

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Terapia de Juego para la reducción de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, huérfanos por femicidio en sus madres en Quito, Ecuador

Proyecto de investigación

Mónica Raquel Espín Martín

Licenciatura en Psicología

Trabajo de integración curricular de pregrado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 5 de noviembre de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**Terapia de Juego para la reducción de síntomas de Trastorno de Estrés
Postraumático en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, huérfanos
por femicidio en sus madres en Quito, Ecuador**

Mónica Raquel Espín Martín

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana María Viteri, PhD.

Firma del profesor:

Quito, 5 de noviembre de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento, certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Mónica Raquel Espín Martin

Código: 00130190

Cédula de Identidad: 1803933678

Lugar y fecha: Quito, 5 de noviembre de 2019

RESUMEN

En Ecuador se reporta 1 caso de femicidio cada 3 días, y en su capital, Quito, el 30,25% son niños y adolescentes huérfanos por esta causa. El efecto de experimentar un duelo traumático deja como consecuencias síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), los cuales, sin el debido tratamiento tiene repercusiones a corto y largo plazo en su neurofisiología, desarrollo y áreas de desenvolvimiento. Por esta razón, se propone la Terapia de Juego en niños y adolescentes.

Al ser probada su alta efectividad en eventos traumáticos. Para medir los síntomas de TEP, se aplicará la escala psicométrica Child PTSD Symptom Scale – 5 (CPSS-5), la cual se usará en 3 ocasiones distintas, previo, a la mitad y al finalizar el tratamiento. Se espera la eficacia de la mencionada terapia, con el fin de que los síntomas disminuyan progresivamente.

Palabras clave: femicidio, huérfanos, niños, adolescentes, trastorno de estrés postraumático, terapia de juego.

ABSTRACT

In Ecuador, 1 case of femicide is reported every 3 days, and in its capital, Quito, 30,25% are children and adolescents orphaned by this cause. The effect of experiencing a traumatic grief results in symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), which, without proper treatment, has short and long-term repercussions on neurophysiology, and areas of development. For this reason, Play Therapy is proposed in children and adolescents, because of its high effectiveness in traumatic events is proven. To measure the symptoms of PTSD, the Child PTSD Symptom Scale - 5 (CPSS-5) psychometric scale will be applied, which will be used on 3 different occasions, before, in half and at the end of the treatment. According to the literature, the efficacy of the aforementioned therapy is expected, in order to gradually reduce the symptoms.

Keywords: femicide, orphans, children, adolescents, post-traumatic stress disorder, play therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Planteamiento del problema	8
Objetivos y pregunta de investigación.....	16
Justificación.....	17
Marco Teórico.....	18
Efectos de la orfandad en niños por causa del femicidio en sus madres.....	18
Terapia de Juego.....	27
Aplicación de Terapia de Juego en niños con trauma.....	29
Duelo.....	31
Diseño y metodología.....	35
Diseño.....	35
Población.....	36
Instrumentos o materiales.....	41
Procedimiento de recolección de datos.....	43
Análisis de datos.....	44
Consideraciones éticas.....	45
Discusión.....	46
Fortalezas y limitaciones de la propuesta.....	46
Recomendaciones para futuros estudios.....	47
Referencias.....	49
Anexo A: Instrumentos.....	54
Anexo B: Formulario de consentimiento informado.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tendencia de femicidios en Ecuador de enero 2014 a febrero 2019.....38

Figura 2. Tendencia de femicidios en Pichincha de enero 2014 a febrero 2019.....39

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

TERAPIA DE JUEGO PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS DE EDAD HUÉRFANOS POR FEMICIDIO EN SUS MADRES EN QUITO, ECUADOR

Planteamiento del problema

Dentro de Ecuador en los últimos años y meses ha incrementado la atención hacia los casos de femicidio ocurridos y su creciente frecuencia en todas sus provincias (Rosero, 8 de marzo de 2019). Pero ¿qué sucede con los hijos de las madres asesinadas? ¿cómo se recurre dentro de estas ocasiones? ¿qué medidas se han tomado?

El femicidio representa una problemática social en Ecuador, ya que desde los años 80 se han denunciado casos de violencia de género, luego, en los años 90 dentro de las políticas de desarrollo y protección se añade el término violencia intrafamiliar, cuatro años más tarde, en 1994, se crean las primeras instituciones de la defensa de la mujer y se anuncia la ley contra la violencia a la mujer y la familia. Finalmente, en 2007 se promulga el ‘Plan nacional de erradicación de la violencia de género’ (Instituto de estadísticas y censos, INEC, 2011).

Es evidente que la violencia hacia la mujer ha tenido una trayectoria dentro del país considerablemente larga, pero desde apenas unas décadas atrás, 1990, inició, su rechazo y denuncia de manera tanto legal como formal.

Con la abundancia de casos que se han dado con respecto a este tema, se ha ido poco a poco cambiando la legislación y derechos dentro de Ecuador y alrededor del mundo. Hasta que en la actualidad se han declarado y establecido varias leyes, derechos, códigos y artículos que respaldan a las mujeres, lo afirma La Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2018).

Un claro ejemplo de esto es la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género Contra las Mujeres, en donde estipulan en su primer artículo ‘Objeto de la Ley’ lo siguiente

La presente Ley tiene por objeto prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres, producida en el ámbito público y privado, durante su ciclo de vida y en toda su diversidad, en especial, cuando se encuentran en situaciones de vulnerabilidad (CEPAL, 2018).

Se propone entonces, que el objetivo de esta ley, es que se disminuya o se prevenga la violencia hacia las mujeres en todos los lugares en donde esta se encuentre, sin importar su edad o etapa de vida. La presente ley surge a partir del informe presentado a los miembros de (CEPAL), la cual pertenece a las comisiones regionales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), donde originalmente se creó para manejar y promover las relaciones económicas de América Latina; pero además se expandió a la promoción del desarrollo social (CEPAL, s.f.). Ecuador es uno de los varios miembros de CEPAL y al ser informado sobre la gran cantidad de víctimas de femicidio presentadas en América Latina y el Caribe en el año 2017, cambió sus leyes para sancionar este crimen (CEPAL, 15 noviembre de 2018).

De manera similar dentro de la Constitución de la República del Ecuador se hallan diversos artículos en los que se protege a la mujer de situaciones violentas, como por ejemplo, dentro del Artículo 35 se definen los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, en el que se destaca “...La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, p. 30) En la presente ley se puede apreciar que el Estado declara brindar

atención y protección en casos en donde se dé violencia doméstica, maltrato infantil o situaciones de vulnerabilidad, de manera prioritaria. De forma similar en el Artículo 81 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) se estipula

La ley establecerá procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieren una mayor protección. Se nombrarán fiscales y defensoras o defensores especializados para el tratamiento de estas causas, de acuerdo con la ley. (p.58)

Dentro de este artículo se puede notar que el Estado garantiza que se tomarán acciones ágiles y de juzgamiento, en el caso de los delitos mencionados como el de violencia intrafamiliar, sexual o de odio. Esta ley, por lo tanto, anuncia ser capaz de proteger y amparar a sujetos en estado de vulnerabilidad, y por su puesto a las mujeres en donde se centra parte de la presente investigación, que estén en una situación similar. Al enunciar que se designarán defensores especializados, a estas situaciones, se puede asumir que se lograría prevenir que se perpetúen delitos de este tipo e incluso eludir el femicidio (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Respecto a los artículos dentro de la ley que amparen a los niños, se halla dentro de la Constitución de la República del Ecuador (2008), toda una sección exclusiva a ‘Niñas, niños y adolescentes’ el cual es relevante para esta investigación el Artículo 45 que decreta lo siguiente

Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad... tienen derecho a la integridad

física y psíquica... a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria... (p.34)

Dentro de esta sección de la ley ecuatoriana, se evidencia la protección y derechos de los niños. Además, es significativo resaltar lo referente a la integridad física y psíquica dentro de la convivencia familiar, lo cual resulta claramente afectado dentro de los casos de femicidio.

Con el fin de aclarar a lo que se refiere a femicidio, el cual es el enfoque puntual de esta investigación, se detallará a continuación la definición dada por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE), en el que se precisa de la siguiente manera, asesinar a una mujer debido a su sexo (2014, pp.1). Se puede recalcar así, en otro artículo dentro de las leyes ecuatorianas. En este caso, dentro del Código Integral Penal (COIP) Artículo 141, en donde se sanciona específicamente por femicidio con pena privativa de libertad de veintidós y veintiséis años (2014). De forma similar, en el Artículo 142 se incluyen ‘circunstancias agravantes de femicidio’, con las que se puede sancionar con el máximo de pena mencionado anteriormente, estas circunstancias incluyen (COIP, 2014):

1. Haber pretendido establecer o restablecer una relación de pareja o de intimidad con la víctima.
2. Exista o haya existido entre el sujeto activo y la víctima relaciones familiares, conyugales, convivencia, intimidad, noviazgo, amistad, compañerismo, laborales, escolares o cualquier otra que implique confianza, subordinación o superioridad.
3. Si el delito se comete en presencia de hijas, hijos o cualquier otro familiar de la víctima.
4. El cuerpo de la víctima sea expuesto o arrojado en un lugar público. (p.69)

Se registra, por lo tanto, situaciones o acciones como precedentes del femicidio, a las cuales se las sanciona de la misma manera como si fueran femicidios efectuados. Además, su tercer inciso incluye dicha sentencia, si el hecho se efectúa frente a hijos/as o familiares de la víctima (COIP, 2014, p.69). Para lo cual no existen estadísticas determinadas frente a estos casos en específico, sin embargo, se pone en evidencia que ocurren asesinatos a mujeres en donde los hijos/as son testigos del hecho.

Ante situaciones tales como esta, el Estado mantiene medidas de protección especial para los niños que están privados temporal o definitivamente de sus cuidadores o medio familiar, proporcionadas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). En el cual reporta dentro de su Servicio de Acogimiento como objetivo general, proporcionar un servicio integral de acogimiento a niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situaciones de riesgo o vulneración, a través de un ambiente seguro e íntegro para su desarrollo, mientras se resuelve el motivo del acogimiento institucional (s.f.). El MIES es por lo tanto, responsable de los niños que se encuentran separados de su entorno familiar mientras se procesa legalmente la situación de femicidio, el cual representa el enfoque principal de esta investigación. Se acoge a niños/as y adolescentes que se encuentren en la edad de 0 a 17 años y 11 meses, es decir hasta antes de ser considerados adultos (MIES, s.f.). Sólo en diciembre de 2018 se reportó 2,462 casos de acogimiento, entre los cuales 33% corresponde a negligencia y el 26% por maltrato; en cuanto a la orfandad se la reporta en una cifra significativamente menor de 2% (MIES, enero, 2019). A partir de la información proporcionada, se puede conocer qué sucede con los niños que se hallan en situaciones donde su estructura familiar ha cambiado a causa del femicidio en sus madres. Además, dentro de las estadísticas reportadas se incluye de manera general el dato de la orfandad en los niños,

más no las causas del mismo, por lo que no se puede conocer cuántos de estos casos son debido al femicidio de sus progenitoras.

