	6	Bajo	5	Bajo	10	Prom	5	Bajo
<b>NN12</b>	14	Prom	9	Prom	8	Prom	4	Bajo	8	Prom	9	Prom
<b>NN13</b>	5	Bajo	10	Prom	14	Max	8	Prom	6	Bajo	9	Prom
<b>NN14</b>	12	Prom	11	Prom	12	Prom	8	Prom	3	Bajo	4	Bajo
<b>NN15</b>	11	Prom	12	Prom	4	Bajo	3	Bajo	8	Prom	10	Prom
<b>NN16</b>	5	Bajo	9	Prom	6	Bajo	7	Prom	3	Bajo	11	Prom
<b>NN17</b>	7	Bajo	10	Prom	4	Bajo	8	Prom	9	Prom	5	Bajo
<b>NN18</b>	9	Bajo	5	Bajo	6	Bajo	4	Bajo	4	Bajo	9	Prom
<b>NN19</b>	11	Prom	4	Bajo	9	Prom	7	Prom	9	Prom	3	Bajo
<b>NN20</b>	14	Prom	9	Prom	4	Bajo	7	Prom	6	Bajo	8	Prom
<b>NN21</b>	8	Bajo	8	Prom	11	Prom	8	Prom	5	Bajo	2	Bajo
<b>NN22</b>	5	Bajo	12	Prom	10	Prom	9	Prom	8	Prom	5	Bajo
<b>NN23</b>	14	Prom	15	Max	9	Prom	7	Prom	3	Bajo	9	Prom
<b>NN24</b>	16	Prom	5	Bajo	9	Prom	8	Prom	9	Prom	9	Prom
<b>NN25</b>	6	Bajo	7	Prom	7	Prom	4	Bajo	3	Bajo	5	Bajo
<b>NN26</b>	5	Bajo	9	Prom	8	Prom	7	Prom	4	Bajo	3	Bajo
<b>NN27</b>	8	Bajo	9	Prom	5	Bajo	3	Bajo	4	Bajo	4	Bajo
<b>NN28</b>	9	Bajo	3	Bajo	8	Prom	7	Prom	8	Prom	9	Prom
<b>NN29</b>	11	Prom	5	Bajo	14	Max	7	Prom	9	Bajo	9	Prom
<b>NN30</b>	13	Prom	9	Prom	5	Bajo	3	Bajo	4	Bajo	3	Bajo

Fuente: Fundación Cristo de la Calle, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA).. Por Gisela Álvarez



#### **4.2.2. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Post técnica**

Posterior a la aplicación de las técnicas psicodramáticas se utilizó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, se tuvo como fin valorar en los sujetos investigados la depresión clínica como un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más. Y evidenciar la mitigación de este factor como resultado de la eficiencia de las técnicas usadas

El rango de calificación es de 20 a 80

- 25-49 rango normal
- 50-59 ligeramente deprimido
- 60-69 moderadamente deprimido
- 70 o más severamente deprimido

## TABLA DE RESULTADOS

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Post técnicas

**Tabla 9 :** Resultados Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Post técnicas

	severamente deprimido	moderadamente deprimido	ligeramente deprimido	rango normal
	<b>70 o más</b>	<b>60-69</b>	<b>50-59</b>	<b>25-49</b>
NN1				33
NN2				38
NN3				29
NN4				30
NN5				41
NN6			57	
NN7			55	
NN8			52	
NN9		61		
NN10		65		
NN11			56	
NN12				30
NN13			59	
NN14				25
NN15				25
NN16				27
NN17				26
NN18				
NN19	71			
NN20				34
NN21		65		
NN22			52	
NN23			51	
NN24			54	
NN25		63		
NN26				33
NN27				33
NN28				33
NN29				35
NN30			56	

Fuente: Fundación Cristo de la Calle, Niños, Niñas y Adolescentes (NNA). Por Gisela Álvarez

### 4.3. Análisis Comparativo Pre test Y Post test

#### FACTOR 1: Ataques de pánico y agorafobia

**Tabla 10:** Ataques de pánico y agorafobia (Pre test)

Ataques de pánico y agorafobia (Pre test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	4	13,33%
PROMEDIO	16	53,33%
BAJO	10	33,33%
TOTAL	30	100%

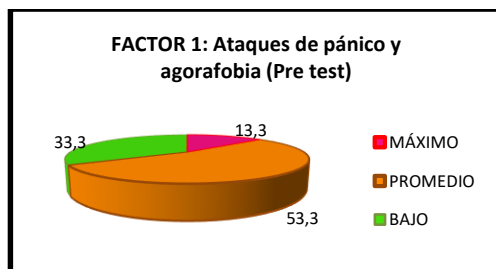
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Tabla 11:** Ataques de pánico y agorafobia (Post test)

Ataques de pánico y agorafobia(Post test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	0	0%
PROMEDIO	15	50%
BAJO	15	50%
TOTAL	30	100%

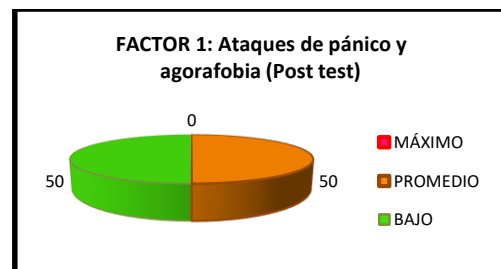
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 1** Ataques de pánico y agorafobia (Pre test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 2** Ataques de pánico y agorafobia (Post test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela A.

### ANÁLISIS

Al iniciar la investigación del grupo evaluado una pequeña cantidad presentaban el factor ataques de pánico y agorafobia en un nivel máximo, aproximadamente la mitad tenían el factor en un nivel promedio y una tercera presentaban el factor en un nivel bajo. Después de aplicar las técnicas psicodramáticas hubo una reducción a cero del factor en nivel máximo y un aumento de los investigados con el factor en nivel bajo, lo que denota la efectividad de las técnicas en la mitigación de los efectos psicológicos

## FACTOR 2: Trastorno de ansiedad por separación

**Tabla12:** Trastorno de ansiedad por separación (Pre test)

Trastorno de ansiedad por separación (Pre test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	16	53,33%
PROMEDIO	13	43,33%
BAJO	1	3,33%
TOTAL	30	100%

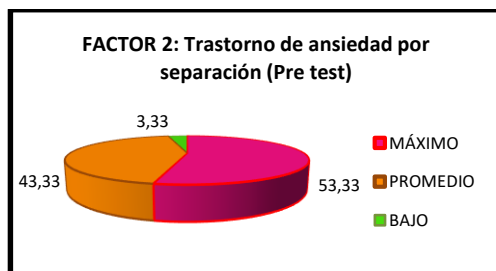
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Tabla13:** Trastorno de ansiedad por separación (Post test)

Trastorno de ansiedad por separación (Post test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	2	6,7%
PROMEDIO	19	63,3%
BAJO	9	30%
TOTAL	30	100%

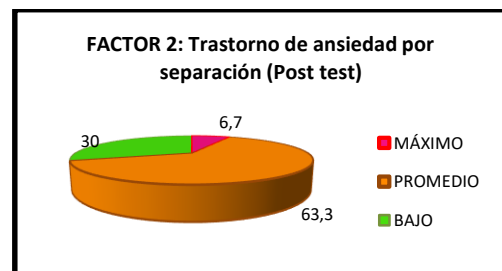
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 3:** Trastorno de ansiedad por separación (Pre test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 4:** Trastorno de ansiedad por separación (Post test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

## ANÁLISIS

Al iniciar la investigación del grupo evaluado casi la mitad presentaban el factor trastorno de ansiedad por separación en el nivel máximo lo cual evidencia que presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar, más de una tercera parte del grupo presentaba el factor en un nivel promedio y una mínima cantidad en un nivel bajo. Después de aplicar las técnicas psicodramáticas hubo una reducción del factor en nivel máximo y un aumento de los investigados con el factor en nivel bajo, lo que denota la efectividad de las técnicas en la mitigación de los efectos psicológicos del abandono

### FACTOR 3: Fobia social

**Tabla14:** Fobia social(Pre test)

Fobia social (Pre test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	16	53,33%
PROMEDIO	11	36,67%
BAJO	3	10%
TOTAL	30	100%

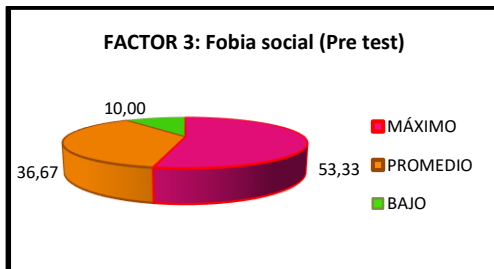
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Tabla15:** Fobia social(Post test)