De esta manera se reconoce que Ecuador, ha tenido una trayectoria activa en cuanto a la lucha y rechazo de la violencia o abuso a las mujeres (INEC, 2011). Sin embargo, se destaca principal y enfáticamente el aspecto legal en relación a esta problemática social, y no se abarca con tanta importancia otros, como lo son la salud mental tanto de las víctimas como de las personas proclives a daños colaterales y sus agresores (INEC, 2011). No obstante, no se niega la creación y funcionamiento de entidades que trabajan en el área psicológica de este asunto.

El Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM) es una organización no gubernamental sin fines de lucro fundada desde 1983 por mujeres que buscaban igualdad de género, equidad, inclusión y justicia. Desde entonces, ha ido expandiéndose a lo largo de los años, y hoy en día proporciona servicio gratuito de terapia a los familiares cercanos que experimentaron femicidio en uno de sus parientes (2018). Se reconoce el servicio desinteresado y abierto brindado hacia la población ecuatoriana, sin embargo, no logra abastecerse con todos los casos presentados de femicidio o violencia hacia la mujer. Especialmente, no cubre el servicio psicológico para los niños que han presenciado o vivido violencia dentro de sus hogares, o incluso se han quedado huérfanos por femicidio en sus madres. Esto se logró determinar a través de una entrevista telefónica realizada con la organización, en la que se mantendrá en anónimo a la persona que proporcionó la información. “No se ha tomado medidas, pero cuando existe, lo que se trabaja es con alguna red, contactándose al MIES, algunas instituciones que trabajen con niños, otras fundaciones o casas de acogida”. (Anónimo, comunicación telefónica, 7 de enero de 2019)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del país, por otra parte, elaboró un plan estratégico en el que se garantiza la atención de salud mental, a través de cinco lineamientos estratégicos. Promoción de salud mental con prevención a sufrimiento en esta área de salud, fortalecer los establecimientos de salud mental existentes, atención a pacientes consumidores de drogas, fortalecer la rectoría del MSP y la promoción e investigación relacionados a salud mental (s.f.). Con este plan se propone la garantía de la salud mental del país, lo cual resultará beneficioso en el largo plazo, no así, en el presente en donde ocurren día tras día casos que requieren atención inmediata. Parte del servicio del MSP, se maneja la línea gratuita '171' en la que se puede solicitar información y si es necesario separar un turno para ser atendido en uno de sus centros. Se efectuó la llamada a este servicio, dirigido en la sección de información de salud sexual, mental y embarazo, en donde fue proporcionada la siguiente información, la cual se expondrá de manera anónima, en cuanto a los niños huérfanos por femicidio en sus madres "Para los niños huérfanos sería recomendable que acuda a su centro de salud más cercano, ahí le ayudan con su requerimiento..." (Anónimo, comunicación telefónica, 7 de enero de 2019) No hubo mayor información en cuanto al tema, por lo que se puede reflejar que los servicios proporcionados por el MSP son limitados en cuanto a salud mental para esta población en específico.

El MIES (s.f.), por otra parte, al acoger a niños/as o adolescentes en situaciones de riesgo o en las que se vulneren sus derechos, en los primeros 30 días que se encuentran bajo su tutela se realiza una Investigación Social, una Evaluación Psicológica Inicial y se elaboran los respectivos informes acerca de la información obtenida para las respectivas autoridades judiciales. Es así, que esta institución sería la responsable de realizar una evaluación psicológica a los niños que han quedado huérfanos a causa del femicidio en sus madres.

Como se puede notar, existen pocas organizaciones o instituciones que trabajan con el componente de salud mental en el país en casos de violencia de género o femicidio, y menos aún con respecto a los niños que han vivido de cerca experiencias como esta. Por lo que se propone en la presente investigación, la aplicación de Terapia de Juego dentro de las organizaciones existentes como la primera intervención para los niños que han quedado huérfanos por causa de femicidio en sus madres.

La Terapia de Juego inició hace varias décadas atrás, alrededor de 1909, con Sigmund Freud quien quiso llevar la psicoterapia al juego terapéutico, debido a que tiene diversas funciones como la libertad de la autoexpresión, satisfacción del deseo y dominio de sucesos traumáticos. Anna Freud en 1946 concuerda, porque afirma que, por medio del juego, se puede desarrollar un mayor análisis infantil y crear una mejor alianza terapéutica. Un año más tarde, Virginia Axline añadió un enfoque mayormente humanista, porque propone que para que se dé un cambio terapéutico es necesario poseer empatía, consideración positiva incondicional y autenticidad (Schaefer, 2012). A partir de allí, Melanie Klein una psicoanalista de Austria, continuó con el uso del juego dentro de la terapia infantil en los años de 1955, ya que coincidía en que los niños pueden expresar su material inconsciente a través del juego, los terapeutas los ayudarían a interpretarlo y así conocer sus problemas y necesidades. Además, fue Klein quien incluyó una técnica que se usa constante y globalmente en el día de hoy, la cual es el uso de juguetes miniatura para que los niños logren expresar y representar situaciones u objetos del mundo real. De manera similar, Margaret Lowenfeld desarrolló una técnica que se usa frecuentemente dentro de las sesiones de juego terapéutico, la cual es la caja de arena, denominada como Técnica del Mundo. Esta técnica permite crear un mundo que incluya lo que los niños se imaginen y expresen lo que desean (Schaefer, 2012). Se conoce por lo tanto, que Freud inicia con el traslado de la idea principal de terapia a la

aplicación de la misma con niños, por sus diversas funciones que permiten la expresión e interpretación del mensaje que contiene el paciente infantil. Anna Freud continúa con la aplicación de la terapia infantil, sosteniendo la idea de alianza terapéutica a través del juego. Luego Virginia Axline da importancia a la autenticidad y empatía, por lo que Melanie Klein crea materiales o juguetes miniatura que promuevan la expresión del niño dentro de terapia, y de manera similar Margaret Lowenfeld desarrolla la Técnica del Mundo que la impulsa.

Objetivos y pregunta de Investigación

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación, ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia de Juego es efectiva para reducir los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes de Quito, Ecuador de 10 a 14 años de edad huérfanos a causa del femicidio en sus madres?

De acuerdo a esto se detalla el siguiente objetivo general y sus respectivos objetivos específicos.

Objetivo General: Conocer la eficacia de la Terapia de Juego en la reducción de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático por orfandad debido al femicidio de sus madres en niños y adolescentes de Quito, Ecuador de 10 a 14 años de edad.

Objetivos Específicos:

- Identificar síntomas que indiquen Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes por femicidio de sus madres, a través del instrumento de medición CPSS 5.
- Determinar la eficiencia de la Terapia de Juego en la reducción de los síntomas dados por el Trastorno de Estrés Postraumático, debido a la orfandad causada por el femicidio de sus madres.

Justificación

En estudios realizados por el INEC en 2017, determinaron que aproximadamente cada 3 días hay una nueva víctima de femicidio desde que fue declarado como un delito en agosto de 2014. Esta cifra relativamente reciente puede verse afectada ya que en lo que va del primer mes de enero de 2019, se han reportado 11 casos de femicidio en el país (Rea, 2 de febrero de 2019). Además, como lo señalan datos de la Dirección Nacional de Delitos contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED), presentadas por el INEC dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, por cada cien mil mujeres, en el año 2014 se presentaron 27 casos de femicidio, en 2015 fueron 55 casos, en 2016 se dieron 67 casos y en 2017, fueron 108 casos (2018). Como es evidente, se puede apreciar que el femicidio ha ido aumentando año tras año dentro del país, a pesar de varias leyes y códigos que garantizan protección y seguridad.

El 68,5% de las mujeres víctimas de femicidio en Ecuador de 2014 a 2017, fueron madres, (Rosero, 8 de marzo de 2019). En un estudio realizado por el INEC en el 2011, analizaron el número de hijos y la violencia relacionada, y hallaron que a partir del tercer hijo más del 50 % de las mujeres ha experimentado violencia de género (INEC, 2011). Sin embargo, desde el primero hijo, el porcentaje no se reduce significativamente ya que es de 44,9% de las mujeres lo sufre (INEC, 2011). Es decir, madres previo al femicidio reportan violencia de género desde el primer hijo, lo cual se mantiene e incluso aumenta proporcionalmente con el número de hijos.

La realización y desarrollo de esta propuesta de investigación tiene una gran relevancia dentro de la sociedad ecuatoriana, específicamente para los niños y adolescentes que resultan huérfanos por el femicidio. Como se evidenció en los datos estadísticos, resulta en un grave problema social y de salud mental, por su frecuencia, y

repercusiones no sólo en los niños, el cual es el enfoque principal del presente estudio, sino además en las estructuras familiares, aspectos legales y el cumplimiento de las condenas establecidas, o eficacia de los centros de salud mental en el país.

Marco teórico

Esta sección se enfocará en la literatura existente relacionada a los efectos de la orfandad en niños y adolescentes a causa del femicidio de sus madres, como lo es el TEP; la Terapia de Juego, su aplicación; y el duelo.

Efectos de la orfandad en niños por causa del femicidio en sus madres

Cuando se habla de la muerte de una madre de un niño, en seguida se toma a éste último como una víctima del suceso; y más aún cuando se trata de una muerte violenta como lo es el femicidio (Ferrara, Ianniello, Semeraro, Franeschini, Scalzo, Giardino, & Corsello, 2018). A continuación, se incluirán las consecuencias o efectos más importantes tras el femicidio de una madre.

Los niños que han sufrido de trauma están en riesgo de desarrollar vulnerabilidad dentro de su sistema neurocognitivo de manera permanente, tanto en su organización como en su diferenciación neuronal (Perry, 1994). De manera que, estos niños tienen una predisposición a desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) desde una edad joven (Perry, 1994).

El TEP, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta versión (DSM 5), estipula que para este trastorno se debe diferenciar algunos criterios y síntomas dentro de dos grupos, uno para niños menores a 6 años, y otro para el resto de personas mayores a la edad mencionada, como adolescentes y adultos. Se incluye varios criterios de los cuales no menciona que debe cumplir con cierta cantidad de ellos para determinar un diagnóstico, sin embargo, proporciona de aspectos clave que pueden ser identificados dentro del sujeto afectado (APA, 2014). A

continuación, se incluirá los criterios especificados en el DSM 5, y se resaltarán las diferencias para niños menores de 6 años (2014).

El primer criterio es referente a las amenazas o experiencias reales de exposición a la muerte, lesiones o violencia sexual, los cuales pueden ocurrir de manera directa o a manera de testigo, lo cual incluye el conocimiento de que un evento traumático le ha sucedido a un familiar o amigo cercano (APA, 2014). Dentro de esta última especificación se halla la primera diferencia, en niños menores a 6 años se habla de un evento traumático directo, que ha ocurrido a los cuidadores primarios (APA, 2014). Se puede comprender dentro de este criterio, que los niños desde una edad temprana pueden experimentar o conocer de un evento traumático a un cuidador primario, lo cual los expone a experimentar algunos de los síntomas de TEP mencionados a continuación.

El segundo criterio para TEP, de acuerdo al DSM 5, menciona síntomas intrusivos que ocurren después del evento traumático. Estos pueden ser recuerdos desagradables, recurrentes e involuntarios sobre el trauma. Los niños mayores de 6 años, pueden experimentar juegos repetitivos relacionados en torno al trauma (APA, 2014). En cambio, para niños menores a esta edad pueden experimentar recuerdos intrusivos e involuntarios, los cuales no son necesariamente angustiosos y se presentan dentro del juego a manera de recreación (APA, 2014). Este punto dentro de los criterios resulta importante resaltar al tratar a niños que han experimentado trauma, debido a que se debe considerar la opción de juego recreativo y repetitivo, sin necesidad que éstos sean dolorosos o angustiantes.

Dentro del mismo criterio se habla de sueños recurrentes relacionados al trauma, en niños mayores o menores a los 6 años pueden darse sueños aterradores con contenido no reconocible, es decir, no logran identificar qué es lo que los perturba (APA, 2014). Este es un punto clave para la consideración clínica dentro de los síntomas evaluados en

los niños que han pasado por experiencias traumáticas, lo cual facilita el no descartar síntomas importantes que realmente muestran que ocurre algo importante en ese caso.

Incluido en el mismo criterio, se considera las reacciones disociativas, en las que el sujeto siente o actúa como si estuviera nuevamente dentro del evento traumático, a tal punto que puede perder la conciencia del entorno actual o presente. Esto puede ocurrir conjuntamente con reacciones fisiológicas intensas que se relacionen al trauma (APA, 2014). Para los niños menores y mayores a los 6 años, puede ser representado a través del juego, y de igual manera puede darse la pérdida de la conexión con el presente y las reacciones fisiológicas (APA, 2014).

Otro criterio dentro del TEP, abarca la evitación constante de los estímulos que se asocian al trauma, los cuales pueden ser de manera física como lugares o personas, así como pueden ser pensamientos o sentimientos relacionados (APA, 2014). Este criterio es válido para evaluar a niños, adolescentes o adultos, ya que no cambian sus especificaciones según la edad (APA, 2014). Sin embargo, al tratarse de alteraciones cognitivas, se presentan diferencias. Para las personas mayores a los 6 años se habla de alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo relacionado al evento traumático, lo cual tiene que ver con el no poder recordar parte importante del suceso traumático, tener creencias negativas y exageradas sobre uno mismo, distorsión de las causas y consecuencias del evento, estado emocional negativo, la disminución del interés por situaciones importantes, sentimiento de desapego al resto de personas, e incapacidad de sentir emociones positivas (APA, 2014).

Por otra parte, para los menores de 6 años de edad, experimentan ciertos síntomas de manera diferente. Por ejemplo, no se habla de una distorsión cognitiva negativa, sino únicamente de distorsiones, lo cual involucra el incremento de emociones negativas, socialmente aislados, desinterés en actividades de juego, y disminución de

expresiones positivas (APA, 2014). Dentro de este criterio mencionado se puede hacer referencia a la importancia de la etapa de desarrollo en la que se encuentran los pacientes, para considerar los posibles síntomas mostrados.

Además, los pacientes con TEP presentan como otro criterio, alteración en cuanto al estado de alerta y la reactividad asociada al trauma, lo cual puede incluir comportamiento irritable o autodestructivo, hipervigilancia, sobresaltos exagerados, problemas para concentrarse, e irregularidades en el sueño (APA, 2014). Ocurre de la misma manera en niños menores a los 6 de edad, en donde se encuentra únicamente diferencias en comportamientos, los cuales pueden ser irritables, como fuertes berrinches (APA, 2014). Al conocer esto, es importante comprender que el comportamiento irritable tiene distintas maneras de manifestarse de acuerdo a la edad y etapa de desarrollo correspondiente. Pero que también, se hallan similitudes de síntomas dentro este criterio de manera independiente a la edad.

Dentro del DSM 5, se establece como criterio de diagnóstico para TEP, la presencia de los síntomas antes mencionados con una duración que supere un mes, tanto para niños menores como mayores de 6 años (APA, 2014). Además de esto, existe otro criterio en el que se halla deterioro dentro de las áreas de funcionamiento de los pacientes, para los niños éstas áreas son la escuela, sus amistades, relación con sus hermanos y padres; mientras que para los adultos las áreas afectadas son principalmente la social y la laboral (APA, 2014). Estas dificultades de funcionamiento no pueden deberse a sustancias o medicinas dentro del organismo del paciente (APA, 2014).

Como se mencionó anteriormente, los niños tienden a expresar un juego repetitivo en torno al trauma experimentado (APA, 2014), y este fenómeno posee un nombre, el cual es el Juego Postraumático (JPT). Este consiste en patrones de juego repetitivos alrededor de un mismo tema, los que manifiestan falta de diversión o

emociones similares y generalmente no llega a una resolución (Chazan, & Cohen, 2010). Dripchak (2007) dentro de Chazan y Cohen (2010), manifiesta que se encuentran dos tipos de JPT, el positivo y el negativo. Dentro del JPT positivo, los niños son capaces de adquirir experiencia y dominarla (Chazan, & Cohen, 2010). Mientras que para JPT negativo, los niños se estancan en un juego repetitivo y sin éxito, lo cual los lleva a experimentar emociones negativas como ansiedad o conflictos internos (Chazan, & Cohen, 2010). Este último JPT causa que los síntomas de TEP se vean exacerbados y empeorados, lo cual lleva a regresiones del desarrollo (Chazan, & Cohen, 2010).

Existen 3 tipos de juego repetitivos, los cuales pueden indicar al terapeuta la severidad de la afectación del trauma y la resiliencia del mismo (Chazan, & Cohen, 2010). El primer tipo de juego, es el repetitivo calmante, en el cual el niño alcanza una sensación de satisfacción en la que logra dominar o controlar lo que sucede, lo cual le proporciona alivio de sensaciones como miedo o ansiedad (Chazan, & Cohen, 2010).

El segundo tipo de juego es el repetitivo no calmante, en el que se dan patrones de 'actuación repetida' del trauma, en los que se presentan sentimientos como miedo y agresividad a la vez (Chazan, & Cohen, 2010). Este tipo de juego no le proporciona alivio de los sentimientos relacionados al trauma (Chazan, & Cohen, 2010).

Por último, el tercer tipo de juego es la re-experiencia abrumadora, en la que comúnmente se expresa los estados mentales con falta de coherencia en su estructura, se genera un juego en el que hay la imposibilidad de producir una narrativa continua, que se caracteriza por ser desconectada o tensa, y genera un estado de hipervigilancia en el niño (Chazan, & Cohen, 2010). En este juego no existe la solución o reducción del estado emocional extremo del niño, sino que más bien se intensifica (Chazan, & Cohen, 2010).

Como se ha podido presentar, estos tres tipos de JPT pueden ser indicadores de la severidad del trauma, la manera y el nivel en la que afectó al niño (Chazan, & Cohen, 2010). Chazan y Cohen (2010) afirman que mientras menos juego repetitivo calmante se presente en las actividades lúdicas del niño, y mientras más se dé el juego con re-experiencia abrumadora, más reportan los padres síntomas de TEP en sus hijos. Además, Chazan y Cohen (2010) hallaron que el último tipo de juego, es el menos adaptativo para los niños, debido a que la presencia del mismo es un fuerte predictor para un diagnóstico de TEP.

Las personas que experimentan síntomas de TEP como se menciona dentro de los últimos criterios diagnósticos del DSM 5 de acuerdo a este desorden, se hace referencia a la alteración del estado de alerta y reactividad, así como de los efectos fisiológicos (APA, 2014). Por esta razón, se habla de secuelas o consecuencias fisiológicas en las personas que sufren TEP. A continuación, se especificará las mismas enfocadas en niños y adolescentes.

En situaciones de alto estrés, los niveles de cortisol elevados pueden generar daños en estructuras cerebrales sensibles a los glucocorticoides, llevando así a deficiencias cognitivas (DeBellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2009). Los glucocorticoides se definen como medicamentos antiinflamatorios, usados para tratar alergias o aspectos relacionados al sistema inmune, los cuales se derivan del cortisol, la hormona que se segrega al presentarse situaciones de estrés, por medio de la corteza adrenal (Serra, Roganovich, & Rizzo, 2012). De la siguiente manera, se comprende que dentro de situaciones donde se presente un alto nivel de estrés puede afectar no sólo a nivel cognitivo, sino además a las áreas sensibles a los glucocorticoides como se refiere a aspectos de salud física.

Dentro del cuerpo humano y de acuerdo a su anatomía, durante situaciones de estrés se activan varios sistemas y órganos. Primero, el hipotálamo libera la hormona corticotropina (CRH), la cual a su vez activa al eje Hipotálamo, Pituitaria, y Adrenales (HPA), lo que produce adrenocorticotropina (ACTH) que promueve la liberación de cortisol de las glándulas adrenales (DeBellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2009). De esta manera, se activa el sistema simpático del sistema nervioso central, que permite la activación y excitación del cuerpo para la pelea o huida ante la situación de estrés (DeBellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2009). Sin embargo, en niños que experimentan TEP este sistema se encuentra desregulado, lo cual afecta cognitivamente su cerebro (DeBellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2009). En un estudio longitudinal pediátrico, se analizó los niveles base de cortisol durante 24 horas en niños con TEP, y generaron la hipótesis que esto podría predecir la reducción del volumen del hipocampo, y afectar de esta manera la atención y memoria de los mismos (DeBellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2009). Lo que hallaron fue que, aunque no se muestran diferencias en el tamaño o volumen del hipocampo en el cerebro de niños con TEP, en comparación con los que no lo poseen; sí hallaron diferencias en el volumen del hipocampo de los adultos que habían desarrollado TEP en periodos de desarrollo. Así como una alta correlación de hipocampos de menor tamaño en adultos que habían experimentado abuso infantil (DeBellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2009). Este hallazgo muestra la importancia de prevenir o tratar TEP en niños, por sus efectos a largo plazo en estructuras cerebrales que tienen un importante rol en la atención y memoria, así como en el aspecto cognitivo.