Fobia social (Post test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	2	6,7%
PROMEDIO	13	43,3%
BAJO	15	50%
TOTAL	30	100%

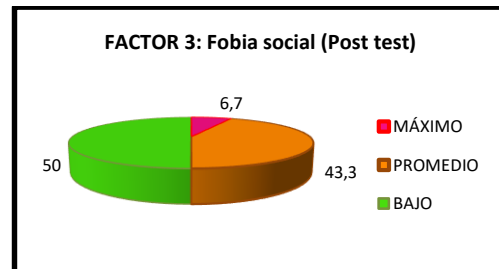
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 5:** Fobia social (Pre test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 6:** Fobia social (Post test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

### ANÁLISIS

Al iniciar la investigación del grupo evaluado la mitad presentaban el factor fobia social en el nivel máximo lo cual evidencia que presenta un excesivo miedo persistente a una o más situaciones sociales, más de una tercera parte presentaban el factor en un nivel promedio y una mínima cantidad en un nivel bajo. Después de aplicar las técnicas psicodramáticas hubo una reducción del factor en nivel máximo y un aumento de los investigados con el factor en nivel bajo, lo que denota la efectividad de las técnicas en la mitigación de los efectos psicológicos del abandono

## FACTOR 4: Miedos

**Tabla16:** Miedos (Pre test)

Miedos(Pre test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	9	30%
PROMEDIO	13	43,33%
BAJO	8	26,67%
TOTAL	30	100%

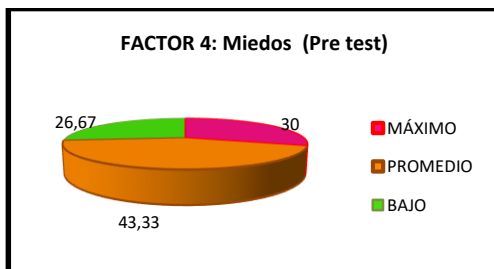
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Tabla17:** Miedos (Post test)

Miedos (Post test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	1	3%
PROMEDIO	21	63%
BAJO	8	24%
TOTAL	30	100%

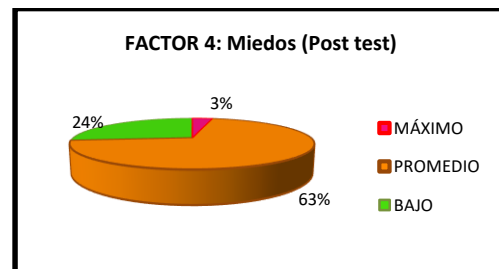
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 7:** Miedos (Pre test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 8:** Miedos (Post test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

## ANÁLISIS

Al iniciar la investigación el grupo presentaba partes casi equitativas en cada uno de los niveles. Después de aplicar las técnicas psicodramáticas hubo una reducción del factor en nivel máximo y un aumento de los investigados con el factor en nivel promedio, lo que denota la efectividad de las técnicas en la mitigación de los efectos psicológicos del abandono.

## FACTOR 5: Trastorno obsesivo compulsivo

**Tabla 18:** Trastorno obsesivo compulsivo (Pre test)

Trastorno obsesivo compulsivo (Pre test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	2	6,67%
PROMEDIO	16	53,33%
BAJO	12	40%
TOTAL	30	100%

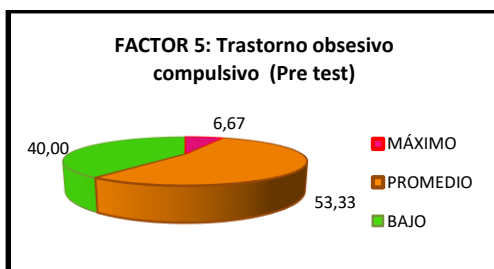
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Tabla 19:** Trastorno obsesivo compulsivo (Post test)

Trastorno obsesivo compulsivo (Post test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	0	0%
PROMEDIO	12	48%
BAJO	18	36%
TOTAL	30	100%

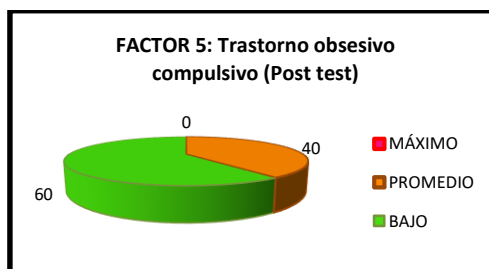
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 9:** Trastorno obsesivo compulsivo (Pre test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 10:** Trastorno obsesivo compulsivo (Post test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

## ANÁLISIS

Al iniciar la investigación una pequeña cantidad presentaban el factor trastorno obsesivo compulsivo en un nivel máximo, aproximadamente la mitad tienen el factor en un nivel promedio y una tercera parte tienen el factor en un nivel bajo. Después de aplicar las técnicas psicodramáticas hubo una reducción del factor en nivel máximo a cero y un aumento de los investigados con el factor en nivel promedio y bajo, lo que denota la efectividad de las técnicas en la mitigación de los efectos psicológicos del abandono.

## FACTOR 6: Trastorno de ansiedad generalizada

**Tabla 20:** Trastorno de ansiedad generalizada (Pre test)

Trastorno de ansiedad generalizada (Pre test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	13	43,33%
PROMEDIO	13	43,33%
BAJO	4	13,33%
TOTAL	30	100%

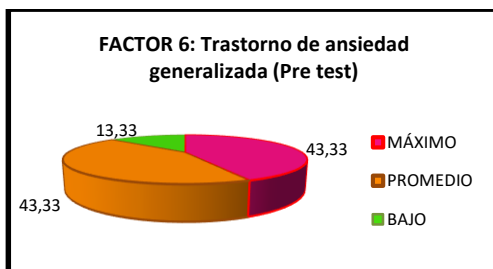
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Tabla 21:** Trastorno de ansiedad generalizada (Post test)

Trastorno de ansiedad generalizada (Post test)		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
MAXIMO	0	0%
PROMEDIO	19	63,3%
BAJO	11	36,67%
TOTAL	30	100%

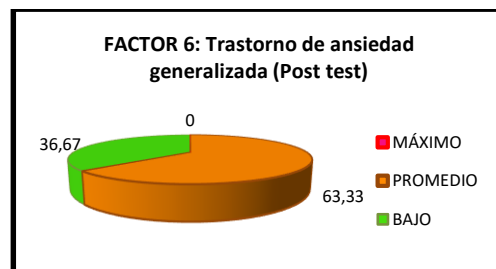
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 11:** Trastorno de ansiedad generalizada (Pre test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 12:** Trastorno de ansiedad generalizada (Post test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

## ANÁLISIS

Al iniciar la investigación gran parte del grupo presentaba el factor trastorno de ansiedad generalizada en el nivel máximo y una mínima cantidad en un nivel bajo. Después de aplicar las técnicas psicodramáticas hubo una reducción del factor en nivel máximo y un aumento de los investigados con el factor en nivel promedio y bajo, lo que denota la efectividad de las técnicas en la mitigación de los efectos psicológicos del abandono.



## Factor 7: Depresión

**Tabla 22 :** Depresión (Pre test)

Depresión Pre Test		
ESCALA	PERS	PORCENT AJE
Rango normal	3	10%
Ligeramente deprimido	8	26,67%
Moderadamente deprimido	14	46,67%
Severamente deprimido	5	16,67%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

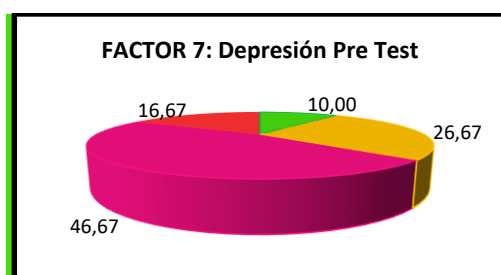
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Á.

**Tabla 23 :** Depresión (Post test)

Depresión Post Test		
ESCALA	PERS	PORCENTAJE
Rango normal	15	50%
Ligeramente deprimido	10	33,33%
Moderadamente deprimido	4	13,33%
Severamente deprimido	1	3,33%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

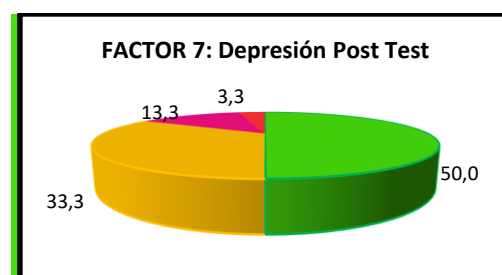
Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Á.