Niños que han sufrido de estrés severo o trauma durante los primeros 3 años de vida, puede ocasionar retrasos en el desarrollo debido al TEP (Perry, 1994). En estos casos, los niños generalmente no logran comprender la relación del evento traumático y

los síntomas que presentan, debido a que no recuerdan cognitivamente lo sucedido (Perry, 1994). Por esta razón, la evaluación y diagnóstico en esta etapa de desarrollo se dificulta y puede ser incluso ignorada. Sin embargo, aunque los niños no logren recordar el evento traumático, su sistema nervioso autónomo (SNA) se encuentra hiperactivado (Perry, 1994). Dentro del SNA se halla el sistema simpático, y como mencionó anteriormente, es el responsable de la activación y preparación del cuerpo para huir o luchar (DeBellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2009). Se entiende de esta manera que, en niños menores a los 4 años de edad, poseen un sistema simpático hiperactivado frente un evento traumático.

Ante situaciones prolongadas de estrés agudo, se puede evidenciar cambios en la activación neurofisiológica. Pero al hablar de estrés con baja intensidad y frecuencia, esta activación es comúnmente rápida y reversible (Perry, 1994). Es decir, el estado de alerta vuelve a su estado base (reversible) al pasar el peligro (rápido), esto se entiende como una situación normal o promedio de estrés (Perry, 1994). No obstante, al hablar de niños con estrés agudo, frecuente e intenso, estos tienden a ‘sensibilizar’ su activación neurofisiológica y cada vez, su respuesta al estrés es más alta ante situaciones de amenaza necesariamente no tan graves, a causa de los cambios químicos en el cerebro (Perry, 1994).

En la situación de niños y adolescentes huérfanos a causa de femicidio, no se habla únicamente del estrés de esta situación de manera puntual, sino que también hay que considerar la violencia intrafamiliar experimentada previamente (MIES, s.f.). Por lo que se puede comprender, que el sistema de activación neurofisiológica de estos niños se encuentra alterado (Perry, 1994). Una respuesta de estrés prolongada es propensa a desarrollar un patrón anormal en el tiempo e intensidad de la actividad de las catecolaminas en el desarrollo cerebral (Perry, 1994). Las catecolaminas son

neurotransmisores, y sus señales dentro del cerebro son importantes durante el desarrollo para la maduración de las neuronas y la densidad de los neuroreceptores (Perry, 1994). Por lo que, el trauma y situaciones de estrés prolongado afecta también al desarrollo cerebral, interfiriendo en la comunicación y sinapsis entre neuronas.

De manera similar, ocurre este desbalance en niños y adolescentes mayores a los 4 años de edad que hayan sufrido trauma, aun así, hayan tenido una infancia estable en sus primeros 3 años de vida (Perry, 1994). Además, presentan síntomas similares a los que un adulto con TEP, pues manifiestan síntomas afectivos y de ansiedad (Perry, 1994). Los niños que sufren de uno o varios eventos traumáticos presentan el riesgo de desarrollar vulnerabilidades permanentes en la diferenciación y organización neuronal. Por lo tanto, el TEP infantil es un trastorno de desarrollo (Perry, 1994). Es así, que la edad en la que un niño o adolescente experimenta trauma, determina su desarrollo cognitivo, neuronal e incluso físico.

Siendo más específicos, la pérdida de los padres o cuidadores primarios, la cual es clasificada como un evento traumático, acompañado de la falta de apoyo relacional, se vincula con el desarrollo de una patología en la edad adulta. (Perry, 1994). Se reconoce, por lo tanto, que la muerte de una madre por femicidio, clasifica como un evento traumático, el cual puede dejar secuelas de corto y largo plazo en su desarrollo.

Los criterios de diagnósticos antes mencionados para TEP, poseen sus especificaciones para referirse a niños, sin embargo, pueden presentarse otros síntomas pertenecientes a otros trastornos, como lo son el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta, trastornos de ansiedad o afectivos (Perry, 1994). Por esta razón, se resalta la importancia de realizar una evaluación completa y profunda para determinar el estado de los niños después de haber sufrido

uno o varios eventos traumáticos. Pues cada niño lo manifiesta de manera distinta y única (Perry, 1994).

Con todo lo mencionado, se hace evidente los posibles efectos en la fisiología y desarrollo de los niños y adolescentes que experimentan trauma, como lo es especialmente el TEP y sus secuelas incluidas previamente. A continuación, se incluye el modelo de terapia propuesto para su respectivo tratamiento.

Terapia de Juego

La Terapia de Juego se la puede definir como un modo de terapia que se basa en los diversos modelos teóricos o ramas de la psicología, en donde se reconoce y utiliza los poderes terapéuticos del juego con el fin de ayudar a los pacientes a superar sus dificultades y promover un desarrollo positivo en los mismos (Schaefer, 2012).

Los poderes terapéuticos del juego se refieren a los mecanismos de cambio que pueden darse a través de este. Dentro de ellos se hallan ocho categorías de acuerdo a Schaefer, los cuales son comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo de estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización (2012).

El juego por sí solo posee varios beneficios, entre los cuales se destacan la diversión, reducción del estrés, promoción de las interacciones y desarrollo o práctica de las habilidades sociales; lo cual es aplicable para todas las edades (Schaefer, 2012). Se puede notar que el juego fomenta un amplio espectro de ventajas, los cuales pueden ser provechosos dentro de cualquier etapa de la vida. Además, provee un acercamiento flexible frente al ambiente de la persona y contribuye a la forma en la que se desarrolla, así mismo, el acercamiento cognitivo que usa en la solución de problemas (Barnett, 1990). Es decir, el juego facilita la manera en la que la persona desarrolla sus pensamientos o cogniciones ante situaciones problemáticas.

Por otro lado, de manera más puntual y enfocada en los niños, el juego posee otros beneficios para ellos. De acuerdo a Schaefer (2012), al jugar aprenden a tolerar la frustración, regular sus emociones, y practicar o prepararse para el mundo real. A través del juego, los niños logran conocer las emociones que poseen y se encuentran en escenarios ‘ficticios’ en los que pueden analizar cómo reaccionan, y aprender dentro de este espacio, cuál es el mejor resultado (Schaefer, 2012).

Así, se alistan para situaciones venideras en el mundo de adultos. Otro de los beneficios del juego en los niños, es que éste ocurre antes de que ellos hablen, por lo que se convierte en una forma de comunicación a través de las representaciones simbólicas (Barnett, 1990). De esta manera la comprensión, producción, y otros aspectos del lenguaje se desarrollan gracias a esta actividad lúdica (Barnett, 1990). Es así, que el juego acompaña el proceso de lenguaje durante las diversas etapas de desarrollo en los niños.

Considerando los aspectos antes mencionados, si se utiliza el juego dentro de un espacio clínico terapéutico, se logran combinar mayor cantidad de aspectos en pro de los pacientes. Dentro de Terapia de Juego se puede aplicar diversas ramas o corrientes psicológicas. Schaefer (2012), las divide en cuatro modelos, los psicodinámicos, humanistas, sistémicos y emergentes.

Se conoce que el modelo humanista demuestra mayor eficacia en duelo y trauma, a diferencia del resto de corrientes (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005). Sweeney y Landreth (2009) mencionan dentro de (Schaefer, 2012) que se halla dentro de este modelo el enfoque centrado en el niño, el cual, como su nombre lo menciona, gira en torno al niño y es éste quien dirige su actividad lúdica, convirtiéndose el terapeuta en un facilitador que acompaña al paciente en su autoexploración.

Este modelo fue originalmente desarrollado por Carl Rogers, y fue posteriormente adaptado para sesiones clínicas con niños, por su estudiante, Virginia Axline en 1947 (Schaefer, 2012). Dentro de los principios de Terapia de Juego, se halla la comprensión del campo fenomenológico del niño, pues sin éste el terapeuta no es capaz de comprender las conductas y sentimientos en torno a su realidad (Schaefer, 2012).

Se comprende de esta manera, que resulta elemental el entendimiento de las experiencias que suceden en su entorno, para analizar la forma en que reacciona ante las mismas. Pues son éstas experiencias que ocurren dentro del campo fenomenológico, que influye en el desarrollo de los niños. Rogers (1951) propuso que el 'self' crece y se va modificando de acuerdo a la constante interacción con el campo fenomenológico (Schaefer, 2012). El 'self' o 'sí mismo' se define como las interacciones del niño con el de otras personas (Schaefer, 2012). Es así, que Schaefer (2012) afirma que la conducta del niño es congruente a su self dentro del campo fenomenológico y su conducta reflejada. El proceso de terapia forma también el self del niño y aporta al cambio positivo del autoconcepto, a través de la experiencia clínica (Schaefer, 2012).

Dentro de este modelo se evidencia la consideración integral del paciente, como los espacios en los que se desarrolla, las interacciones existentes, y las conductas dentro de ellas. Además, se debe complementar el tratamiento, al comprender qué tipos de trastornos, síntomas y conductas se pueden tratar con Terapia de Juego.

Aplicación de Terapia de Juego en niños con trauma

La Terapia de Juego puede ser aplicada en una gran variedad de trastornos y situaciones que pueden presentarse como problemáticas o desadaptativas. A continuación, se mencionará rápidamente las posibles aplicaciones de la terapia

mencionada, y de manera específica a la población de niños huérfanos por femicidio de sus madres.

La Terapia de Juego es comúnmente utilizada por su efectividad para tratar a niños con problemas de conducta o emocionales, y apoyarlos en la construcción positiva de autoestima y autoconfianza (Gaikwad, Lalitha, & Seshadri, 2015). Resulta por lo tanto, ser frecuente tratar niños que presentan conductas problemáticas que derivan tanto en secuelas emocionales como de su autoconcepto. Lo cual puede ser hallado en varios trastornos o problemáticas psicológicas similares (Gaikwad, Lalitha, & Seshadri, 2015).

Los niños que han sufrido de trauma, vivido o testificado, ya sea sexual, físico o emocional, violencia doméstica, víctimas de desastre natural o causado por el hombre pueden ser tratadas por medio de intervenciones de Terapia de Juego (Gaikwad, Lalitha, & Seshadri, 2015). Lo cual, corrobora la validez este tipo de terapia en niños huérfanos a causa del femicidio en sus madres.

Como se mencionó anteriormente, previo a que sea consumado el femicidio, existe violencia doméstica, abuso físico y psicológico dentro del hogar de estos niños (INEC, 2011). De manera que, no sólo se trata de la pérdida de la madre de una manera traumática, sino además del contexto previo de violencia y abuso dado en el hogar.

La Terapia de Juego, además es efectiva para tratar niños que han sido adoptados o se hallan en casas hogares que han sido perturbados emocionalmente por esta razón (Gaikwad, Lalitha, & Seshadri, 2015). Para la población de niños huérfanos por femicidio de sus madres, si en el desarrollo de los procesos legales no es posible que se quede cerca de su familia extendida, como se expresó en los antecedentes, pasa a manos del gobierno ecuatoriano dentro de casas hogares o fundaciones que los acogen (MIES, s.f.). Para estos niños, la afectación psicológica del femicidio, añadido al hecho

de alejarse completamente de su círculo familiar, resulta en una combinación dañina, es por esta razón que debe ser tratado por medio de la Terapia de Juego (Gaikwad, Lalitha, & Seshadri, 2015).

De manera similar, esta terapia es utilizada para tratar a los niños que han experimentado problemas relacionados a la pérdida de seres queridos, como muerte o enfermedad (Gaikwad, Lalitha, & Seshadri, 2015). Una vez más, resulta apropiada la Terapia de Juego, para la población de niños mencionada, porque de manera evidente sufren de la pérdida de su madre.

Además, cumple un amplio espectro de aplicaciones para niños y adolescentes (Sagar, 2011). Se puede tratar de manera eficaz casos de abuso y negligencia, agresión hacia menores, duelo, niños abandonados, trauma, miedo y ansiedad, problemas de apego, autismo, enfermedades crónicas, autoconcepto y autoestima, disociación, problemas de aprendizaje, problemas de control de esfínteres, mutismo selectivo o problemas de habla, problemas de adaptación social, y niños con impedimentos físicos y/o sordera (Sagar, 2011). Como se puede apreciar, la Terapia de Juego es útil para intervenir de manera clínica a una gran cantidad de problemas o dificultades relacionadas a los niños y adolescentes (Sagar, 2011).

De esta manera, se afirma la capacidad y competencia de esta terapia para los niños y adolescentes de la población antes mencionada. Sin embargo, para tener un enfoque más directo y concreto en cuanto a los mismos, se expondrá a continuación el duelo y sus elementos más relevantes.

Duelo

El duelo es definido por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, como el sentimiento de dolor, lástima o aflicción en la que se realizan demostraciones para expresar el mismo, debido a la muerte de alguien (DRAE, 2014,

pp.1). Se menciona al duelo como un proceso debido a que existen 5 etapas que lo abarcan. Kübler Ross (1969) fue quien las creó como herramientas para identificar los sentimientos y conductas en relación al evento de muerte (Kessler, s.f.). Se debe comprender que estas etapas no tienen jerarquía, ciclo u orden establecido, pues el duelo es un proceso único en cada persona (Kessler, s.f.). Es importante señalar que cada etapa es aplicable tanto a adultos, como para niños (Kessler, s.f.).

La primera etapa de duelo es la negación, como su nombre lo indica, es un estado de shock e incredulidad ante la noticia de muerte. Esta etapa es útil para sobreponerse ante lo abrumador de esta situación y ayuda a apaciguar los sentimientos respecto al duelo (Kessler, s.f.). De manera que se va procesando lo sucedido, poco a poco se acepta la nueva realidad, y así se da paso al resto de sentimientos negados al inicio (Kessler, s.f.).

Luego se halla la segunda etapa que es la ira, la cual puede extenderse a varias personas, a uno mismo o hasta Dios u otras divinidades ante la muerte. Pero, inherente a este sentimiento, se halla el dolor propio de la experiencia (Kessler, s.f.). La ira conlleva otros sentimientos como abandono, injusticia, cuestionamiento, soledad; los cuales son indicadores de la profunda estima y amor hacia la persona fallecida (Kessler, s.f.).

La tercera etapa es la negociación, la cual se presenta antes de la pérdida de una persona, en la que generalmente se realizan compromisos o promesas que incluyen el ser mejores personas, realizar cambios para bien, ayudar a otros o similares (Kessler, s.f.). Dentro de esta etapa se presenta también la culpa, y pensamientos referentes al pasado, como por ejemplo, 'si hubiera...' o 'si tan solo...' los cuales expresan profundo deseo de querer regresar en el tiempo para cambiar las cosas (Kessler, s.f.). Es en esta etapa en la que las personas se comprometen y negocian un buen comportamiento a cambio de la salud o mejora de la persona (Kessler, s.f.).

En la cuarta etapa se presentan sentimientos de soledad, tristeza y depresión, los cuales son experimentados como si fuesen permanentes (Kessler, s.f.). Se debe aclarar que atravesar esta etapa es absolutamente normal y que por el contrario sería algo extraño no experimentarla (Kessler, s.f.). Lo que ocurre comúnmente dentro del duelo es evitar que la persona se sienta deprimida, por lo que se buscan actividades o situaciones para invertir las, sin embargo, se debe permitir un espacio para dejar fluir los sentimientos de dolor (Kessler, s.f.).

Finalmente, la quinta etapa es la de la aceptación, en la cual finalmente la persona logra aceptar que no va a cambiar la situación de muerte, por lo que deben acomodar sus vidas a esta nueva realidad (Kessler, s.f.). No sólo el presente es el que se transforma, sino además el pasado, debido a los sentimientos y pensamientos que vienen de la persona fallecida (Kessler, s.f.). A pesar de los cambios dados, se puede hablar de que cuando llega esta etapa, las personas logran seguir de manera más funcional su vida (Kessler, s.f.).

Es importante comprender, que cada etapa contiene la descripción genérica de los sentimientos normalmente presentados, sin embargo, como se mencionó antes, cada uno puede expresarlo con conductas diversas (Kessler, s.f.). Así mismo con los niños que experimentan y cursan este proceso. Pero es importante permitirles atravesar esto y que procesen la muerte sin que se les esconda lo sucedido, de otro modo puede llevarlos a efectos negativos (DeSpelder, & Strickland, 2015).

El duelo en niños y adolescentes puede ser determinado por la guía recibida por los adultos, si se realiza de manera adecuada, al proporcionar apoyo a través de la escucha de las preocupaciones y dudas que expresan, se promueve su bienestar ante una situación complicada (DeSpelder, & Strickland, 2015). Es así, que los adultos tienen un

rol fundamental en la guía del duelo de los niños. Por tal razón, el ejecutar una guía de apoyo y que sea adecuada es imprescindible (DeSpelder, & Strickland, 2015).

Sin embargo, lo que ocurre de manera común es que los adultos tratan de ocultar o minimizar lo más posible el evento de muerte (DeSpelder, & Strickland, 2015).

Aunque los niños no sean muy instruidos en este tema, ellos de todas maneras forman sus propios conceptos acerca del mismo. Si esto sucede, enfrentan sentimientos de culpa y confusión, los cuales repercuten en efectos traumáticos en la adultez (DeSpelder, & Strickland, 2015).

De manera puntual, en niños y adolescentes quienes han sufrido o atestiguado experiencias violentas, agrava los niveles del duelo, pudiendo resultar en un posible desarrollo de TEP (DeSpelder, & Strickland, 2015). Además, la muerte de un cuidador primario es la que probablemente afecte en mayor manera que cualquier otra. Debido a que representa la pérdida de seguridad, crianza, apoyo, y afecto; asimismo, como la pérdida de apoyo psicológico y emocional que significa ante eventos como este (DeSpelder, & Strickland, 2015). Esto puede resultar en mecanismos de enfrentamiento complicados, los cuales, si no son tratados de manera adecuada, puede terminar en suicidio u homicidio (DeSpelder, & Strickland, 2015). El riesgo de los niños y adolescentes dentro de este contexto es claro, por lo que proporcionar un duelo adecuado puede ser decisivo en las secuelas que deje.

Para realizar un proceso de apoyo dentro del duelo de forma adecuada, inicia por tomar el mismo de manera real e importante, pues usualmente el duelo de los niños y adolescentes pasa desapercibido, es malinterpretado o minimizado (DeSpelder, & Strickland, 2015). No obstante, DeSpelder, & Strickland (2015) afirman que cuando son incluidos dentro del duelo como el resto de personas, pueden enfrentar más

sencillamente los sentimientos que esto conlleva. Si se realiza lo contrario, crea en ellos ansiedad y confusión (DeSpelder, & Strickland, 2015).

Otra manera de apoyar el proceso de duelo en menores, es a través de brindar respuestas a las dudas y preocupaciones que conciernen a la muerte, para apoyar su habilidad de comprender una situación como la muerte (DeSpelder, & Strickland, 2015). La mejor manera de medir si los niños están listos para hablar de la muerte, es cuando ellos mismos plantean preguntas sobre el tema; sin embargo, más allá de validar sus emociones, se debe tener en claro que los conceptos transmitidos no resulten disfuncionales dentro de su desarrollo (DeSpelder, & Strickland, 2015).

Como se ha podido evidenciar, el duelo es un proceso individual y sensible a cada persona, pero se debe tener especial cuidado a quienes han tenido una pérdida traumática o violenta por los efectos que pueden perdurar a lo largo de los años. Así como son los niños y adolescentes que no reciben una guía adecuada en el tema, pues como se mencionó están en riesgo de desarrollar TEP (DeSpelder, & Strickland, 2015). A continuación, se desarrollará el tipo de estudio empleado en la presente investigación, con sus respectivas variables, población, instrumentos de medición y análisis de los datos obtenidos con respecto al TEP en niños y adolescentes por el duelo traumático experimentado.

Diseño y metodología

Diseño.

Con el fin de responder a la pregunta de investigación ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia de Juego es efectiva para superar el Trastorno de Estrés Posttraumático en niños y adolescentes de 10 a 14 años de Quito, Ecuador que han quedado huérfanos a causa del femicidio en sus madres? Se propone una investigación cuantitativa, la cual Hernández, Fernández & Baptista (2010) la plantean como la recolección de datos para

probar una hipótesis en base al análisis numérico y estadístico, con los cuales se puede aceptar o rechazar lo propuesto. Además, permite medir y estimar de forma inherente la dimensión del problema, es decir, la frecuencia o tamaño del mismo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Pues dentro en la investigación cuantitativa, se busca generalizar los resultados hallados de la muestra hacia una población (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

En base a la pregunta planteada previamente, se entiende que la investigación tiene un alcance correlacional, porque determina el efecto o consecuencia de un concepto sobre otro, en este caso la efectividad de la Terapia de Juego sobre niños y adolescentes con Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) por duelo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Población.

Se conoce gracias al mapa consolidado de femicidios que, en la población ecuatoriana de enero 2014 a febrero 2019, ha habido un total de 642 casos de femicidios, de los cuales 68,4% eran madres (Rosero, 8 de marzo de 2019). Con la información proporcionada se calculará posteriormente el número exacto de niños y adolescentes que se incluirán dentro de la presente investigación.

Se delimitará a trabajar con aquellos sujetos que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, hombres o mujeres
- Habitantes de Quito, Ecuador
- Huérfanos por femicidio de sus madres hace mínimo un mes

Así mismo, se detalla los criterios que no aplican dentro de la investigación, o los criterios de exclusión:

- Niños menores a los 10 años de edad

- Adolescentes mayores a los 14 años de edad
- Niños y adolescentes residentes de otras ciudades de Pichincha que no sea Quito
- Niños y adolescentes huérfanos por otras causas ajenas al femicidio de sus madres
- Niños y adolescentes huérfanos por femicidio de sus madres hace menos de 1 mes

Es así, que se busca medir TEP en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, habitantes de Quito, Ecuador que sean huérfanos por femicidio de sus madres. A continuación, se detallará cómo se determinará el número de la muestra, en base a la población ecuatoriana, la cual permitió establecer los criterios antes mencionados.