**Gráfico 13:** Depresión (Pre test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

**Gráfico 14:** Depresión (Post test)



Fuente: Fundación Cristo de la Calle, NNA. Por Gisela Álvarez

## ANÁLISIS

Del grupo investigado un pequeño porcentaje se encuentran en el rango normal, la cuarta parte en el rango de ligeramente deprimidos y lo que es preocupante aproximadamente la mitad de los sujetos presentan este factor en el nivel de moderadamente deprimidos, y una pequeña fracción en el rango de severamente deprimidos. Después de la aplicación de las técnicas se evidencia una disminución de los porcentajes de los rangos severa y moderadamente deprimidos y un aumento en los rangos normal y ligeramente deprimido, lo que muestra la eficiencia de las técnicas aplicadas.

## **CAPÍTULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Una vez realizado el análisis e interpretación de resultados obtenidos a través de la aplicación de la propuesta “Técnicas psicodramáticas como mitigadoras de repercusiones emocionales provocadas por el abandono en niños, niñas y pre-adolescentes” con la ayuda de los instrumentos psicométricos Spence, Zung y una vez aplicadas las técnicas de psicodrama, se volvió a aplicar los test; se ha obtenido las siguientes conclusiones y recomendaciones

#### **5.1 CONCLUSIONES**

1. Se identificó en los niños, niñas y preadolescentes de la Fundación Cristo de la Calle a través de una previa convivencia, seguido de la aplicación de reactivos tales como Spence, Zung, que dicha población sufría de altos índices de ansiedad y depresión que han sido provocados por abandono.
2. Después de haber evaluado con instrumentos psicométricos a los niños, niñas y preadolescentes, hallamos altos porcentajes en rasgos de ansiedad por separación, miedos y ansiedad generalizada, en los resultados de la escala de ansiedad Spence y dentro de la escala de depresión de Zung nos dio como resultado un elevado porcentaje en moderadamente deprimidos.

3. Con la aplicación de técnicas psicodramáticas como son: representación de animales, dramatización de una fábula o historia, intercambio o inversión de roles, la silla vacía y el espejo, las que dieron mejor resultado tras una buena colaboración de los menores, dichas técnicas dieron resultados positivos, inmediatamente logrando mitigar las emociones que alteraban el comportamiento, provocando una mejor relación entre niños de una casa familia y sus educadores.
  
4. Se realizó la aplicación de reactivos psicológicos como la escala de ansiedad de Spence y la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung; después de la aplicación de técnicas psicodramáticas; en las que podemos verificar lo beneficioso que resultó usar técnicas psicodramáticas como estrategia terapéutica para mitigar la ansiedad y depresión en niños y niñas de la Fundación Cristo de la Calle; dichos resultados positivos fue evaluado conjuntamente con los niños y educadoras de casa familia.
  
5. Al haber socializado la guía del psicodrama con la psicóloga y con las personas encargadas del cuidado diario de los niños, niñas y pre-adolescentes (educadores de casa familia) tuvo una factible acogida, mostrando interés por el instrumento y mayor facilidad al replicar el contenido con los integrantes de cada una de las casas acogientes de la institución.

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar un seguimiento terapéutico a niños niñas y preadolescentes que mediante la aplicación de reactivos psicológicos como son: Spence y Zung, obtuvieron puntuaciones elevadas y existió ausencia de colaboración en la aplicación de técnicas; con la finalidad de disminuir sus alteraciones conductuales.
2. Hacer seguimientos a los niños, niñas y preadolescentes que fueron parte de esta investigación por el departamento/área de psicología de la institución, mediante informes y terapias grupales.
3. Con la creación de la guía de psicodrama, se pretende que las personas que colaboraron en este proceso, educadoras de casa familia y psicóloga, sigan usando estas técnicas para próximos niños albergados a la institución y puedan vivir una de estas experiencias que provoquen mitigación de sus alteraciones emocionales sin provocar más heridas y así lograr una mejor relación entre ellos y educadores.
4. Se recomienda que estudiantes de la Carrera de Psicología General de la Universidad Técnica del Norte puedan aportar voluntariamente o como parte de prácticas pre-profesionales a esta institución con la finalidad de apoyar al área de psicología para lograr un mejor soporte emocional con los niños que se ha trabajado con esta investigación y demás niños albergados en la “Fundación Cristo de la Calle”

### **5.3. RESPUESTAS A LAS INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN**

**¿Los niños, niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle”, presentaban trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión provocados por el abandono?**

Después de relacionarse con cada uno de ellos (NNA) de la Fundación Cristo de la Calle; realizando juegos, haciendo un acompañamiento continuo y realizando la aplicación de los reactivos psicológicos se denota que los niños niñas y preadolescentes presenta trastornos de ansiedad y depresión a consecuencia de la separación o el abandono de sus progenitores.

Según la escala de Ansiedad Infantil de Spence a través de la cual pudimos evaluar diferentes áreas tales como; Ataques de pánico y agorafobia (APA), Trastorno de ansiedad por separación (TAS), Fobia social (FS), Miedos (MI), Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Trastorno de ansiedad generalizada (TAG);

Nos da como resultado:

Ataques de pánico y agorafobia (APA); máximo 4 personas 12%; Promedio 16 personas 30%; Bajo 10 personas 48%; lo que quiere decir que en este factor (APA) se encuentran en los límites de la normalidad.

Trastorno de ansiedad por separación (TAS); Máximo 16 personas 48%; Promedio 13 personas 39%; Bajo 1 persona 13%; a través de este factor pudimos evidenciar que los niños niñas y preadolescentes de la Fundación Cristo de la Calle presentan una excesiva ansiedad acerca de la separación de personas que ellos consideraban importantes o muy cercanas, tal como son padre o madre.

Fobia social (FS); Máximo 16 personas 48%; Promedio 11 personas 33%; Bajo 3 personas 9%; casi la mitad presentó el factor Trastorno de ansiedad por separación en el nivel máximo lo cual hizo evidenciar que estaba presente un excesivo miedo a una o más situaciones sociales por temor a que resulten embarazosas.

Miedos (MI); Máximo 9 personas, 27%; Promedio 13 personas, 39% Bajo 8 personas, 24%; según los resultados obtenidos de la Escala de Ansiedad podemos recalcar en el factor miedo que existía miedo a la soledad, miedo a que le hagan daño y miedo a no ver a sus padres.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Máximo 2 personas, 6%; Promedio 16 personas, 48%; Bajo 12 personas, 36%; después de obtenidos los resultados es considerado que los NNA se encuentran dentro de los límites de la normalidad.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG); máximo 13 personas, 39%; Promedio 13 personas 39%; Bajo 4 personas, 12 %; se halla en este factor un alto porcentaje de ansiedad generalizada.

También se realizó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, donde se evidencia que hay profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

**¿Las técnicas psicodramáticas permitieron una adecuada intervención y mitigación de los efectos psicológicos negativos de la situación de abandono?**

Se inició con las técnicas psicodramáticas con los niños, niñas y preadolescentes; la que dio excelentes resultados en la mitigación de los efectos psicológicos negativos que han sido provocados por el abandono. A través de las técnicas psicodramáticas tales como El Espejo, Intercambio o Inversión de Roles, la Silla Vacía, Representación De Animales y Dramatización de una Fábula o Historia; se permitió desahogos emocionales lo que dio como resultado una mejor relación entre los niños y educadores dentro de las casas familias y una mejor comunicación con la educadora y personas externas a la institución que están albergados; dichos resultados son notorios en los resultados posteriores a las técnicas.

**¿La Construcción de una Guía de Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores permitió el seguimiento del proceso de intervención?**

Se construyó la guía “Psicodrama para niños, niñas y preadolescentes en situación de abandono de sus progenitores”, de la cual se dejó un ejemplar en la Fundación Cristo de la Calle con la finalidad de que estas técnicas puedan seguir siendo utilizadas con más niños que se alberguen en este prestigioso lugar; la guía se dejó con la finalidad de que no se quede en el olvido este proceso por lo que personas que no sean psicólogos puedan dar esta misma atención, tal vez no de la misma manera pero si logrando una ayuda necesaria a los individuos, logrando momentos de desahogo emocional, a pesar de que la psicóloga encargada del proyecto mi derecho a vivir en familia, tiene los conocimientos necesarios para desarrollar las técnicas psicodramáticas; y

a través de esto lograr mejores relaciones interpersonales de los niños niñas y preadolescentes.