Se realizará un muestreo probabilístico ya que éste es indispensable para investigaciones con diseño correlacional, como lo es esta (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Este tipo de muestreo plantea la probabilidad de que todos los elementos de una población sean elegidos por igual, al considerar el error de muestreo dentro de los valores. Para lograr esto, se puede calcular por medio de programas estadísticos o fórmulas del tamaño de la muestra (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Dentro de esta investigación, se determinará este número con una fórmula del tamaño de la muestra, descrita después de los cálculos con respecto a elementos de femicidio en Quito, relacionados a los criterios de inclusión.

Si bien es cierto se conoce el total de casos de femicidio en Ecuador (Rosero, 8 de marzo de 2019). No existe información específica de estos datos con respecto a las provincias, sino que sólo incluye el número de casos en cada una, del año 2014 al 2017 (Valle, 2018). Por lo tanto, no se conoce el número de casos, ni el porcentaje de madres asesinadas por femicidio en los años 2018 y 2019 en las provincias de Ecuador.

Para hallar estos valores se tomó el total de femicidios nacionales de 2014 a 2017 y se realizó un gráfico de línea de tendencia, porque es evidente el aumento de femicidios por cada año, como se mencionó en los antecedentes de la investigación. A través de la ecuación del gráfico, se logró hallar los datos que más se aproximan a los 642 casos totales hasta febrero 2019. A continuación, se incluye el gráfico mencionado.

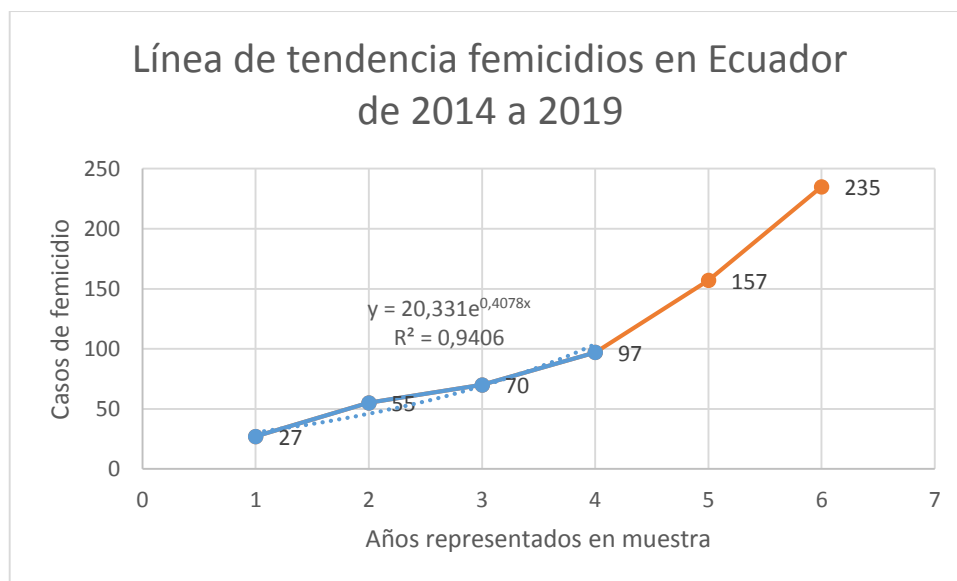


Figura 1: Tendencia de femicidios en Ecuador de enero 2014 a febrero 2019

Como se puede ver dentro del gráfico, se incluyen los casos de femicidio con respecto a los años. En el eje x se halla los años representados en muestra, en donde 1=2014, 2=2015, 3=2016, y 4=2017. También incluye la fórmula del gráfico, representada como y , la cual permitió calcular los valores faltantes, presentados de color naranja para 5 y 6, es decir 2018 y 2019 respectivamente. La sumatoria total obtenida incluidos los años a calcularse, fue de 641 femicidios, teniendo así una aproximación excelente al valor nacional de femicidios reportado como 642.

Se procedió de la misma manera para calcular el número de femicidios en Pichincha. Se trabajará con esta provincia debido a que es la reporta la mayor cantidad de femicidios en el país (Valle, 2018) y por accesibilidad de ubicación al investigador.

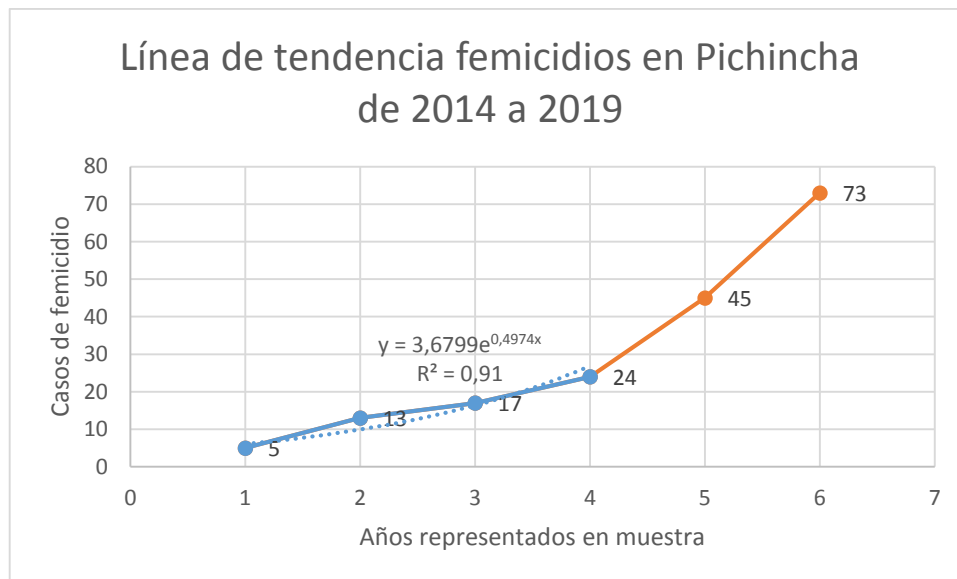


Figura 2: Tendencia de femicidios en Pichincha de enero 2014 a febrero 2019

Asimismo, se representa la tendencia de casos de femicidio con respecto a los años, los cuales de la misma manera se traducen como 1=2014, 2=2015, 3=2016, y 4=2017. Con la ecuación del gráfico, y , se calculó los datos para 5 y 6, representados de color naranja. Obteniendo un total de 177 casos de femicidio en Pichincha entre los años 2014 y 2019.

En base a los resultados obtenidos se puede calcular el porcentaje de femicidios en Pichincha, con respecto al total nacional que son 641 casos. Esto equivale al 27,61%. Luego se procedió a hallar el número de madres asesinadas por femicidio en Ecuador. Por lo que, se tomó la suma los 641 casos y se calculó con respecto al porcentaje de madres asesinadas por femicidio en Ecuador 68,4%. Obteniendo el dato de que 439 madres han sido asesinadas por femicidio en el país del año 2014 al 2019.

Con esta información se procedió a encontrar el porcentaje de madres asesinadas por femicidio en Pichincha. Se calculó el 27,61% de femicidios en la provincia mencionada, con el porcentaje nacional 68,4%, resultando en un 18,89%. A partir de esto, se determinó el número de madres asesinadas por femicidio en Pichincha. Para obtener este dato se tomó el 18,89% y se lo valoró con el 27,61%, obteniendo un

68,42%. Luego a este último resultado se lo calculó con 177, el número total de casos de femicidio en Pichincha, resultando en 121,10 casos de madres asesinadas por femicidio en Pichincha.

Posteriormente, para conocer el número de niños huérfanos por femicidio en sus madres en Pichincha, se debe considerar que 3 hijos es el promedio por madre en Ecuador (INEC, 2014). Lo cual arroja el valor de 363 niños. Finalmente, para definir estos valores, se los calculará con el número de habitantes en Quito dentro del rango de edad seleccionado, desde el año 2014 al 2019, para cumplir con los criterios de inclusión. Se delimita a trabajar con el cantón Quito debido a que éste representa el 89,54% de habitantes de Pichincha (INEC, 2010). Este dato fue proporcionado directamente por las proyecciones poblacionales realizadas por el INEC del año 2010 al 2020, por lo que ya no se debe calcular la tendencia de los datos para años restantes.

En base a los datos correspondientes de la proyección, se determinó que el 30,25% de niños en Quito son huérfanos a causa del femicidio de sus madres. Al usar este dato con respecto al de rango de edad de 10 a 14 años, se concluyó que (4,739.62 \approx 4,740) niños y adolescentes entre estas edades de Quito, son huérfanos por femicidio de sus madres entre los años 2014 y 2019. Este valor es entonces, la población (N) de la investigación.

Para saber el tamaño de la muestra con la que se trabajará, se puede aplicar la siguiente fórmula $n = \frac{N * Z_{\infty}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\infty}^2 * p * q}$ (Cortés, González, Rufino, Riba, & Cobo, 2014).

En la que N es el total de población, Z_{∞}^2 es el nivel de confianza, p es la proporción esperada (0.05), q es la proporción no esperada ($q = 1 - p$), y finalmente e es el error de la muestra deseado (0.05) (Cortés, González, Rufino, Riba, & Cobo, 2014). Al aplicar esta fórmula con los datos de esta investigación, se obtiene un total de $n = 71.89 \approx 72$, es

decir, se trabajará con 72 niños y adolescentes de 10 a 14 años huérfanos por femicidio de sus madres en Quito.

Instrumentos o materiales.

Para poder medir el TEP en los niños de la muestra de esta investigación se usará la escala psicométrica Child PTSD Symptom Scale – 5 (CPSS-5), la cual mide los síntomas del trastorno mencionado, dentro del último mes. Esta escala es aplicable para niños y adolescentes de 8 a 18 años de edad, y está dividida en dos versiones, la de auto-reporte y la de entrevista, las cuales incluyen las mismas preguntas o ítems, por lo que difiere únicamente en el método de aplicación (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017). La versión de auto-reporte tiene un tiempo de administración aproximado de 5 a 10 minutos, y para la versión de entrevista aproximadamente de 20 a 30 minutos. Se debe aclarar que las versiones mencionadas deben utilizarse por separado, es decir, o aplicar una versión o la otra (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017).

La consistencia interna de la versión de entrevista (CPSS-5-I) es alta con un .92, así mismo como una alta confiabilidad en test-retest con un .93 (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017). Por otro lado, para la versión de auto-reporte (CPSS-5-SR) tiene también una alta consistencia interna .92, y una buena confiabilidad en la prueba de test-retest con un .80 (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017).

La escala CPSS-5 en ambas versiones tiene 27 ítems en total, los primeros 20 son distribuidos de acuerdo a los grupos diagnósticos especificados dentro del DSM 5, y poseen respuestas tipo Likert que miden la frecuencia de los síntomas, de 0 (nunca) hasta 4 (6 o más veces a la semana-casi siempre) (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017). Los 7 restantes en cambio, se enfocan más en el deterioro funcional o interferencia de los síntomas dentro de su cotidianidad, los cuales se miden de manera dicótoma, 0 (ausente) o 1 (presente) (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017).

Para la calificación de esta escala se suma el total de las respuestas dadas por el paciente en cada uno de los ítems, el punto de quiebre que indica un posible diagnóstico de TEP es de 31 puntos o más (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017).

Originalmente la escala fue creada en Estados Unidos (2001), aunque no existen adaptaciones para países latinoamericanos, ha sido traducida esa primera versión denominada CPSS que contempla los criterios del DSM-IV, y se han realizado varios estudios con personas latinas y/o nativo hablantes del idioma español (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017). En un estudio realizado en 2018, midieron la validez del CPSS con 339 adolescentes españoles de 13 a 17 años que han experimentado situaciones de violencia en el último año, y hallaron una alta consistencia interna .86, así como validez .90 (Serrano, Ruiz, Esteve, Ramírez, & López, 2018). Además, los mismos autores encontraron que mientras más elevado era el resultado de CPSS, más se correlacionaba con tristeza, estrés psicológico y una calidad de vida pobre (2018).

En otro estudio realizado en Estados Unidos en 2014, se comparó las versiones de CPSS en inglés y en español, en 259 niños de 8 a 17 años, hablantes de estos idiomas en dos grupos respectivamente, que hayan experimentado eventos traumáticos en el último mes (Meyer, Gold, Beas, Young, & Adams, 2014). Lo que hallaron fue la misma consistencia alta, tanto en la versión CPSS de inglés como en la de español, con un .88 cada una (Meyer, Gold, Beas, Young, & Adams, 2014). De manera similar, un estudio realizado en Chile en 2010, con 1305 niños de 10 a 14 años que fueron víctimas del terremoto y tsunami, midió la consistencia interna del CPSS, la cual resultó alta con un .86 (Rincón, et al., 2014). Asimismo, concluyeron que esta escala resulta una herramienta adecuada para medir síntomas TEP en los niños y adolescentes de Latinoamérica (Rincón, et al., 2014).

Considerando lo previamente mencionado, se puede afirmar la aplicación de CPSS-5 en la muestra de la presente investigación, y se habla de la última versión de la escala debido a que, usar herramientas no actualizadas, las hace obsoletas y por lo tanto los resultados no son precisos (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017). Consecuentemente, así como CPSS se basó en el DSM-IV, la última versión CPSS-5 se basa en el actual DSM 5, sin dejar de lado su confiabilidad y validez (Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, & Yeh, 2017).

Procedimiento de recolección de datos.

Para recolectar los datos se procederá a colocar volantes y anuncios autorizados con los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente, en diversas instituciones tanto públicas como privadas. Las mismas serán relacionadas a la violencia doméstica previa y denuncia de casos de femicidio. Esto, con el fin de abarcar la muestra ($n=72$) de manera global dentro del cantón Quito. Es así, que los anuncios serán colocados en los sectores norte, centro y sur de dicha ciudad. De esta manera se detalla las siguientes instituciones:

- Defensoría Pública Casa de la Justicia Carcelén- Norte de Quito
- Defensoría Pública (Administrativo Central)-Centro norte de Quito
- Defensoría Pública Unidad Judicial Tercera de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia –Centro de Quito
- Defensoría Pública Unidad Nacional de Flagrancia- Centro de Quito
- Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM)- Centro de Quito
- Centro de Equidad y Justicia tres Manueles-Centro histórico de Quito
- Ministerio de Salud Pública- Orellana y Coruña-Centro norte de Quito
- Ministerio de Salud Pública-Centro Sur

- Centro de Salud la Magdalena N°5-Sur de Quito
- Centro de Salud Chimbacalle-Sur de Quito
- Centro de Salud la Raya-Área 5-Sur de Quito
- Centro de Salud Chillogallo-Sur de Quito

Una vez que los participantes se contacten, se les explicará el objetivo de la investigación, el rol que tendrían, el tiempo de participación, las consideraciones éticas y se les entregará el consentimiento informado. Se aclarará que se mantendrá confidencialidad de sus datos y resultados obtenidos, los cuales serán utilizados únicamente con fines educativos y de investigación. Quienes acepten participar con previa autorización de sus representantes legales, se les aplicará la escala de medición CPSS-5 tipo auto-reporte, para conocer quiénes obtuvieron un resultado igual o mayor a 31 puntos, lo cual indica un posible diagnóstico de TEP. Con los participantes clasificados se prosigue con el resto de la investigación.

Para el análisis estadístico de los resultados obtenidos, se procederá a utilizar el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), para calcular la correlación del número de sesiones con la puntuación de la escala CPSS-5, utilizando el coeficiente de Pearson.

Análisis de datos.

Los datos serán recolectados en tres puntos específicos, los cuales serán el número de sesiones recibidas de Terapia de Juego. Se conoce que los beneficios aumentan con el número de sesiones de esta terapia, sin embargo, cuando se superan las 30 sesiones, estos decrecen (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005). Por lo tanto, se medirá las puntuaciones de CPSS-5 en la sesión 0, 15, y 30.

A partir de estos datos se realizará un cálculo de correlación entre el número de sesiones de Terapia de Juego y la puntuación de la escala CPSS-5 obtenida en los tres

momentos diferentes. Se plantea que el análisis más apropiado para esta investigación es la correlación a través del coeficiente de Pearson, debido a que este permite analizar dos variables dentro de un intervalo y la relación entre las mismas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Así como probar una hipótesis, que en este caso sería a mayor número de sesiones de Terapia de Juego, menor puntuación en la escala CPSS-5. Esto se refiere a una correlación negativa, la cual se espera obtener datos significativos dentro de la correlación los cuales se ubican a partir de -0.75 a -1.00 (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Al conocer estos valores, se podrá medir el alcance de la efectividad de Terapia de Juego y probar la hipótesis de correlación, planteados dentro de la presente investigación.

Consideraciones Éticas

Al trabajar con población humana y menores de edad, es de vital importancia tomar en cuenta los aspectos éticos de hacerlo, por este motivo la investigación se basa en el código de ética de la American Psychological Association (APA).

Para la colaboración de los participantes, es necesario previo a cualquier intervención, que acepten lo incluido dentro del consentimiento informado. En este caso sería firmado por los representantes legales del menor (Código de Ética 3.01, Consentimiento Informado) (Fischer, 2003). Cabe resaltar, que el consentimiento será previamente aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito, una vez que incluya la participación voluntaria de los individuos, donde se explique que pueden abandonar el estudio en cualquier momento y se mantendrá confidencialidad de sus datos. Este último criterio, se incluye dentro del (Código de Ética 4.01 Mantener confidencialidad) en donde la información proporcionada por los participantes, así como los resultados obtenidos serán manejados con profesionalismo, manteniendo su

confidencialidad, y serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación (Schaefer, 2003). Asimismo, para la recolección de datos planteada, como la colocación de volantes y anuncios, se debe cumplir con el (Código de Ética 5.03, Descripción de talleres y programas educativos que no otorgan títulos), en el que éstos deben asegurar la descripción detallada de los criterios de inclusión para participar, los objetivos de la investigación, información del investigador y/o institución involucrada y los honorarios (Schaefer, 2003).

Con estas consideraciones éticas se promueve el bienestar y libertad de los participantes en todo momento dentro de la investigación.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta.

Se hallan varias fortalezas dentro de la presente investigación, como haber utilizado la escala de medición acorde al TEP, y la más usada dentro del campo de investigación del mismo trastorno, para niños y adolescentes (Rincón, et al., 2014). La cual contiene alta confiabilidad y validez para hablantes de inglés o español (Serrano, Ruiz, Esteve, Ramírez, & López, 2018). De esta forma, se podrán obtener datos coherentes y objetivos al ser aplicado en los participantes.

Asimismo, se planteó trabajar con una muestra específicamente delimitada a los criterios de inclusión, los cuales abarcan rango de edad, ciudad, y situación de orfandad por el femicidio de sus madres. Lo cual, se complementa con la fuente de datos que incluye un amplio rango de años en el país, es decir, de 2014 a 2017. En base a los cuales se calculó la predicción de los años faltantes, 2018 y 2019, gracias a la línea de

tendencia dentro de gráficos de dispersión. Esto representa una fortaleza, debido a que ahora se conoce más datos competentes a estos dos últimos años en Ecuador.

Otra fortaleza es, que se propuso trabajar con la ciudad en la que se reportan más casos de femicidio en el país (INEC, 2010). Proporcionando así, validez a la investigación, por usar los datos más representativos.

En cuanto a las limitaciones halladas, se puede considerar que el uso de una sola escala de medición para encontrar los síntomas de TEP, no es suficiente para su diagnóstico (Rincón, et al., 2014). Sin embargo, puede proporcionar una base para los posibles casos de TEP y posteriormente realizar análisis más profundos en quienes sea confirmado su diagnóstico.

Recomendaciones para futuros estudios.

Para futuros estudios relacionados a los síntomas del TEP por orfandad debido a femicidio de madres en niños y adolescentes, se propone ampliar la muestra para obtener datos más detallados sobre el tema. Es decir, investigar por ejemplo, la diferencia de síntomas de niñas comparado a niños, otros rangos de edad, ampliar el estudio a otras ciudades e incluso a nivel nacional, para conocer los datos de los efectos por TEP debido al femicidio en los hijos huérfanos.

Se incluyó los efectos neurofisiológicos del TEP a corto y largo plazo, por lo que se podría realizar un estudio longitudinal de hijos huérfanos por femicidio. Para investigar otros efectos además de los neurofisiológicos y correlacionarlos estadísticamente para hallar nuevos datos.

Además, se podría estudiar otros efectos del duelo por esta causa y medirlo, para así, comparar posteriormente y analizar estos datos, con respecto a otros trastornos psicológicos. Los cuales pueden ser medidos de igual manera en la ciudad que presenta más casos femicidio.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Barzegary, L., & Zamini, S. (2011). The Effect of Play Therapy on Children with ADHD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2216–2218.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390.
- Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer. (2018). Cepam [en línea]. Recuperado de <http://cepam.org.ec/>
- CEPAL. (2018, Enero 23). Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género Contra las Mujeres [archivo PDF]. Recuperado de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_ecu_leyintegralprevencionerradicacionviolenciagenero.pdf
- CEPAL. (2018, noviembre 15). CEPAL: Al menos 2.795 mujeres fueron víctimas de feminicidio en 23 países de América Latina y el Caribe en 2017 [en línea]. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-2795-mujeres-fueron-victimas-feminicidio-23-paises-america-latina-caribe>
- CEPAL. (s.f.). Acerca de la CEPAL [en línea]. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/acerca>
- Chazan, S., & Cohen, E. (2010). Adaptive and defensive strategies in post-traumatic play of young children exposed to violent attacks. *Journal of Child Psychotherapy*, 36(2), 133–151.