**¿Aplicar las técnicas psicodramáticas en niños, niñas y preadolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle”, mitigó los efectos psicológicos negativos de la situación de abandono?**

Todas las técnicas psicodramáticas practicadas en esta investigación dieron resultados positivos, logrando mitigar los efectos psicológicos provocados por el abandono vivido cada uno de los niños albergados en esta institución, logrando una mejor adaptación y en cada uno de ellos una mejor y más segura interacción y socialización dentro y fuera de la institución.



## **CAPÍTULO VI**

### **6. PROPUESTA ALTERNATIVA**

#### **6.1. Título de la Propuesta**

Técnicas psicodramáticas para mitigar las repercusiones emocionales provocadas por el abandono en niños, niñas y pre-adolescentes.

#### **6.2 Justificación e importancia**

El psicodrama dentro de las repercusiones psicológicas en infantes y púberes que han sufrido abandono por parte de sus progenitores propició la disminución de ansiedad, estrés, represiones y en algunos casos la depresión posterior a este tipo de desprotección que es el abandono y mejoró la adaptación a la institución de acogimiento.

A través de las técnicas psicodramáticas usando el drama, el teatro entre otras, donde se mostró espontaneidad en el desenvolvimiento de cada menor, exploró sus dolencias emocionales a partir de tales actividades, se enfocó el actuar en aquellas emociones y mitigarlas, para que los beneficiados infantes y púberes de la institución mejoren su estabilidad emocional y se adapten de mejor manera en la institución

### 6.3 Fundamentación

En cuanto a la fundamentación de la propuesta, se tomó los enunciados del enfoque psicodramático que tiene una función catártica a través de los dramas subjetivos que se identifican con los dramas propios (conflictos, frustraciones y esperanzas). A través de esta identificación podemos liberar determinadas emociones y encontrar nuevos caminos para enfrentar la realidad.

El psicodrama no sólo interviene en la toma de conciencia racional y en la comprensión emocional, sino también en la reconstrucción del sistema de valores interno, para propiciar un cambio donde se reestructuren o integren nuevos patrones más coherentes y positivos.

Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el apartamiento del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción (Moreno, 1946).

En Psicología todas las emociones son estados provocados por diferentes estímulos, los cuales provocan modificaciones en toda una variedad de conductas. Jacob Levy Moreno (1921); este enunciado se toma como base fundamental, tomando en cuenta el abandono y desprotección como desencadenante potencial de trastornos depresivos y ansiosos en niños niñas y pre-adolescentes.

La guía mediante la cual se trabajó con los niños niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de edad que estén en condición de abandono de sus progenitores en la Fundación Cristo de la Calle de la ciudad de Ibarra, logró la mitigación de los efectos psicológicos en especial la ansiedad y la depresión.

Es preciso recalcar que para la construcción la Guía “Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores” y del material que se utilizó en el desarrollo de la propuesta se tomó en cuenta los enunciados y teorías de expertos en el área del psicodrama, pero en especial Jacob Levi Moreno que se interesó en la práctica de la terapia grupal especialmente con niños.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 Objetivo general**

Disminuir rasgos de ansiedad y depresión aplicando técnicas psicodramáticas para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores

### **6.4.2 Objetivos específicos**

- Establecer las técnicas psicodramáticas necesarias para una adecuada intervención.
- Usar las técnicas psicodramáticas con terapias grupales con los niños, niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle”.

## **6.5 Ubicación sectorial y física**

Fundación Cristo de la Calle Maldonado 14-119 y Guillermina García, Ibarra Imbabura, Ecuador

## 6.6 Desarrollo de la propuesta

La propuesta tuvo como fin la mitigación de los efectos psicológicos negativos en niños, niñas y pre-adolescentes provocadas por el abandono de sus progenitores mediante el uso de técnicas psicodramáticas.

**Tabla 24:** Desarrollo de la Propuesta

<b>1.- Establecimiento de vínculo de confianza</b>		
<b>PROCESO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Voluntariado de un mes en la "Fundación Cristo de la Calle"	Técnicas lúdicas Actividades grupales Asistencia pedagógica	Se realizó un proceso de rapport previo a la aplicación de la propuesta, esto permitió generar vínculos de confianza bidireccional entre mi persona y los beneficiarios de la institución

<b>2.- Identificación de afectación psicológica</b>		
<b>PROCESO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Aplicación de los reactivos psicométricos Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Escala de Ansiedad Infantil de Spencer.	<u>Material de Oficina</u> Esferográficos Copias de los instrumentos utilizados	La aplicación de los instrumentos se realizó a 30 niños, niñas y pre-adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.

<b>3.- Construcción de la Guía</b>		
<b>PROCESO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<p>Establecer las técnicas psicodramáticas necesarias para una adecuada intervención.</p> <p>Recopilación de las técnicas en la Guía</p>	<p>Material de referencia bibliográfica.</p> <p>Criterio de expertos</p>	<p>Se seleccionó entre todas las técnicas psicodramáticas las idóneas para trabajar de acuerdo a la población y a la afectación.</p> <p>Se tomó en cuenta criterios de expertos en el psicodrama para la selección de las técnicas idóneas y la formación de la guía Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores”</p>

<b>4.- Aplicación de las técnicas psicodramáticas</b>		
<b>PROCESO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<p>Utilización de la Guía “Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores”</p>	<p>“Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores”</p> <p>Material necesario acorde a cada una de las técnicas</p>	<p>Se realizó la aplicación de la Guía “Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores”</p> <p>Se contó con la predisposición y colaboración de las educadoras de casa familia y de los niños niñas y pre-adolescentes</p>

<b>5.- Evaluación</b>		
<b>PROCESO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Evaluación de las técnicas usadas	Ficha de evaluación de la técnica Esferos	Al terminar cada una de las técnicas se realizó la evaluación tomando en cuenta el desarrollo y alcance de objetivo
<b>6.- Valoración Post Técnicas</b>		
<b>PROCESO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Aplicación de Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung Escala de Ansiedad Infantil de Spencer. con el fin de evidenciar la mitigación de los efectos psicológicos negativos del abandono a través del psicodrama	<u>Material de Oficina</u> Esferográficos Copias de los instrumentos utilizados	Al terminar la aplicación de las técnicas se realizó una evaluación  Se evidencio la mitigación de los efectos psicológicos negativos del abandono a través del psicodrama  Se evidencio el cumplimiento del objetivo de la investigación.

**Fuente:** Elaborado por Gisela Álvarez

“Psicodrama para niños niñas y  
pre-adolescentes en situación de  
abandono de sus progenitores”



**GI SELA ÁLVAREZ**



## PRESENTACIÓN

El psicodrama tiene una función catártica a través de los dramas subjetivos que se identifican con los dramas propios. A través de esta identificación podemos liberar determinadas emociones y encontrar nuevos caminos para enfrentar la realidad.

Escenificar los modos de interaccionar con otras personas sirve como vehículo terapéutico para el crecimiento personal. El psicodrama ayuda así a interpretar el papel protagonista que quieres se quiere para la vida.

Aunque el psicodrama se basa en un conjunto de técnicas teatrales y escenográficas, actualmente su aplicación está orientada tanto a la psicoterapia clínica como al crecimiento personal a través de la experiencia. En donde un director, que es el terapeuta, va a realizar indicaciones para que el paciente actúe e interactúe con otros en una escena ficticia, buscando el insight o darse cuenta como vehículo terapéutico.

En la presente guía se explica el adecuado uso del psicodrama y técnicas específicas para trabajar en específico con niños, niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores en los que se ha evidenciado ansiedad y depresión

## EL PSICODRAMA

El psicodrama es un procedimiento psicoterapéutico, generalmente grupal, que utiliza técnicas dramáticas (dramatizaciones) –además de verbales- como medio expresivo, de comunicación, de exploración, de operación, etc.

Algunos autores consideran que el psicodrama es un recurso psicoterapéutico que se basa en la dramatización por parte del paciente de situaciones de su pasado o futuro reales o imaginarias, que se viven o experimentan como si estuvieran en el aquí y ahora.

El objetivo principal de esta técnica es llevar al paciente a reconocer sus emociones, sentimientos y hacer cosas diferentes en una situación, con el fin de reparar el conflicto o frustración. También puede enseñar al individuo a prepararse para actuar o encontrar alternativas para acontecimientos de su futuro.

El Psicodrama es quizá el enfoque psicológico, psicoterapéutico y psicopedagógico que cuenta con la mayor riqueza y variedad de técnicas; una de las razones para esto es que dentro de su marco de referencia la creatividad ocupa un lugar central.

El Psicodrama y juego de roles no dan al niño un repertorio de respuestas o modelos de acción que deban utilizarse mecánicamente en cada situación, sino más bien tiene por objeto desarrollar su flexibilidad y espontaneidad a fin de capacitarlo y prepararlo para que pueda explorar varias alternativas y posibilidades en situaciones presentes y futura.

## **APLICACIONES DEL PSICODRAMA**

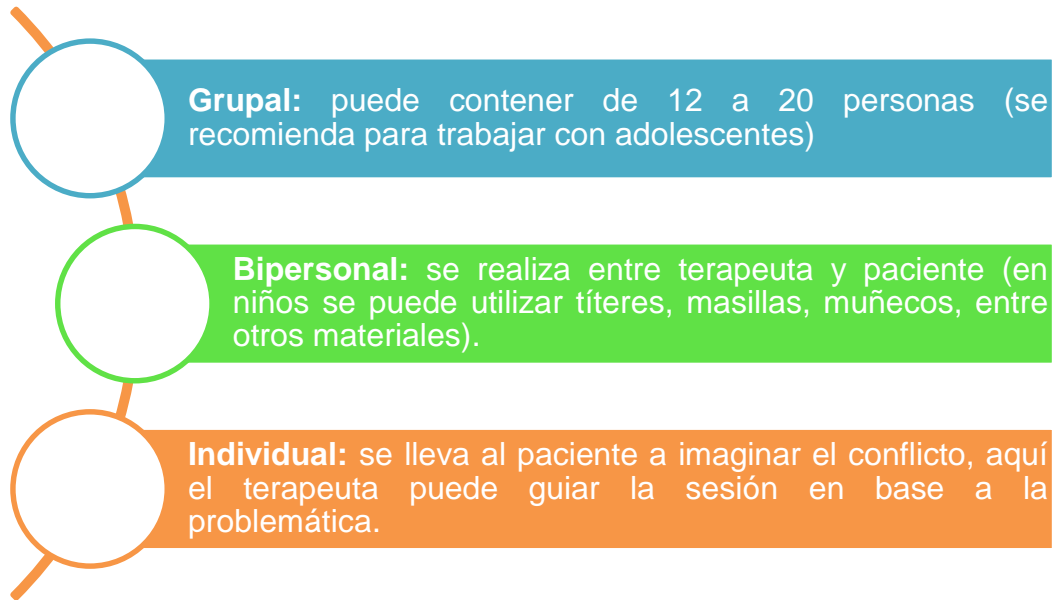
Aunque el psicodrama fue diseñado inicialmente para cubrir una carencia terapéutica de la época, al desarrollarse como psicoterapia grupal, actualmente se puede trabajar tanto de forma individual, en pareja, familiar o en grupo, ya que depende de la destreza del director el poner en valor terapéutico el trabajo que se realiza en las sesiones de psicodrama y que le sirva a cada participante para su problema concreto.

Además, una sola persona, actuando de forma individualizada o en grupo, puede trabajar distintos aspectos propios o relacionados con su pareja, la familia o el trabajo, para lo cual va a contar con la colaboración de auxiliares, que podrán representar el papel de marido, esposa, familiar o jefe, según lo requiera la escena ficticia.

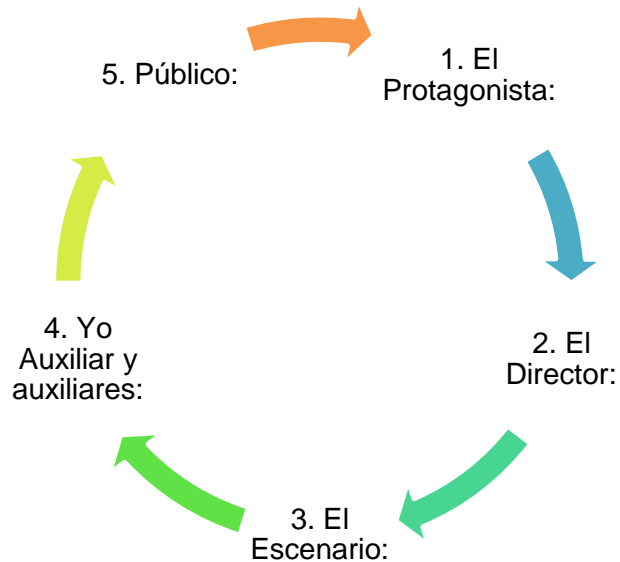
Las aplicaciones terapéuticas del psicodrama dependen más de las destrezas y experiencias del director que de la técnica en sí, ya que se ha comprobado su utilidad para tratar diversas patologías, como depresiones, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos o fobias sociales entre otras; además de para ayudar a superar el duelo, mejorar la autoestima y la motivación, y para cambiar hábitos inadecuados.

## CARÁCTERÍSTICAS DEL PSICODRAMA

El psicodrama puede ser:



## ELEMENTOS PRINCIPALES DEL PSICODRAMA



Los elementos principales para la realización de las técnicas psicodramáticas son:

**1. El Protagonista:** es el paciente, el principal en el juego dramático, porque será quien dramatice la situación de su vida personal que vamos a trabajar.

**2. El Director:** es el psicólogo o terapeuta que guiará al paciente y aplicará la técnica para lograr el objetivo terapéutico.

**3. El Escenario:** es un espacio de realidad suplementaria, con niños puede ser un teatro de títeres, con adolescentes es importante delimitar el espacio, porque recordemos que la experiencia será “como si” estuvieran en ese momento de dificultad o conflicto.

**4. Yo Auxiliar y auxiliares:** son personas que participan en la situación dramatizada, deben ayudar al protagonista a desarrollar la escena. Debemos tener claro que también son colaboradores del psicólogo o terapeuta, porque seguirán sus indicaciones para lograr el objetivo terapéutico. En caso que sea bipersonal, los otros papeles los puede realizar el paciente o pueden ser representados simbólicamente por materiales (cojines, sillas, entre otros).

**5. Público:** puede ser parte del grupo, ellos serán empáticos y compartirán con el protagonista sus propias experiencias o vivencias durante el psicodrama.

## TIPOS DE PSICODRAMA

**Tipos de dramatización que aplican con mayor eficiencia en niños y adolescentes son:**

### **Psicodrama Exploratorio:**

Consiste en poner en evidencia conflictos, frustraciones, defensas, entre otras situaciones que pueden ser de uso para iniciar un tratamiento. Con esta dramatización se busca conocer al paciente, su ambiente, su problemática. Por lo general es un tipo de dramatización que ayuda al paciente a poner en escena sus características y ambiente familiar o social.

### **Psicodrama descriptivo:**

En este tipo de psicodrama el individuo desea dar a conocer detalles más específicos de la situación o conflicto que presenta.

### **Psicodrama expresivo:**

Este tipo de dramatización es más intensa, porque puede ser un proceso de simbolización donde el individuo imagina o trae a escena una situación específica y real.

## ETAPAS DEL PSICODRAMA



Las intervenciones o sesiones con encuadre psicodramático tienen tres etapas:

- **CALDEAMIENTO:** Inespecífico para crear clima de confianza, y Específico para preparar la dramatización del tema o rol protagonista.
- **DRAMATIZACIÓN:** llevando el contexto grupal de los individuos y de la realidad de su contexto social a un encuadre de juego de roles en el contexto dramático.

La dramatización es una puesta en juego, una re-presentación real o simbólica de situaciones de la vida, donde no se relata algo sino que todo el ser habla con el lenguaje del cuerpo.

Puede ser con construcción de Imágenes o Esculturas reales o simbólicas a modo de observador reflexivo que clarifica su forma y explica sus componentes; o con Escenas o Acciones de mayor compromiso emocional.

- **COMENTARIOS** o procesamiento con retroalimentación en el contexto grupal. En esta etapa se comenta lo que “faltó” y lo que “sobró” en las formas de la dramatización, cómo se desarrolló, y no sólo en los contenidos que se dieron. Después se procede a hacer resonancias personales para compartir puntos de vista sobre lo visto y sentido en relación a las vivencias de uno mismo y compartir con el protagonista experiencias similares

Es importante remarcar que no es lugar para dar consejos.

La toma de conciencia sobre la acción ocurrida en el escenario no significa que el protagonista haya asimilado conductas más positivas. Lo difícil es no volver a viejos patrones. Por ello, es necesario verificar cambios internos con nuevas dramatizaciones, puesto que; no es la comprensión verbal de los conflictos lo que genera cambios internos, sino la elaboración e integración en torno a la acción.



## TÉCNICAS PSICODRÁMÁTICAS IDONEAS PARA APLICAR A LA MUESTRA

### REPRESENTACIÓN DE ANIMALES

#### **Objetivo:**

Exteriorizar emociones a través de la imitación de un animal, que será escogido inconscientemente; continuamente será interpretado y explicado por qué prefirió ese animal.

#### **Material:**

(Mínimo 8, máximo 20 personas) Grabadora (de ser necesario)

#### **Desarrollo:**

Cuando se realiza esta técnica psicodramática en grupo de niños, se les puede pedir a los mismos que escojan un animal (el que ellos deseen) por un instante que lo imaginen continuamente que lo explique por qué se sienten identificados con ese animal. Seguido de esto, se les solicita que interactúen entre animales (personas que escogieron el mismo animal), para observar las relaciones y conductas durante el drama. (Villareal 2013)

Esta técnica es utilizada generalmente en la parte del caldeamiento donde podremos identificar emociones expresadas a través de la simulación del animal que hayan escogido, dentro de esta actividad se puede apreciar que una gran parte de niños, niñas y pre-adolescentes eligen animales muy inofensivos por lo que muestran temor a enfrentarse a una realidad fuera de la institución a la que están albergados, otro tanto escogen animales muy ofensivos lo que muestran que están a la defensiva de lo que puede suceder; por lo que como estrategia se solicita que se agrupen y

de tal modo interactuar y poder desarrollar la seguridad para expresarse en grupo.

**Resultado:**

Después de realizada la actividad, normalmente para los niños es vista como un juego, es por esa razón que se la usa con mayor frecuencia en el caldeamiento de tal modo los niños, niñas y pre-adolescentes se sienten tranquilos, muestran mayor disponibilidad de trabajo mostrando mayor espontaneidad.

El beneficio de esta técnica psicodramática es que el niño logra disminuir su temor a socializar con las demás personas y poder expresar de una manera asertiva el por qué y el para que de sus decisiones y su comportamiento.

## **DRAMATIZACIÓN DE UNA FÁBULA O HISTORIA**

### **Objetivo:**

A través de una dramatización, interpretando una historieta inspirada en el caso de uno de los niños, actuar y mostrar eventos desagradables con la finalidad de exteriorizarlos y así mitigar cargas emocionales

### **Materiales:**

Historietas

### **Desarrollo:**

Dentro de esta técnica se debe saber previamente el caso de los niños para poder contarla como una fábula o historieta, seguido de esto se le puede pedir a una persona que sea protagonista para que dramatice lo contado por el terapeuta y continuamente que asigne a sus compañeros el rol que desea que desempeñen.

Al saber de antemano la problemática de un niño, resulta menos complicado crear una historia acorde a la vivencia del individuo, sin dar a conocer que se trata de alguien en especial, para así lograr una dramatización donde pueda la persona mitigar sus cargas emocionales.

### **Resultado:**

Después de realizar esta técnica se logra mayor espontaneidad al narrar un conflicto o situación no agradable para el menor, y entre si socializar y grupalmente buscar una solución, esta actividad logra aumentar el compañerismo y la comprensión entre cada integrante de casa familia.

Así se logra desarrollar seguridad para expresar lo sucedido y mencionan que “ya no hay miedo al hablar con los demás”.

## **EL ESPEJO**

### **Objetivo:**

Ofrecer al paciente la posibilidad de fijarse en sí mismo en las situaciones que han creado conflicto en su vida, representada a través de una dramatización, con la apariencia que da el verse desde afuera.

### **Materiales:**

Un espejo (de ser necesario)

Grabadora

### **Desarrollo:**

La técnica del espejo es considerada como un eficaz procedimiento de confrontación, ya que permite al paciente “verse” a sí misma en una reproducción del rol que acaba de interpretar. (Villarreal 2013)

“Cuando el paciente no puede presentarse a sí mismo, en palabras o en acciones, el yo auxiliar se coloca en la parte activa del espacio psicodramático. El paciente o los pacientes permanecen sentados en el grupo. El yo auxiliar Re-actúa al paciente, copiando su comportamiento y tratando de expresar sus sentimientos con la palabra y el movimiento, y muestra así al paciente o a los pacientes, “como en un espejo”, de qué manera lo perciben los demás”. (Moreno 1996)

Conocemos todo el asombro incansable de los niños al verse en el espejo. Al principio el niño no es consciente de que ve en el espejo una imagen de sí mismo. Pero lo que ve, lo inquieta y para convencerse de que es real, saca la lengua o hace cualquier otro movimiento. Cuando finalmente el niño comprende que la imagen del espejo es su propia imagen, se ha producido en su crecimiento un punto crítico, un progreso decisivo en la comprensión de sí mismo” (Moreno, 1966). Por tal motivo esta técnica ayudo en gran manera a disminuir los miedos envueltos en los niños, niñas y preadolescentes, basados en inseguridades para poder

expresar sus pensamientos ante las personas mayores a ellos, por tal motivo se creaba ansiedad generalizada.

En caso que el niño no quiera dramatizar dentro de un grupo se procede a usar el espejo para que con ello se logre la autovaloración al demostrar actos frente a situaciones que han causado molestias en un evento no agradable para la persona.

**Resultado:**

Ha sido una técnica gratificante al verificar que las personas que realizan esta ejercicio pueden sentir satisfacción con uno mismo, logrando asimilar lo que estaba bien o lo que estaba mal y socializar en grupo las virtudes que se encuentra en cada uno, esta actividad logra que su valor como persona vaya aumentando y sentirse mejor consigo mismo.

## **INTERCAMBIO O INVERSIÓN DE ROLES**

### **Objetivo:**

Mostrar a la persona cómo recibe el otro sus conductas. De esta manera se comprende mucho más la reacción del otro

### **Desarrollo:**

Tiene como base el ponerse en el lugar del otro. Es una de las técnicas más esenciales ya que hacen a la esencia misma del psicodrama. La más conocida cita de Moreno es quizás: "Un encuentro entre dos: ojo a ojo, cara a cara. Y cuando estés cerca arrancaré tus ojos y los colocaré en el lugar de los míos y tú arrancarás mis ojos y los colocarás en el lugar de los tuyos. Entonces te miraré con tus ojos y tú me mirarás con los míos" (Moreno, Jacobo Levi, *Einladung zu Einer Begegnung*, Viena, 1914).

En el cambio de roles se efectiviza claramente este ponerse en el lugar del otro y permite muchas veces, comprender actitudes incomprensible si no se tienen en cuenta las circunstancias reales que rodean el comportamiento del otro. (Vilaseca 2011)

Cuando se quiere mostrar a la persona cómo recibe el otro sus conductas. De esta manera se comprende mucho más la reacción del otro; es frecuente que después del cambio de roles, el protagonista comente que dadas las circunstancias el otro no tenía otra posibilidad. (Vilaseca 2011)

Después de realizar esta técnica psicodramática se pudo apreciar mejoras en las relaciones afectivas entre los niños niñas y preadolescente; ya que al dramatizar hechos reales y sucesos del diario vivir dentro de casa familia se hallaban conflictos entre los integrantes de la misma, la que provocaba mayor ansiedad.

## **LA SILLA VACIA**

### **Objetivo:**

Despojar emociones guardadas en eventos anteriores, simulando el evento si fuera en presente, el paciente utiliza su imaginación para rellenar con la presencia de tal persona, en el espacio vacío de la silla.

### **Materiales:**

Una o dos sillas

### **Desarrollo:**

En su manejo original, el Director coloca una silla frente al Protagonista y le solicita que imagine sentado en ella a uno de los personajes de la historia que ha relatado en la sesión y que es motivo de la puesta en escena. Luego le pide que le hable como si dicho personaje estuviera sentado en la silla y le exprese los pensamientos, emociones y sentimientos que le provoca, sean positivos o negativos. El Director puede colocar dos sillas, para que el Protagonista y el personaje estén sentados “frente a frente”

Se trata de una especie de “test proyectivo psicodramático”, ya que todos los contenidos puestos en escena son parte del mundo interno del Protagonista. En este sentido, el Director puede solicitar que en la silla vacía el Protagonista “siente” cualquier personaje, sea real o imaginario, o aún un atributo de sí mismo, o hasta una etapa de la vida (Rojas 1984)

### **Resultado:**

Después de utilizada esta técnica se mostró en seguida la descarga emocional que provoca, de tal manera se la uso para mitigar emociones guardadas y así disminuir sus niveles de ansiedad.

## INTERVENCIÓN DEL PSICODRAMA

El Psicodrama interviene sobre:

- El darse cuenta intelectual (lo quieres), la experiencia emocional correctora (lo sientes) y el cambio ideológico en la escala de valores (te atreves). De este modo es importante no solo el contenido de lo que se dice sino fundamentalmente la Forma en la relación sobre lo que realmente se quiere decir, tomando conciencia de lo que sobró y lo que faltó.
- Los objetivos del protagonista; se relacionan con sus deseos implícitos o manifiestos y los secretos u ocultos, del mismo modo lo hacen con la urgencia para conseguirlos.
- La Autonomía y el Trabajo en Equipo; para la Circularización del grupo sin un líder, la Jerarquización del grupo con líderes cambiantes según la situación y la Triangularización del grupo sin que nadie sea excluido con un sentimiento de liderazgo compartido.
- La Rematrización de carencias o aspectos que no se dieron en su evolución personal; para que se sienta entendido y pueda superar sus dificultades de comunicación y relación vincular. Que aprenda nuevas formas y valores de relación con sus vínculos actuales, es decir; que haga algo distinto a lo que no le funciona o quiere cambiar.

Es fundamental incidir en las nuevas situaciones de vinculación más adaptativas, espontáneas y liberadoras. Del mismo modo hay que reforzar los roles más o menos desarrollados para que en situaciones de mayor



tensión personal se pueda diversificar a otros modos de relación vincular. A mayor cantidad de roles bien desarrollados mayor capacidad de confianza y fluidez con el entorno.

El mundo interno personal debe estar en equilibrio con el mundo externo en relación a vínculos adaptativos positivos o enriquecedores. Por ello, se deben crear Climas de aceptación, confianza y atención (materno); de protección, pertenencia y creatividad (paterno); de contención, cooperación y desarrollo de deseos (fraterno).

Mediante el psicodrama se debe tomar conciencia sobre: qué le pasa, desde cuándo y a que lo atribuye. Además del tipo y número de roles que desempeña en su vida, la frecuencia de relación con sus vínculos, la calidad de los mismos y cuales tienen mayor influencia. Finalmente hay que considerar los factores de vulnerabilidad de protección (los puntos débiles y los fuertes).

## **6.7 Impactos**

**6.7.1 Impacto social:** La propuesta tuvo un impacto social ya que permitió que los infantes y pre-adolescentes de la Fundación Cristo de la Calle del programa mi derecho a vivir en familia, tengan una mejor concepción de la vida y sociedad en general, que se adapten de mejor manera dentro de la institución y mantengan un mejor despeño dentro de la misma. Mostrando dichas acciones evitar la callejización.

**6.7.2 Impacto psicológico:** En esta investigación se mitigó las repercusiones psicológicas en los infantes y púberes que han sufrido un abandono a través del psicodrama y se logró que muestren un cambio de actitud frente a su realidad, viviendo el aquí y el ahora.

## **6.8 Difusión**

La presente investigación se difundió a los distintos proyectos que tienen como institución; Fundación Cristo de la Calle, mediante la distribución de la Guía de “Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores”, con la respectiva explicación de manejo y uso de las técnicas para que se aplique con poblaciones similares

## 6.9 Bibliografía

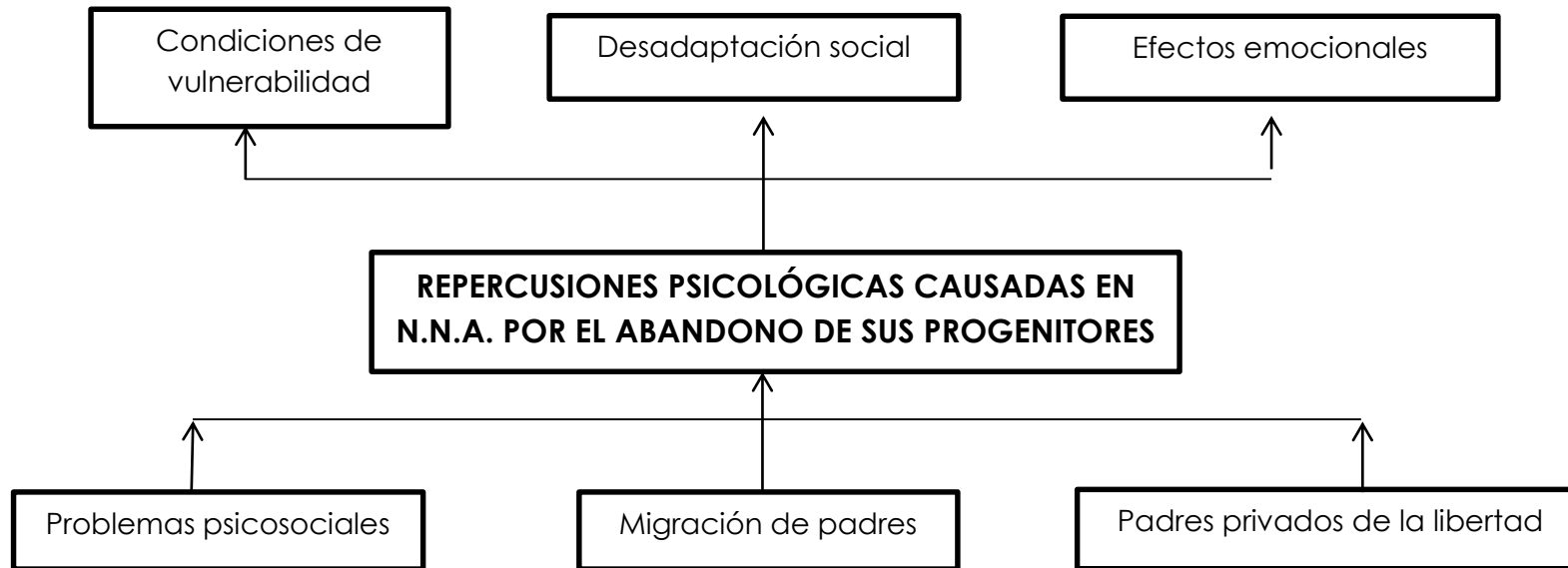
1. BARRANTES, R. (2006). *Investigación*. Costa Rica: Editorial Euned.
2. BORDIGNON, A. (2015) *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Colombia: Lasallista
3. BUSTOS, D. (1975). *Psicoterapia Psicodramática. Acción más palabra*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
4. CARVALHO, R. (1999). *Manual De Psicodrama*. Buenos Aires : Editorial Criseli
5. CEBALLOS, R. (2012). *Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis*. España: Editorial Formación Alcalá
6. CHÓLIZ, M (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado de: <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
7. COPARA, X. (2012). *El abandono de los padres de familia y su incidencia en el proceso enseñanza aprendizaje de los niños de cuarto año de educación básica de la escuela José Isidro Allauca del barrio san isidro del cantón Pujilí provincia de Cotopaxi*. Universidad técnica de Ambato facultad de ciencias humanas y de la educación. Ambato-Ecuador
8. CORONEL, J. (2011). *Estudio del impacto de la migración en los núcleos familiares en el parroquia Santa Isabel durante el periodo septiembre 2010 a julio del 2011*. Universidad de Cuenca Facultad de Jurisprudencia. Cuenca-Ecuador

9. ESCOBAR, A & VELASCO, M., (2010) *Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. Quito: UNICEF
10. FLORES, C. (2003). *La incidencia del abandono en la conducta irregular de los niños, niñas y adolescentes en el Ecuador*. Universidad De Las Américas, facultad de ciencias jurídicas. Quito-Ecuador.
11. FORSELLEDO, A. (2013) *Técnica del Espejo*. Recuperado de: <http://temasdepsicoterapia.blogspot.com/tecnica-de-el-espejo.html>
12. FORSELLEDO, J. (2015). *El procedimiento para usar la silla vacía*. Recuperado de : <http://temasdepsicoterapia.blogspot.com/p/la-silla-vacia.html>
13. FUSTER, M. (2011) *Técnicas usadas en Psicodrama*. Recuperado de : <http://www.lluisafuster.com/2013/01/tecnicas-usadas-en-psicodrama.html>
14. FUSTER, M. (2013). *Fases y Metodología de la Sesión Psicodramática*. Recuperado de: <http://www.lluisafuster.com/2013/01/fases-y-metodologia-de-la-sesion.html>
15. HERNANDEZ, S. (2013) *Psicodrama con niños y adolescentes: breve introducción psicoterapéutica*. Recuperado de : [http://www.ascane.org/infanto\\_juvenil/Psicodrama%20con%20ninos%20y%20adolescentes.pdf](http://www.ascane.org/infanto_juvenil/Psicodrama%20con%20ninos%20y%20adolescentes.pdf)
16. Ley 100. *Código de la Niñez y Adolescencia*. Ecuador: Registro Oficial 737, 07 de julio del 2014
17. ORREGO, M. (2014). *Qué es el Psicodrama*. Recuperado de: <http://unesu.info/material%20diplomatura%202014.pdf>

18. ORTONY, A & CLORE, G. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. España: Editorial Ilustrada
19. ROJAS, G. (1984). *Qué es el Psicodrama*. Buenos Aires: Editorial Celcius.
20. VAIMBERG, R. & LOMBARDO, M. (2015). *Psicoterapia del Grupo y Psicodrama*. España: Editorial Octaedro
21. VALLE, F & Sainero, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento*. España: Universidad de Oviedo
22. VILASECA, G. (2011). Cambio de roles: Intervención del Coordinador en Psicodrama. Recuperado de : <http://guillermo.vilaseca.com.ar/2011/03/16/cambio-de-roles-intervencion-del-coordinador-en-psicodrama/>
23. VILLARREAL, D. (2013) Psicodrama en niños y adolescentes. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/2013/19/psicodrama-en-ninos-y-adolescentes/>

**ANEXOS**

## Anexo 1: Árbol De Problemas



## Anexo 2: Matriz De Coherencia

Formulación del problema	Objetivo general
<p>¿Cómo determinar los efectos psicológicos negativos que causa el abandono en niños, niñas y preadolescentes pertenecientes a la Fundación Cristo de la Calle?</p>	<p>Determinar los efectos psicológicos negativos asociados a la sintomatología de ansiedad y depresión en niños, niñas y preadolescentes provocadas por el abandono de sus progenitores mediante el uso de técnicas psicodramáticas.</p>
Preguntas de investigación	Objetivos específicos
<p>¿Los niños, niñas y preadolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle”, presentaban trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión provocados por el abandono?</p>	<p>Evaluar y determinar la presencia de ansiedad y el estrés a través de reactivos psicológicos en niños, niñas y preadolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle” provocados por el abandono.</p>
<p>¿Las técnicas psicodramáticas permitirán una adecuada intervención y mitigación de los efectos psicológicos negativos de la situación de abandono?</p>	<p>Valorar y determinar la disminución de ansiedad y rasgos depresivos en niños, niñas y preadolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle” provocados por el abandono.</p>
<p>¿La Construcción de una Guía de</p>	



<p>Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores permitirá el seguimiento del proceso de intervención?</p> <p>¿Aplicar las técnicas psicodramáticas en niños, niñas y pre-adolescentes de 8 a 12 años de la “Fundación Cristo de la Calle”, mitigará los efectos psicológicos negativos de la situación de abandono?</p>	<p>Construir y socializar una Guía de Psicodrama para niños niñas y pre-adolescentes en situación de abandono de sus progenitores</p>
--	---

## **Anexo 3: Código de la niñez y adolescencia**

### **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

Art. 222.- Condiciones del acogimiento familiar.- El acogimiento familiar deberá cumplir con las siguientes condiciones:

1. Ejecutarse en un hogar previamente calificado para el efecto, por la autoridad competente;
2. Ejecutarse en una vivienda que, por su ubicación, permita que los niños, niñas y adolescentes sujetos a la medida, participen normalmente de la vida comunitaria y puedan utilizar todos los servicios que ésta ofrece;
3. Asegurar a los niños, niñas y adolescentes un adecuado proceso de socialización y garantizarles seguridad y estabilidad emocional y afectiva; y,
4. Garantizar que las relaciones del niño, niña o adolescente acogido se desarrollen en un contexto familiar y sean personalizadas, de forma que se posibilite la construcción de su identidad y el desarrollo de la personalidad.

El reglamento establecerá los requisitos que deben reunir los acogientes y más condiciones que deben reunirse para la declaratoria de idoneidad.

## Anexo 4: Escala de Ansiedad Infantil de Spence

### Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE.....

FECHA.....

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre

18. Me dan miedo los perros	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre

40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas Veces	<input type="checkbox"/> Siempre

45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?

Si  No

Escribe qué

es.....

¿Con qué frecuencia te

pasa?.....

## CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE

### I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	13	21	28	30	32	34	36	37	39	total Puntos

### II.- trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	12	15	16	44				total Puntos

### III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	10	29	35				total Puntos

### IV.- miedos

N° pregt	2	18	23	25	33					total Puntos

### V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	14	19	27	40	41	42				total Puntos

### VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	20	22	24				total Puntos

Total de LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0.



## Anexo 5: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días

	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto los juegos.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				



## **Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung**

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente.

Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido



**Anexo 6: Ficha de Aplicación de Técnicas Psicodramáticas**

**APLICACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS**

**FUNDACIÓN CRISTO DE LA CALLE**

Caldeamiento

Dramatización

Comentarios

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

## Anexo 8: Fotografías



## Anexo 9: certificado



Fundación  
**Cristo de la Calle**

Fundación sin fines de lucro con  
visión social. Acuerdo ministerial  
N°502 Del 3 de Abril de 1993

### CERTIFICADO

Yo, CLAUDIA MARIELA IBADANGO ROSERO, Directora Ejecutiva de la Fundación "Cristo de la Calle", tengo bien certificar lo siguiente:

Que: la señorita **GISELA VERÓNICA ÁLVAREZ GUAMÁN** con cédula Nro. 1003288980, estudiante de la carrera de Psicología General de la Universidad Técnica del Norte, realizó la aplicación de técnicas psicodramáticas en niños niñas y preadolescentes de 8 a 12 años de edad en nuestra institución con el proyecto mi derecho a vivir en familia, mostrando amor a su prójimo, responsabilidad y profesionalismo.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, la interesada puede hacer uso del presente documento para el uso que creyere conveniente, excepto para trámites legales.

Ibarra, 08 de Noviembre del 2016

Fundación "Cristo de la Calle"  
RUC: 1090105937001  
Dir. Maldonado 14-119 y Guillermina  
García TEL: 06 2641 056

Lic. Claudia Ibadango

**Directora Ejecutiva Fundación "Cristo de la Calle"**

## Anexo 10: certificado

Ibarra, 10 de noviembre 2016

### CERTIFICADO

Yo, VIVIANA GALINDO, licenciada de ciencias de la educación mención inglés, por la presente me permito certificar que el Abstract contenido en el presente trabajo de grado de la autoría de la Srta. GISELA VERONICA ALVAREZ, fue revisado y traducido al idioma inglés de acuerdo a las normas y reglas vigentes del habla inglesa.

Faculto a la interesada puede hacer uso del presente certificado en la forma que estimare conveniente.

**Atentamente**



**LCDA: VIVIANA GALINDO**

**ESPECIALISTA**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100328898-0		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Álvarez Guamán Gisela Verónica		
DIRECCIÓN:	Caranqui: Av. Atahualpa 43-16		
EMAIL:	gise_alvarez91@yahoo.com		
TELÉFONO FIJO:	062 652 656	TELÉFONO MÓVIL:	0959860547

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	<b>“APLICACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS NIÑAS Y PRE-ADOLESCENTES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD QUE ESTÉN EN CONDICIÓN DE ABANDONO DE SUS PROGENITORES EN LA FUNDACIÓN CRISTO DE LA CALLE DE LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2015.”</b>
AUTOR (ES):	Álvarez Guamán Gisela Verónica
FECHA: AAAAMMDD	2017 - Febrero - 09
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Psicóloga
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Marco A. Tafur V.

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

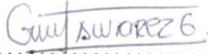
Yo, GISELA VERÓNICA ÁLVAREZ GUAMÁN, con cédula de identidad Nro. 100328898-0, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## 3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 09 días del mes de Febrero de 2017

### EL AUTOR:

(Firma)..... 

Nombre: Gisela Verónica Álvarez Guamán  
C.C: 1003288980

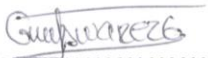


## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, GISELA VERÓNICA ÁLVAREZ GUAMÁN, con cédula de identidad Nro. 1003288980, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **“APLICACIÓN DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS NIÑAS Y PRE-ADOLESCENTES DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD QUE ESTÉN EN CONDICIÓN DE ABANDONO DE SUS PROGENITORES EN LA FUNDACIÓN CRISTO DE LA CALLE DE LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2015.”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: PSICOLOGA en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 09 días del mes de febrero de 2017

(Firma) ..... 

Nombre: Gisela Verónica Álvarez Guamán

Cédula: 1003288980