- Código Orgánico Integral Penal. (2014). Actualizado a febrero de 2018. Quito: Gráficas Ayerve C. A.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Reformas en Registro Oficial-Suplemento de 13 de julio de 2011.
- Cortés, J., Gonzáles, J., Rufino, H., Riba, L., & Cobo, E. (2014). Tamaño muestral. *Bioestadística para no estadísticos*, 1-38.
- DeBellis, M., Hooper, S., Woolley, D., & Shenk, S. (2009). Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 1-8.
- DeSpelder, L., & Strickland, A. (2015). Death in the lives of children and adolescents. *The last dance* (pp. 385-415). (10ma Ed.). México: McGraw Hill Education
- Ferrara, P., Ianniello, F., Semeraro, L., Franeschini, G., Scalzo, L., Giardino, I., & Corsello, G. (2018). Murdered women's children: A social emergency and gloomy reality. *SIGNA VITAE*, 14(1), 71-74.
- Fischer, C. B. (2003). *Decoding the Ethics Code: A Practical Guide for Psychologists*. Estados Unidos: Sage Publications.
- Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., & Yeh, R. (2017). Psychometrics of the child PTSD symptom scale for dsm-5 for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 38-46.
- Gaikwad, A., Lalitha, K., y Seshadri, S. (2015). Play therapy: An approach to manage childhood problems. *International Journal of Pediatric Nursing*, 1(1), 22-28.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México: McGraw Hill Education.
- INEC. (2010). Proyecciones poblacionales [en línea]. Recuperado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>

- INEC. (2011). Violencia de Género [en línea]. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- INEC. (2014). MSP e INEC presentan resultados de demografía y salud sexual y reproductiva [en línea]. Recuperado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>
- INEC. (2017). El perfil del femicidio, cifras para evitarlo [en línea]. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-perfil-del-femicidio-cifras-para-evitarlo/>
- INEC. (2018). Vida digna con iguales oportunidades [en línea]. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sistema_Estadistico_Nacional/Planificacion_Estadistica/Plan_Nacional_de_Desarrollo_2017_2021/Objetivos/Objetivo_1/1.24-FM_T_femicidios.PDF
- Kessler, D. (s.f.). The five stages of grief [en línea]. Recuperado de <https://grief.com/the-five-stages-of-grief/>
- Lynn A. Barnett. (1990). Developmental Benefits of Play for Children. *Journal of Leisure Research*, 22(2), 138-153.
- Meyer, R. M. L., Gold, J. I., Beas, V. N., Young, C. M., & Kassam-Adams, N. (2014). Psychometric evaluation of the child PTSD symptom scale in spanish and english. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3), 438-444.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (enero, 2019). Informe acogimiento institucional [en línea]. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/Informe-diciembre-A.I.-DICIEMBRE-1-1.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (s.f.). Modelo de atención de entidades de acogimiento de administración directa del MIES [en línea]. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2013/11/MODELO-DE-ATENCION-PARA-
ACOGIMIENTO-INSTITUCIONAL.pdf

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Se presenta plan estratégico nacional para garantizar la atención de la salud mental [en línea]. Recuperado de

<https://www.salud.gob.ec/se-presenta-plan-estrategico-nacional-para-garantizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>

Perry, B.D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-traumatic stress disorders in children. *American Psychiatric Press, Washington, DC*, 253-276

Real Academia Española. (2014). Duelo. En *Diccionario de la lengua española* (23. a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=EEI28uS|EEmPUc7>

Real Academia Española. (2014). Femicidio. En *Diccionario de la lengua española* (23. a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=HjIV4qc>

Rincón, P., Gysling, M., Jiménez, C., Lloyd, S., Navarro, M., Retamal, L., ... Haquin, C. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de síntomas de TEPT para niños (CPSS) en población chilena afectada por el terremoto y tsunami del 27-f de 2010. *Terapia Psicológica*, 32(1), 57-64.

Rea, M.J. (12 de febrero de 2019). 11 femicidios en lo que va el 2019 se registran en Ecuador. *Diario El Norte*, p.1. Recuperado de <https://www.elnorte.ec/sucesos/11-femicidios-en-lo-que-va-el-2019-HJ319485>

Rosero, M. (8 de marzo de 2019). En cinco años, desde 2014, 642 femicidios se han producido en Ecuador. *El Comercio*, p.1. Recuperado de <https://www.elcomercio.com/actualidad/femicidios-muerte-mujer-delito-ecuador.html>

Sagar, V. (2011). Play therapy: a window into the child's world. *AP J Psychological Medicine*, 12(1), 7-9.

Sage Publications, California, United States.

Schaefer, Charles. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego* (2da ed.). México:

Editorial El Manual Moderno.

Serra, H., Roganovich, J., & Rizzo, L. (2012). Glucocorticoides: paradigma de medicina

traslacional. De lo molecular al uso clínico. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(2),

158-170.

Serrano, R., Ruiz, G., Esteve, R., Ramírez, C., & López, A. (2018). Validation of the

child PTSD symptom scale (CPSS) in spanish adolescents. *Psicothema*, 30(1),

130-135.

Valle, C. (2018). Atlas de género INEC. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*

(INEC). Quito, Ecuador.

ANEXO A: INSTRUMENTOS

Name or ID#: _____ Date: _____

CPSS - V

Sometimes scary or upsetting things happen to kids. It might be something like a car accident, getting beaten up, living through an earthquake, being robbed, being touched in a way you didn't like, having a parent get hurt or killed, or some other very upsetting event.

Please write down the scary or upsetting thing that bothers you the most when you think about it:

When did it happen? _____

0	1	2	3	4
Not at all	Once a week or less/a little	2 to 3 times a week/somewhat	4 to 5 times a week/a lot	6 or more times a week/almost always

These questions ask about how you feel about the upsetting thing you wrote down. Read each question carefully. Then circle the number (0-4) that best describes how often that problem has bothered you IN THE LAST MONTH.

- | | | |
|-----|-------------------|---|
| 1. | 0 1 2 3 4 | Having upsetting thoughts or pictures about it that came into your head when you didn't want them to |
| 2. | 0 1 2 3 4 | Having bad dreams or nightmares |
| 3. | 0 1 2 3 4 | Acting or feeling as if it was happening again (seeing or hearing something and feeling as if you are there again) |
| 4. | 0 1 2 3 4 | Feeling upset when you remember what happened (for example, feeling scared, angry, sad, guilty, confused) |
| 5. | 0 1 2 3 4 | Having feelings in your body when you remember what happened (for example, sweating, heart beating fast, stomach or head hurting) |
| 6. | 0 1 2 3 4 | Trying not to think about it or have feelings about it |
| 7. | 0 1 2 3 4 | Trying to stay away from anything that reminds you of what happened (for example, people, places, or conversations about it) |
| 8. | 0 1 2 3 4 | Not being able to remember an important part of what happened |
| 9. | 0 1 2 3 4 | Having bad thoughts about yourself, other people, or the world (for example, "I can't do anything right", "All people are bad", "The world is a scary place") |
| 10. | 0 1 2 3 4 | Thinking that what happened is your fault (for example, "I should have known better", "I shouldn't have done that", "I deserved it") |

	0 Not at all	1 Once a week or less/a little	2 2 to 3 times a week/somewhat	3 4 to 5 times a week/a lot	4 6 or more times a week/almost always	
11.	0	1	2	3	4	Having strong bad feelings (like fear, anger, guilt, or shame)
12.	0	1	2	3	4	Having much less interest in doing things you used to do
13.	0	1	2	3	4	Not feeling close to your friends or family or not wanting to be around them
14.	0	1	2	3	4	Trouble having good feelings (like happiness or love) or trouble having any feelings at all
15.	0	1	2	3	4	Getting angry easily (for example, yelling, hitting others, throwing things)
16.	0	1	2	3	4	Doing things that might hurt yourself (for example, taking drugs, drinking alcohol, running away, cutting yourself)
17.	0	1	2	3	4	Being very careful or on the lookout for danger (for example, checking to see who is around you and what is around you)
18.	0	1	2	3	4	Being jumpy or easily scared (for example, when someone walks up behind you, when you hear a loud noise)
19.	0	1	2	3	4	Having trouble paying attention (for example, losing track of a story on TV, forgetting what you read, unable to pay attention in class)
20.	0	1	2	3	4	Having trouble falling or staying asleep

Have the problems above been getting in the way of these parts of your life IN THE PAST MONTH?

21	YES	NO	Fun things you want to do
22.	YES	NO	Doing your chores
23.	YES	NO	Relationships with your friends
24.	YES	NO	Praying
25.	YES	NO	Schoolwork
26.	YES	NO	Relationships with your family
27.	YES	NO	Being happy with your life

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Aprobación MSP, Oficio No. MSP-SDM-10-2013-1019-O, Mayo 9, 2013



Formulario de Asentimiento Informado

Título de la investigación: *Terapia de Juego para la reducción de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad huérfanos por femicidio en sus madres en Quito, Ecuador*

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Mónica Raquel Espín Martín*

Datos de localización del investigador principal *raquelespinm@gmail.com*

Co-investigadores *(nombres completos y afiliación institucional)*

Población menor de edad: Edades entre 10-14

Hola. Mi nombre es Raquel Espín y trabajo en el desarrollo de mi tesis en la USFQ. Estamos realizando un estudio para conocer sobre la eficacia de la Terapia de Juego para reducir los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes huérfanos por femicidio de sus madres y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en realizar una prueba de auto-reporte en tres ocasiones diferentes.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá, mamá o representante legal hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema. Si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/las mediciones que realicemos nos ayudarán a conocer si la Terapia de Juego es efectiva en los casos mencionados, y se utilizará sólo para fines de investigación científica-académica.

Esta información será confidencial, es decir no diremos a nadie tus respuestas o compartiremos tus mediciones-pruebas-resultados de exámenes. Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un visto (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

(Para menores de 16). Si entiendes todo lo que se te ha explicado y aceptas participar en este estudio, debes decírselo al investigador, quien solo entonces iniciará las actividades planificadas para recolectar tus datos. Tu aceptación se tomará como tu consentimiento.

Si no deseas participar, no pongas ningún visto (✓), ni escribas tu nombre.

(Para menores de 16) Si no deseas participar, debes también decírselo al investigador, quien se retirará de inmediato.

Sí quiero participar

Nombre:

Nombre y firma de testigos (1-2):

Fecha:

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: