

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN PSICOLOGIA INFANTIL

"EL MALTRATO INFANTIL Y LAS CONVIVENCIAS  
FAMILIARES EN EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL"

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
LIC. MARIA CRISTINA PEREZ AGÜERO

DIRECTOR DEL REPORTE:  
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

JURADO DE EXAMEN:  
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA  
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG  
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS  
MTRA. MA. SUSANA EGUIA MALO  
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA



MEXICO, 2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

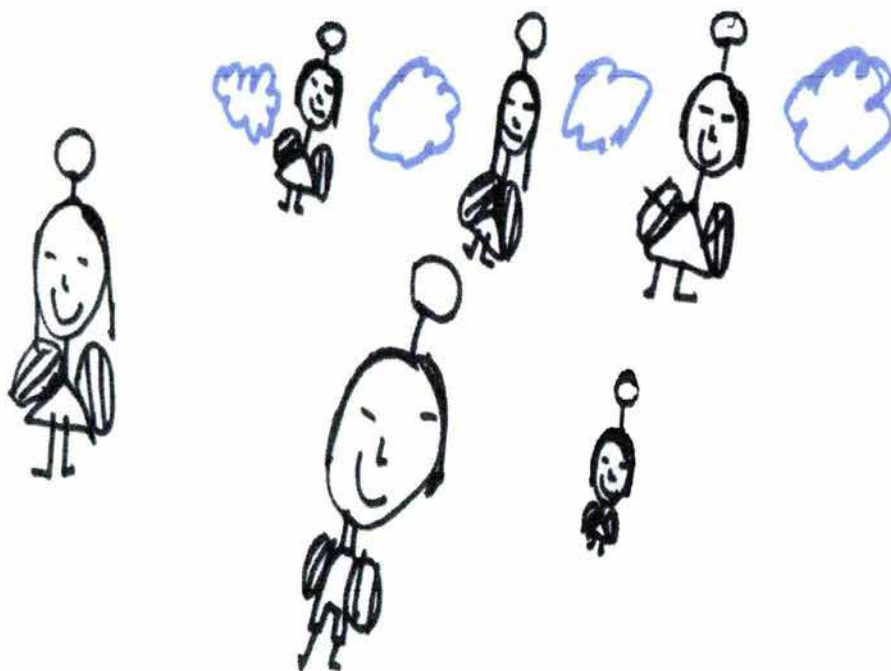
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Un niño puede enseñar tres cosas a un adulto:  
a ponerse contento sin motivo,  
a estar siempre ocupado con algo  
y a exigir con todas sus fuerzas aquello que desea.*

*Paulo Coelho*



“Mamá en el cielo”

Autora: Karla Daniela, 7 años

**A:**

Mis padres Luis Román y Socorro,  
por siempre intentar mostrarme el mejor camino  
y por apoyarme en los proyectos que he emprendido.

Mis hermanos Beto y Adriana,  
por compartir muchos de nuestros mejores momentos.

Mi hermano Luis, su esposa Sara y su hijo Antonio,  
por permitirme estar cerca de ustedes.

**A:**

La Familia Nosedal Sánchez,  
por que de alguna forma son parte de este proyecto  
que hoy termina.

Especialmente a Jenaro,  
por todo lo vivido y la oportunidad de seguir viviendo más.

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que me permitió acceder a la educación de Posgrado y una vez más, me dio la oportunidad de convivir y conocer a muchas personas que contribuyeron tanto a mi formación profesional como al crecimiento personal.

Al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, quien nos abrió las puertas para poder aplicar nuestros conocimientos profesionales y convivir con los niños ahí alojados.

A todos los niños que me permitieron llegar a ellos, por todas las sonrisas y lágrimas compartidas, y por darme lecciones de vida invaluable (de esas que no se aprenden en las aulas de la Universidad). Gracias: Xóchitl, Ana Karen, Julio César, Juan, Oliver, Fernando, Brenda, Adriana, Raymundo, Sandra, Jorge, Perla, Estefani, Mara, Luis Eduardo, José Mario, Martín, Christopher, Norma, Rocío, Miguel Ángel, Toño, Citlalli, Ana Patricia, José Eduardo, Daniel Alberto, Karla Daniela, Normita, Frida, Juanita, Lucía, Antonia, Itzel, Guadalupe, Hilda, Berenice y Mauricio.

A mis compañeros de viaje, que se convirtieron en personas inolvidables. Vero, Laura V., Xóchitl, Norma, MaryPaz, Adriana, Denise, Esther y Alejandro, gracias a ustedes la experiencia fue mucho más enriquecedora y en ocasiones “soportable”.

A la Dra. Lucy Reidl y la Dra. Patricia Andrade, quienes contribuyeron enormemente en mi formación.

A todo el personal docente de la Residencia en Psicoterapia Infantil: Dra. Amada Ampudia, Mtra. Fayne Esquivel, Dra. Bertha Blum, Mtra. Cristina Heredia, Mtra. Lupita Santaella, Mtra. Susana Eguía, Dra. Emilia Lucio, Mtra. Irma Mancilla.

A los miembros del jurado, que me hicieron comentarios muy valiosos para la culminación de este reporte.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y la Dirección General de Estudios de Posgrado por otorgarme el apoyo económico que me permitió dedicarme completamente a mis estudios.

## Í N D I C E

	Pág.
<b>Resumen</b>	<b>i</b>
<b>1. Panorama de Salud Mental en México</b>	<b>1</b>
<b>2. Reporte del Ejercicio de la Experiencia Profesional</b>	<b>8</b>
Actividades en Sede	
1. <i>Instituto de la Comunicación Humana “Dr. Andrés Bustamante Gurría”</i>	12
2. <i>Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”</i>	13
3. <i>Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal</i>	15
Modalidad de trabajo	17
Productos finales	18
Actividades complementarias	20
<b>3. Sesión Típica del Ejercicio Profesional</b>	<b>21</b>
<b>PARTE I: El Maltrato Infantil</b>	
1. <i>Antecedentes</i>	22
2. <i>Definición y Clasificación de los Malos Tratos a los Niños</i>	25
3. <i>Etiología y Factores de Riesgo</i>	27
4. <i>Epidemiología</i>	30
5. <i>Diagnóstico</i>	34
6. <i>Tratamiento</i>	36

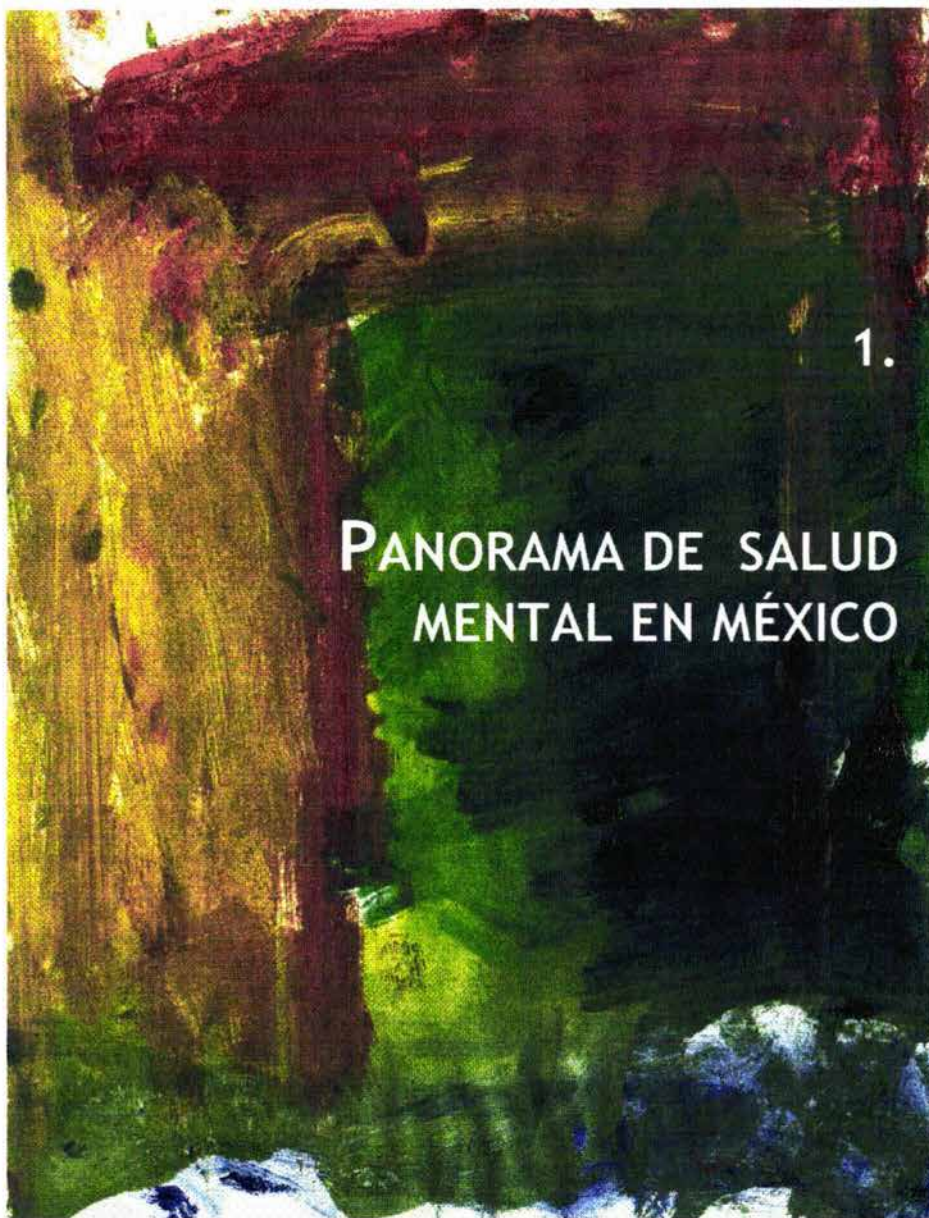
**PARTE II: Estrategia de Intervención**  
**“La Psicoterapia aplicada a las Convivencias**  
**Familiares”**

Justificación	43
Objetivo General	45
Fundamento Teórico de la Estrategia de Intervención	46
<i>a. Psicoterapia breve</i>	46
<i>b. Terapia de Juego</i>	47
<i>c. Terapia filial</i>	50
<i>d. Intervención con díadas, Terapia familiar y</i> <i>Teoría del apego</i>	54
<i>e. Terapia de grupo</i>	57
Método	59
Instrumentos	60
Materiales	60
Procedimiento	60
Tácticas utilizadas en la intervención	61
Descripción del caso: Juanita y su abuela	
Descripción de la niña: Juanita	63
Descripción de la abuela: Juanita	65
Resultados	66
Discusión y Conclusiones	85
Referencias Bibliográficas	92
Anexo 1	a-g
Anexo 2	a-w
Anexo 3	



## RESUMEN

Dados los cambios que atraviesa México desde hace algunas décadas, diversos grupos poblacionales han sido afectados, entre ellos los niños que se enfrentan a situaciones difíciles como la violencia familiar y el maltrato infantil. En este reporte se expone el trabajo psicoterapéutico realizado con Juanita de 9 años de edad, víctima de maltrato y abuso sexual. Se utilizó un modelo psicoterapéutico integrativo de 12 sesiones aplicado a las convivencias familiares que se realizan en el Albergue Temporal de la PGJDF, con el objetivo de preparar a los niños y sus familiares para la reunificación familiar o la separación definitiva. En los resultados se observó un incremento en las habilidades de interacción, el establecimiento de una relación de confianza y el reforzamiento del vínculo entre la niña y la abuela que la visitaba. Palabras clave: psicoterapia infantil, modelos integrativos, terapia de juego, maltrato infantil, convivencias familiares.



1.

# PANORAMA DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

"Tinieblas"  
Autor: Marcelino, 8 años

Existen tres dimensiones básicas que constituyen la vida: la biológica, la psicológica y la social, cuyo disfrute combinada o integradamente, forman la principal aspiración del ser humano: la salud (Simón, 1993).

El equilibrio entre estas tres dimensiones, posibilita a los individuos la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus aspiraciones y el afrontamiento adecuado de las situaciones estresantes de la vida cotidiana. Por lo tanto, la intervención en los problemas de salud debe alcanzar todos aquellos factores socioculturales y ambientales nocivos para el desarrollo sano del individuo, que condicionan determinadas formas de vida.

Los problemas de salud, específicamente de salud mental, no son comprensibles del todo sino se les examina en términos de la relación hombre - ambiente. Las características de nuestro entorno (explosión demográfica, migración, hábitos alimenticios, contaminación, nivel socioeconómico, violencia, transporte, cambios en la estructura familiar, etc.) influyen de manera directa en la forma en como nos adaptamos y comportamos, siendo determinantes en el equilibrio de la salud mental.

La salud mental es un aspecto de la salud integral, inseparable del resto; se refiere no sólo a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del hombre y condicionan su bienestar (De la Fuente y cols., 1997).

Considerando la salud mental como “la capacidad para hacer frente a los conflictos planteados, buscando resolverlos adecuada y permanentemente”, es necesario reconocer a un hombre sano, en aquél que puede mantener un estado de bienestar, no sólo en su anatomía y fisiología, sino en sus afectos, su mente y vida de relación.

En este sentido, las circunstancias tan adversas por las que atraviesa la sociedad contemporánea, implican un daño, que puede ser permanente, en la salud física y mental del individuo; la labor del psicólogo y por lo tanto de la psicología de la salud, resulta vital en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los sujetos que sufren algún tipo de padecimiento.

La **psicología de la salud** ha sido definida como “el conjunto de contribuciones educativas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para el fomento y preservación de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (Matarazzo, 1980; citado en Phares, 1996).

En la actualidad la investigación en psicología aplicada a la salud abarca la promoción de la salud, así como la prevención, rehabilitación y cuidado de las personas con diferentes padecimientos, a través de intervenciones individuales, grupales y comunitarias, con una variedad de enfoques teóricos y metodológicos (Rodríguez y Rojas, 1998).

Dentro de este campo se han incluido a los niños, ya que los padecimientos mentales y del comportamiento en la infancia son vastos, complejos y diversos; las principales manifestaciones de estos trastornos se observan en la **conducta** y el **aprendizaje** del menor, y deben ser identificadas como señales de alarma por parte de los padres y los maestros de escuela. Sin embargo, en la mayoría de los casos esta detección oportuna no se realiza y el problema va evolucionando en perjuicio tanto del menor como del medio ambiente en el que se desarrolla. Además, la falta de conocimiento de los servicios de salud mental disponibles para los niños, obstaculiza la pronta atención. Aún en los casos detectados, si los menores no son canalizados al sitio adecuado, pueden ser diagnosticados de manera errónea y tratados inadecuadamente.

En la Secretaría de Salud, la capacidad instalada para la atención psiquiátrica y psicológica del menor no cubre todas las necesidades. De los 28 hospitales Psiquiátricos sólo 16 unidades cuentan con consulta externa para niños y adolescentes, y en el Distrito Federal los 3 Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAME) y el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) tienen servicio de psicología y paidopsiquiatría. El único hospital público de tercer nivel para población abierta que atiende a menores con trastornos mentales y del comportamiento en hospitalización y consulta externa, es el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el que se realizan alrededor de 4 mil consultas de primera vez, 40 mil consultas

subsecuentes y 130 mil intervenciones terapéuticas (Secretaría de Salud, 2002).

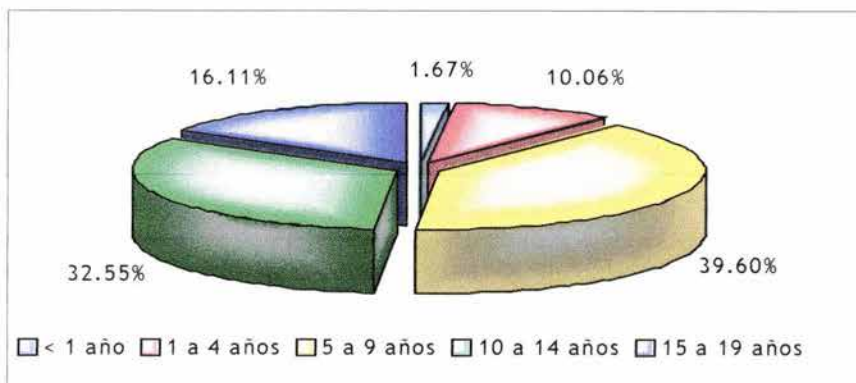
Sin embargo, esta atención resulta insuficiente ya que es precisamente en el Distrito Federal donde se encuentra concentrada la mayor parte de la atención a los menores de 15 años con el 75% de consultas a nivel nacional.

Los datos resultan alarmantes, ya que la población infantil en la República Mexicana se estima en más de 33 millones de niños, de los cuales un 7% entre los 3 y los 12 años de edad se encuentra afectado por uno o más problemas de salud mental que requieren algún tipo de ayuda. Sólo por dar un ejemplo, de acuerdo con datos epidemiológicos de la Secretaría de Salud (2002), se señala una alta prevalencia en trastornos hiperquinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica, retardo mental, además de un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol, y una mayor incidencia en problemas de depresión, intentos suicidas y acciones violentas.

Asimismo, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud en 1998 se otorgaron 154 mil consultas en Hospitales Psiquiátricos, de las que el 62% fueron para niños entre 5 y 14 años de edad. Estas cifras se relacionan con las proporcionadas por el Hospital Psiquiátrico Infantil J. N. Navarro (2002), como se puede ver en la Gráfica 1.

Gráfica 1

## Consulta externa por edad



Fuente: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", SSA, 2002

Como puede observarse, del total de consultas proporcionadas en el 2002, el 39.60% corresponde al grupo entre 5 y 9 años, el 32.55% al grupo de 10 a 14 años, el 16.11% al grupo de 15 a 19 años, el 10.06% al grupo entre 1 y 4 años, y únicamente el 1.67% a menores de 1 año.

Estos datos son relevantes ya que se está hablando de que más del 60% de la población atendida por un problema de salud mental se encuentra en edad escolar, en la cual se desarrollan las bases de una persona sana capaz de integrarse a su medio ambiente.

En cuanto al género, se ha observado que hay un mayor número de varones tanto en las instituciones de salud como en la consulta privada. En 1998, la Secretaría de Salud refirió que se otorgaron 41 mil consultas a varones y 19 mil a las niñas.

De acuerdo con datos del Hospital Psiquiátrico Infantil J. N. Navarro (2002), prevalece una mayor demanda en las consultas proporcionadas a los varones los cuales solicitan el 66.11% de las consultas y el 33.89% restante, representa las consultas otorgadas a las niñas. Esto puede relacionarse con la mayor predisposición de los niños varones a presentar alguna alteración del comportamiento y las emociones como menciona la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995).

Basta con revisar estas cifras para darse cuenta de la necesidad de atender urgentemente a esta parte tan importante de la población, ya que la demanda de algún tipo de ayuda psicológica es elevada y en muchos casos no se cuenta con centros cercanos que brinden este tipo de servicios. Además, los lugares en los que se atienden estas problemáticas, muchas veces están sobre saturados y tienen listas de espera enormes, por lo que no se logra una atención oportuna lo cual repercute aún más en la salud del niño, en su calidad de vida y la de su familia.

Esta necesidad no sólo se ha detectado en México, en el 2003 la OMS, la OPS y la Federación Mundial de Salud Mental como primer paso para dar atención a esta problemática, dedicaron la celebración del Día Mundial de la Salud Mental de ese año al análisis y promoción de la atención de los Trastornos Emocionales y Conductuales de Niños y Adolescentes, en un afán por fortalecer y multiplicar las acciones que

en ese sentido desarrollan los países miembros (Consejo Nacional de las Adicciones, 2003).

Considerando la magnitud de la problemática, es apremiante la creación de programas que incluyan una atención integral a la salud mental del niño y que se orienten a la formación de especialistas capacitados en la atención a esta amplia gama de problemas. Dadas estas necesidades, es importante que especialistas no sólo del área médica, sino en psicología, lleven a cabo un trabajo sistematizado para atender la demanda existente.

El psicólogo y psicoterapeuta infantil juegan un papel fundamental, tanto en el diagnóstico oportuno como en el tratamiento de los problemas emocionales que se expresan como tales y aquellos que se presentan en diversos trastornos en la infancia.

En la actualidad, tanto en México como en otros países, son varias las alternativas psicoterapéuticas aplicables a los trastornos emocionales de los niños, siendo técnicas administradas por personal de salud mental institucional público y privado. Por ejemplo, psicoterapias individuales psicoanalíticamente orientadas, terapias de apoyo, terapias breves y limitadas, terapia centrada en el paciente, terapia familiar, terapia filial, terapia de juego, terapia de grupo, etc. La variedad de alternativas en el tratamiento constituye un importante avance en la atención a los menores, sin embargo ésta debe proporcionarse desde un enfoque integral, considerando el conocimiento del desarrollo humano normal y en forma global.

Sin embargo, aparte de la especialización en Paidopsiquiatría, hasta hace un par de años no se contaba con muchos programas avalados por una institución seria y reconocida, a la formación de profesionales capaces de atender las necesidades de la población infantil. Por lo tanto, se consideró necesario formar profesionales especializados que contaran con las suficientes herramientas para manejar los problemas emocionales del menor incluyendo a su familia. Es por ello que el Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil que es parte de la Maestría en Psicología Profesional de la División de Estudios de Posgrado, intenta formar especialistas en Psicoterapia Infantil con los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para evaluar, diagnosticar y tratar los problemas emocionales y conductuales de los niños.

El programa se encuentra orientado a la profesionalización, con el propósito de desarrollar en los estudiantes habilidades profesionales; muestra de ello es el reporte que describe las habilidades adquiridas dentro de la formación, las cuales se ejemplifican con la exposición de una sesión típica del ejercicio profesional.





2.

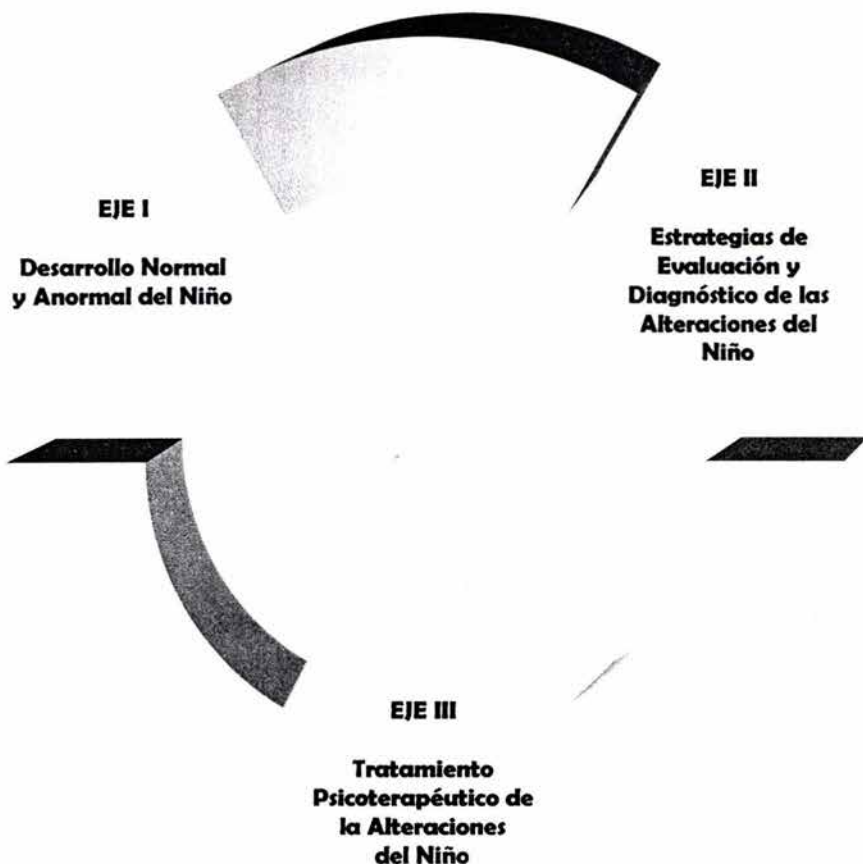
**REPORTE DEL EJERCICIO  
DE LA EXPERIENCIA  
PROFESIONAL**

"Mi padrastro"  
Autor: Raymundo, 7 años

El objetivo del plan de estudios de la Maestría en Psicología Profesional es desarrollar en el estudiante competencias profesionales, que agrupen e integren los conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren en la práctica profesional de la psicología, por lo que se han establecido objetivos específicos que definen el perfil general del egresado (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2002). Para cubrir estos requisitos, el alumno cursa un bloque de materias de tronco común, además de insertarse en un Programa de Residencia.

El programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, plantea como objetivo “formar psicoterapeutas, capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales y los asociados a diferentes trastornos que presentan los niños (0-14 años), empleando los avances más recientes de la psicoterapia infantil, contando para ello con los conocimientos, las competencias profesionales y una actitud ética de excelencia, para evaluar, identificar, solucionar e investigar problemas en la población infantil” (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002).

Para alcanzar este objetivo el programa de Residencia brinda a sus alumnos la oportunidad de asistir a diversos cursos y sesiones clínicas, a lo largo de los cuatro semestres, lo cual le proporciona los elementos teóricos que puede ir aplicando de manera práctica dentro de una sede de entrenamiento. Las habilidades adquiridas en el Programa de Residencia en Psicoterapia infantil, se plantean en tres niveles: la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento. Para cubrir estos aspectos del programa, las actividades desarrolladas estuvieron vinculadas a tres ejes temáticos principales como se muestra a continuación.



Estos ejes se muestran en un diagrama de ciclo continuo, ya que así fue la formación proporcionada por el programa a lo largo de los tres primeros semestres.

El eje I, relacionado con el *desarrollo normal y anormal del niño* proporciona información amplia acerca de las características del niño, desde el nacimiento hasta los 14 años, con la finalidad de detectar aquellas conductas o aspectos que pueden considerarse como anormales o patológicos. De esta forma se logra tener un amplio conocimiento de las características de los problemas emocionales o conductuales que se presentan en los niños.

Para dicha detección se proporcionan diferentes herramientas en el eje II, en el que se revisaron, diversas *estrategias de evaluación y*

*diagnóstico de las alteraciones del niño.* El conocimiento de estas técnicas de evaluación, permite a los residentes realizar un diagnóstico integral de los trastornos que padecen los niños. En este punto, más que proporcionar técnicas de evaluación novedosas proporcionan nuevas herramientas para la integración de los estudios psicológicos que permiten dar además de un diagnóstico, las recomendaciones terapéuticas pertinentes.

Finalmente, en el eje III se revisaron diversas opciones de *tratamiento psicoterapéutico de las alteraciones del niño*, siendo la terapia de juego con un enfoque integrativo, una herramienta básica en esta tarea. Este enfoque integrativo, permite que se revisen aspectos de la teoría psicoanalítica, la psicoterapia gestalt, humanista, conductual, el enfoque sistémico, la terapia breve, los cuales sirven para utilizar una forma de abordaje que se aplique mejor de acuerdo al caso.

Estas actividades se realizaron no solamente desde un enfoque teórico, sino que a lo largo de los cuatro semestres se aplicaron los conocimientos adquiridos en las sedes del Programa de Residencia.

Durante los primeros dos semestres las sedes en las que se participó fueron dos: el Instituto de Comunicación Humana (InCH) "Dr. Andrés Bustamante Gurría" que es parte del Centro Nacional de Rehabilitación y el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", ambos pertenecientes a la Secretaría de Salud.

En estas instituciones se pudieron aplicar los conocimientos adquiridos en el eje I y II, desarrollándose principalmente actividades de evaluación y diagnóstico en los diferentes servicios que se prestan, tanto en el Instituto como en el Hospital.

En el tercer y cuarto semestre, la sede de Residencia fue el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en donde se realizaron actividades de los tres ejes, con énfasis en el tratamiento psicoterapéutico de los niños.

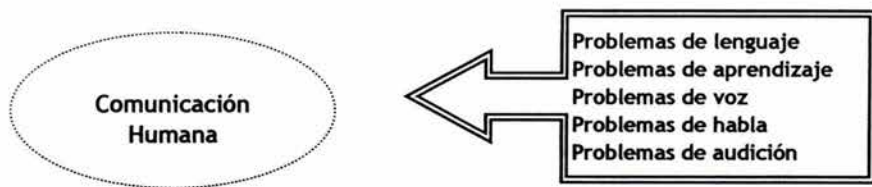
A continuación, se describen las actividades y funciones realizadas en las diferentes sedes de entrenamiento, la modalidad de trabajo, los productos finales y las actividades complementarias.

## ACTIVIDADES EN SEDE

### 1. Instituto de Comunicación Humana “Dr. Andrés Bustamante Gurriá”

El InCH a través de sus diferentes servicios, se encarga de prevenir, detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitar los problemas de comunicación humana; proporciona un tratamiento integral y multidisciplinario al paciente con un problema de comunicación y a sus familiares.

Generalmente, los padres acuden a este instituto cuando, entre otras cosas, el niño no comprende lo que habla, emite los fonemas de manera inadecuada, no usa el lenguaje para comunicarse, es incapaz de verbalizar sentimientos, no capta otros sentidos en frases como chistes o habla con una tonalidad que no corresponde a su verdadero tono. Acuden cuando los maestros refieren que el niño es lento para aprender, que no pone atención en clase o cuando tienen malas calificaciones. El InCH cuenta con un equipo multi e interdisciplinario, para atender los problemas de comunicación humana que se muestran en el siguiente esquema.



El área asistencial está organizada para brindar atención en tres aspectos: diagnóstico médico, auxiliar de diagnóstico y tratamiento, y paramédica. Como residentes de este instituto, pertenecíamos al área de auxiliar de diagnóstico, pues el departamento de psicología se incluye en esta área.

La función principal como psicólogos residentes consistió en la realización de estudios psicológicos (relacionados con el eje I y II) con fines de apoyo diagnóstico, para lo cual se utilizaban pruebas

psicométricas, proyectivas y el juego mismo. En estos estudios se abarcaban tres grandes áreas:

- a. Área intelectual
- b. Área perceptomotora
- c. Área emocional

La diversidad de estudios y formas de evaluación permitieron observar que un aspecto puede contribuir más que otro al tratar la conducta, pero no en todos los casos. De ahí la importancia de evaluar a los niños en diferentes áreas, enfocándolos desde una amplia perspectiva, para poder abarcar todos los elementos que se presentan en la situación de evaluación, dando un diagnóstico adecuado y aún más importante, proporcionando sugerencias de intervención en concordancia con los problemas reales del niño.

De esta manera no sólo se tomaron en cuenta aspectos de la psicopatología, sino que se amplió la perspectiva estudiando la historia personal del niño, la historia familiar y los factores ambientales. Esto permitió delimitar si el problema que presentaba el niño era una condición debida al desarrollo, producto de un establecimiento inadecuado en las relaciones familiares, un proceso "normal" de duelo, una alteración emocional, entre otros aspectos.

## ***2. Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"***

El Hospital Psiquiátrico Infantil, desde su creación hasta la fecha trabaja sobre un marco teórico sólido desde un punto de vista multidisciplinario dando solución a los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y en la adolescencia. En el hospital se toman en cuenta varios aspectos, como el padecimiento, el grado de desarrollo intelectual y emocional del paciente, además de la estructura familiar o núcleo de procedencia, con lo que se proporciona una atención digna, integral e individualizada a cada paciente (Del Valle, 2002).

Las diversas clínicas del Hospital están coordinadas en su mayoría por médicos, mientras que el psicólogo es considerado como un auxiliar diagnóstico, aunque éste participa activamente en el tratamiento de las alteraciones mentales y del comportamiento.

Durante la estancia como residente en este hospital, estuve asignada en el Servicio de Psicología, rotando por la Clínica de la conducta, la de las emociones y el área de psicomotricidad; las actividades realizadas se enfocaron a la observación y al psicodiagnóstico, relacionados con el eje I y II del programa; los estudios solicitados dependían de la clínica y del problema detectado por el psiquiatra; dichos estudios podían ser:

- a. Estudios psicométricos
- b. Estudios proyectivos
- c. Estudios psicológicos completos

Entre los principales trastornos atendidos en el hospital, se encuentran el trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos del humor, trastorno de conducta disocial, trastorno desafiante oposicionista y el déficit de atención con o sin hiperactividad, los cuales tienen efectos no sólo en el niño, sino en el ámbito familiar, escolar y social.

De acuerdo a la experiencia adquirida en el trato con los niños y sus padres, resultó evidente que para la mejor comprensión de las personas y la conducta desadaptativa (y más aún en niños en constante desarrollo) se deben de tomar en cuenta dos aspectos primordiales:

- Los *factores individuales*: que abarcan desde aspectos biológicos y psicológicos, hasta el nivel socioeconómico.
- El *ambiente social*: formado por los eventos de la vida cotidiana, los eventos estresantes, el apoyo social y los factores culturales.

En la práctica fue evidente la forma en que los resultados de las diferentes pruebas psicológicas, ya fueran proyectivas o psicométricas, se relacionaban entre sí. Por ejemplo, el tipo de pensamiento se relaciona con la forma de expresar las emociones; asimismo, los problemas perceptuales tienen una fuerte relación con los problemas de aprendizaje y éstos a su vez pueden producir efectos emocionales en los niños como la depresión; sin más, la forma en que los niños ven el mundo y la reacción de su entorno social (principalmente la familia) puede ayudarlos a superar los problemas o a limitar sus propios recursos para la solución de éstos.

### ***3. Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal***

El Albergue se encuentra adscrito a la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Dicho Albergue cumple con la función social de salvaguardar a los menores que se encuentren en calidad de víctimas en tanto se resuelve la situación jurídica que originó su ingreso. Otorga asistencia y protección social, brindando atención integral, humana, empática y profesional a niños y niñas menores de 12 años, que se encuentran en situación de abandono, conflicto, daño o peligro, relacionados con averiguaciones previas y procesos penales, familiares y civiles, canalizados a través de la Fiscalía para menores, procurando en todas las acciones preservar sus derechos.

Cuenta con diversas áreas para la atención integral de los menores (lactantes, maternas, preescolares y escolares), entre las cuales se encuentra la subdirección de psicología que tiene como objetivo ofrecer apoyo a los niños que presentan problemas emocionales y conductuales, derivados del motivo de ingreso, además de cuidar y estimular su adecuado desarrollo psicoemocional.

Como residente en esta sede, la función principal fue proporcionar apoyo psicoterapéutico (relacionado con el eje III) a los menores que se encuentran acogidos en esta institución; las funciones específicas del residente fueron:

- a. Realizar valoraciones psicológicas a niños que se reciben en el Albergue Temporal y en el caso de que muestren “inadaptación”, dar seguimiento al caso a fin de lograr su rehabilitación.
- b. Diseñar y programar terapias de apoyo para los menores que presenten algún problema de índole emocional o conductual, con el propósito de alcanzar su rehabilitación o disminuir el sufrimiento psicológico durante su estancia en el Albergue Temporal.
- c. Proporcionar apoyo psicológico a los niños en caso de crisis.

Como se mencionó anteriormente, se tuvo una participación más directa en la intervención psicoterapéutica requerida para el manejo de la problemática emocional y conductual de los niños, quienes generalmente presentan características relacionadas con el maltrato infantil (físico, negligencia, abuso sexual, etc.) y los conflictos

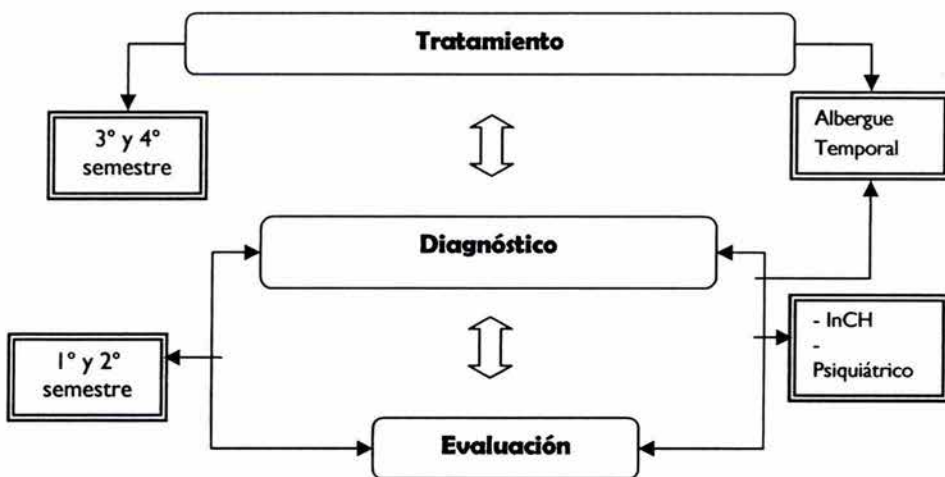


familiares (como el divorcio y la guardia y custodia). La atención brindada varió en función de las necesidades del niño y la institución, proporcionándose tres tipos diferentes de psicoterapia:

- a. Terapia de juego individual
- b. Terapia de juego grupal
- c. Terapia de juego con familiares

Para el trabajo con cada niño canalizado, se definieron las opciones de tratamiento existentes considerando sus características personales, la gravedad del caso y el motivo de ingreso. Con estos parámetros se elaboraba un plan de tratamiento, el cual podía modificarse dependiendo del avance en las sesiones o las limitaciones existentes (como el egreso de los niños). Asimismo, se elaboraron estrategias de seguimiento para los pacientes atendidos, en los casos en los que esto fue posible.

En resumen, las habilidades adquiridas se desarrollaron de manera continua en los tres aspectos primordiales ya mencionados, en tres diferentes sedes de entrenamiento y con las actividades teóricas de la residencia como se puede ver en el siguiente diagrama.



## MODALIDAD DE TRABAJO

Parte esencial de la formación del Psicoterapeuta Infantil, es la modalidad de *prácticas clínicas supervisadas individual y grupalmente*, las cuales se llevaron a cabo con el apoyo de los tutores acreditados tanto en la facultad como en las sedes de entrenamiento.

Esta modalidad de trabajo permitió estudiar los diferentes casos atendidos no sólo desde la propia perspectiva, pues al contar con la opinión de los demás residentes y el apoyo teórico del profesor, se aportaron datos fundamentales para el análisis del caso, ya fuera este únicamente de evaluación o de tratamiento. Dicha forma de trabajo se enriqueció con las diferentes teorías y enfoques revisados a lo largo de la formación, pues en el ejercicio profesional realizado se pudo observar cómo se integran las partes de un todo, que en este caso se refieren a un "todo como persona", a un "niño" muchas veces dentro de un mundo de adultos, donde pareciera no tener espacio. De ahí la importancia de concluir que en la psicoterapia, los niños necesitan tener un lugar propio en donde puedan ser libres para expresar las situaciones que los perturban o molestan a otros, lo que dificulta su desarrollo total y pleno.

Además de las actividades en sede y la supervisión, durante el tercer y cuarto semestre se realizaron diversas intervenciones psicoterapéuticas en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, utilizando para ello la Cámara de Gesell; dichos procesos de terapia fueron observados por los residentes de semestres inferiores y supervisados por profesores de la residencia.

Otro aspecto de la modalidad de trabajo se relaciona con las habilidades de trabajo en equipo y supervisión; en tercer semestre se nos asignaron de uno a dos residentes, con los cuales se realizaron prácticas clínicas supervisadas y asesoradas, siendo el residente de 3° o 4° quien supervisaba el trabajo hecho por el residente de 1° o 2°. De esta manera, se fueron incluyendo en actividades de evaluación y más adelante de psicoterapia.

Estas actividades me permitieron desarrollar algunas habilidades para transmitir los conocimientos adquiridos sobre el diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales y conductuales que se presentan en los niños.

## PRODUCTOS FINALES

La formación práctica de la Residencia en Psicoterapia Infantil en sedes de entrenamiento, permite a los alumnos adquirir una serie de habilidades profesionales, por lo que el egresado cuenta con los conocimientos necesarios para detectar los problemas emocionales de los niños, siendo capaces de seleccionar, aplicar e interpretar las pruebas psicométricas y proyectivas, así como el juego, para realizar un diagnóstico preciso y adecuado del problema. Con estas habilidades, se es capaz de realizar intervenciones psicoterapéuticas con distintas modalidades y técnicas de la terapia de juego.

De esta forma, se lograron atender alrededor de 42 pacientes en las distintas sedes, con diversas problemáticas, a través de diversos procedimientos de evaluación y mediante diferentes aproximaciones terapéuticas basadas en la técnica de la terapia de juego, completando con ello, las **1656** horas de práctica supervisada requeridas por el programa de Residencia.

Además de incrementar las habilidades y herramientas para la evaluación, diagnóstico e intervención, los egresados contamos con los conocimientos necesarios para realizar proyectos de investigación aplicada en el área de la evaluación y la psicoterapia infantil, basándonos en el estudio de la conducta humana y su relación con los problemas trastornos de los niños, intentando de alguna manera dar solución a problemas conceptuales y metodológicos, a partir de los conocimientos en metodología de la investigación, adquiridos por las materias cursadas en el tronco común (Métodos de Investigación Aplicada I y II, y Medición y Evaluación I y II).

Como ejemplo, durante el segundo semestre de la formación se desarrolló un instrumento de evaluación con el fin de atender una de las necesidades del Instituto de Comunicación Humana; dicho instrumento fue construido para evaluar los *estilos de afrontamiento* de las madres con hijos con problemas de comunicación, pues se percibió la necesidad de crear alternativas que pudieran ser implementadas para ayudar a estas personas a conocer y enfrentar de manera positiva el problema del niño, lo cual se esperaba redundaría en un beneficio no sólo para la madre, sino en el menor y en el progreso de la terapia de comunicación. Aunque se logró obtener un instrumento que midiera de manera confiable y válida los estilos de

afrontamiento, no se pudo continuar con el proyecto dado que hubo un cambio de sede de entrenamiento.

El desarrollo de investigación aplicada continuó en el tercer semestre, dentro del Albergue Temporal, pues cada uno de los residentes propuso diferentes proyectos que se llevaron a cabo en beneficio de la población de los niños del Albergue, sus familiares y el personal de la institución.

Resumiendo, puede decirse que las habilidades reforzadas y adquiridas en el Programa de Maestría con Residencia en Psicoterapia Infantil son cinco:

1. Evaluación: mediante diferentes técnicas el egresado es capaz de describir, cuantitativa y cualitativamente, los factores derivados de una mala adaptación del niño y/o algún tipo de trastorno, llegando de esta forma a un diagnóstico.
2. Intervención psicoterapéutica: implica la identificación de los objetivos del tratamiento a partir de la evaluación realizada; se relacionan también con el planteamiento de programas de intervención, su aplicación y supervisión, así como la adaptación del programa a las necesidades existentes y la evaluación de su eficacia.
3. Asesoría: relacionada con las indicaciones o retroalimentación proporcionadas a los pacientes, sus familiares, instituciones (educativas, de salud, de protección al menor, judiciales, etc.) y otros profesionales relacionados con el niño (profesores, médicos, psiquiatras, abogados, jueces, entre otros).
4. Investigación: referida principalmente a la selección y diseño de líneas de investigación en el área de la Psicoterapia Infantil, lo cual implica desde la revisión de literatura, la participación en el diseño, conducción y supervisión de las investigaciones, hasta el análisis, evaluación y publicación o divulgación de resultados, tanto en revistas como congresos de nivel nacional e internacional.
5. Docencia y supervisión: relacionadas con la planificación, diseño e impartición de cursos, seminarios, talleres y conferencias, en el área de especialidad.

Hay que señalar que el egresado realiza estas actividades atendiendo a las necesidades del niño y a las problemáticas sociales actuales, considerando los aspectos éticos relacionados con su práctica.

## ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Adicionalmente a las modalidades didácticas mencionadas, los residentes asistimos a diversas actividades científicas, como congresos, cursos, talleres y conferencias, programados tanto por las instituciones sede, como por otras instancias nacionales e internacionales, lo cual además de permitir ampliar los conocimientos profesionales, fue fundamental para dar a conocer los resultados de los trabajos realizados a lo largo de la formación.

Los eventos en los que se participó, como asistente y ponente, presentando trabajos relacionados con los avances de la residencia, así como derivados del proyecto de investigación del cual se formó parte, fueron:

- 5° Congreso Mexicano de Psicología Criminológica, realizado en la Ciudad de Apizaco, Tlaxcala, del 17 al 19 de octubre de 2002.
- X Congreso Mexicano de Psicología, de la Sociedad Mexicana de Psicología, realizado en Acapulco, Guerrero, del 23 al 25 octubre de 2002.
- 4° Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica realizado en la Ciudad de Lima, Perú, 11 y 12 de julio de 2003.
- XXIX Congreso Interamericano de Psicología, realizado en la Ciudad de Lima, Perú, del 13 al 18 de julio de 2003.
- XI Congreso Mexicano de Psicología, de la Sociedad Mexicana de Psicología, realizado en la Ciudad de Campeche, Campeche, del 22 al 24 de octubre de 2003.

En cuanto a la participación en actividades de docencia y apoyo a la coordinación de la residencia, se elaboró y aplicó un programa de inducción a la sede del Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; en este programa se incluyó un panorama general de las problemáticas tratadas dentro de éste. Los temas comprendidos son: el delito y los niños y/o sus familias como víctimas, las funciones y actividades desarrolladas en el Albergue, además de una revisión acerca del maltrato infantil. Este programa se dio a las residentes de primer semestre que ingresaban al Albergue.

En el siguiente capítulo se expone una sesión típica del ejercicio profesional que ejemplifica las competencias profesionales adquiridas.



3.

## SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Parte I:  
El Maltrato Infantil

Parte II:  
Estrategia de Intervención: “La Psicoterapia  
en las Convivencias Familiares  
dentro del Acogimiento Residencial”

“Autorretrato I”  
Autor: Adriana, 9 años

## **PARTE I**

### **El Maltrato Infantil**

#### **1. Antecedentes**

En la actualidad, el maltrato infantil se ha convertido en un conflicto que es estudiado por diferentes disciplinas, ya que se ha observado que no se presenta en forma aislada, sino que implica una variedad de factores biopsicosociales (Santana y Sánchez, 1998). Se han realizado investigaciones diversas referidas a las causas y consecuencias del maltrato en los niños, los diferentes tipos de maltrato, la evaluación y el diagnóstico, los factores desencadenantes o predisponentes, la sintomatología asociada, los tratamientos más adecuados, los efectos a corto y largo plazo, los factores de protección, los agresores y su relación con la víctima, entre muchos otros.

Entre las investigaciones actuales, se ha encontrado que el reconocimiento de emociones es un tema difícil de abordar en los niños víctimas de maltrato ya que desde muy temprana edad son expuestos a experiencias emocionales complejas; en este sentido, Pollak, Cicchetti, Hornung y Reed (2000) y Pollak y Sinha (2002) encontraron que el reconocimiento de emociones es variable de acuerdo a dos factores principales, el tipo de maltrato y la severidad de las experiencias a los que han sido sometidos.

Con frecuencia, uno de los síntomas asociados al maltrato infantil es la depresión, presentándose en casos graves la ideación suicida. Finzi, Ram, Shnit, Har-Even, Tyano y Weizman (2001), argumentan que estos síntomas son más comunes y de mayor gravedad en los niños que han sido sometidos a maltrato físico, que en los que han sido víctimas de negligencia o que no han sido víctimas de maltrato.

Otro de los problemas que enfrentan los niños sometidos a maltrato se relaciona con la diferenciación de conductas socialmente aceptables y las violaciones morales, así como el contenido afectivo asociados a éstas. Smetana, Toth, Cicchetti, Bruce, Kane y Daddis (1999), no encontraron diferencias significativas entre niños maltratados y no maltratados, al evaluar su concepto de violaciones morales, ya que ambos grupos las señalaron como “incorrectas”, relacionándolas con la ausencia de reglas y calificándolas como

meritorias de castigo; la mayor diferencia se encontró en la forma en que los niños organizan sus respuestas emocionales a estas conductas, mostrando que los niños maltratados tienen mayores dificultades de lidiar con este tipo de situaciones.

En este sentido Kinard (1999 y 2002), señala que los niños que han sido sometidos a algún tipo de maltrato, suelen ser menos eficientes en las actividades sociales. El autor concluye que la desventaja psicosocial puede reducir las oportunidades de estos niños para participar en actividades sociales, lo cual se relaciona directamente con el aislamiento y la dificultad para pertenecer a un grupo de pares.

Un trastorno asociado con la existencia del abuso sexual infantil es el trastorno por estrés postraumático (Dubner y Motta, 1999). Los autores reportan que aunque no todos los niños llegan a desarrollar este trastorno, si se presenta en muchos de los casos, demostrando además que los preadolescentes tienen características más acentuadas y severas de este trastorno, que los niños más pequeños, por lo que proponen que este desorden puede ser una consecuencia a mediano o largo plazo.

En relación con ello, Palmer, Farrar y Ghahary (2002) señalan que el maltrato infantil tiene varios grados de impacto a lo largo del espectro de desarrollo. Especifican que las consecuencias pueden variar tomando en cuenta diversos factores: el tipo del abuso, la relación con el agresor, el nivel de violencia utilizado, la edad y la cronicidad.

Debido a esta compleja red factores, el tratamiento y la evaluación no pueden ser lineales, y requieren modelos multifactoriales, directivos y dinámicos. El juego proporciona al niño una forma natural que ayuda al crecimiento y desarrollo cognitivo, social y físico. Es por ello que las autoras proponen el uso de la terapia de juego como una herramienta útil en el tratamiento de los niños que han sufrido maltrato infantil (Palmer y cols., 2002).

Por otro lado, hay estudios que apoyan la idea de que los niños víctimas de maltrato pueden permanecer en su hogar después de considerar diversos factores o bien es mejor para ellos ser internados en una institución de acogimiento definitivo, que les brinde los cuidados y atención que requieren. En este sentido, Davidson-Arad,



Englechin-Segal y Wozner (2003) realizaron un estudio en el que se evaluó la calidad de vida de tres grupos: niños que habían decidido dejar en sus hogares, niños que habían sido llevados a centros de acogimiento y niños quienes a pesar de la decisión de sacarlos de su casa, permanecieron ahí. Las investigadoras hicieron dos mediciones, la primera en el momento de tomar la decisión y la segunda después de seis meses. A pesar de que no hubo diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida en las primeras mediciones entre los tres grupos, encontraron que los niños que habían sido retirados de sus hogares habían incrementado su calidad de vida. Estos resultados sugieren que los niños en constante riesgo pueden estar mejor en hogares alternos que en su propia casa y enfatizan la importancia de las decisiones que se pueden tomar respecto al niño.

Rushton, Mayes, Dance y Quinton (2003) estudiaron a niños que fueron dados en adopción o colocados en hogares sustitutos; uno de los problemas que encontraron fue que si bien el 73% de los niños estudiados (de un total de 61) habían logrado establecer un vínculo de apego con uno o ambos padres durante el primer año de su convivencia, el resto mostró diversos problemas de conducta, dificultades para expresar sus sentimientos, además de problemas de comunicación e interacción con sus “nuevos” padres. De igual forma, estos padres tendían a encontrar difícil relacionarse con ellos de manera cálida y responsiva. Estudios como éste apoyan la idea de que a los padres (naturales o adoptivos) o familiares alternos, se les debe proporcionar un apoyo terapéutico que les dé herramientas básicas para la interacción y convivencia con un niño, quien pierde el contacto cotidiano con un adulto responsable por una situación de maltrato.

Los niños colocados en acogimiento residencial generalmente han vivido situaciones problemáticas con sus cuidadores y en muchas ocasiones han experimentado el maltrato, como proponen Dozier, Albus, Fisher y Sepúlveda (2002). Es por ello que estos autores realizaron intervenciones terapéuticas con los posibles padres sustitutos; estas intervenciones se centran en el aprendizaje de la regulación emocional y conductual, en el cuidado responsable y en brindar a los niños un soporte emocional adecuado. Los autores concluyen que este tipo de intervenciones pueden ser de utilidad para que los padres ayuden a corregir de manera parcial las deficiencias sobre todo de confianza y seguridad, que tienen los niños desde edad

temprana. Asimismo, subrayan la importancia de un cuidado no amenazante, el cual es esencial para un desarrollo normal.

A pesar de que el fenómeno del maltrato infantil ha sido ampliamente estudiado, en la actualidad se carece de investigación empírica realizada en nuestro país; si bien Loredó (2004) ha compilado una serie de datos acerca del maltrato infantil en México, no existe suficiente información que respalde la efectividad del tratamiento de los menores víctimas de maltrato, respondiendo no sólo a la necesidad apremiante de los niños y las secuelas psicológicas del maltrato, sino que atienda a las necesidades de las instituciones que brindan ayuda a los niños en situación de peligro o desamparo por una situación de violencia.

## **2. Definición y Clasificación de los Malos Tratos a los Niños**

La definición de maltrato a los niños implica una valoración social en relación a lo que es considerado peligroso y/o inadecuado para el menor, existiendo una falta de consenso social respecto a lo que constituyen las formas de crianza contempladas como peligrosas e inaceptables (Arrubarrena y De Paúl, 1998).

La definición propuesta por Díaz (1997) parece abarcar tanto la diversidad de áreas de estudio como la amplia tipología del maltrato infantil, considerando a este como *“la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psicológico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”* (p.10).

En México, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos” (citado en Santana y Sánchez, 1998).

Por otro lado, las tipologías de maltrato infantil se han organizado en torno a dos grandes dimensiones: activo-pasivo y físico-emocional. El maltrato activo implica una acción, física o psicológica, por parte de

un tercero que provoca un daño al menor. Por su parte, el maltrato pasivo se refiere a la omisión de acciones necesarias para el bienestar del menor (Arrubarrena y De Paúl, 1998).

Dado que el maltrato del menor es un fenómeno sumamente complejo, la clasificación basada en estas dos dimensiones ha resultado insuficiente por lo que autores como López y cols. (1995) y Palacios y cols. (1995), han propuesto categorías más amplias para clasificar los malos tratos al menor, entre éstos se cuentan: el abandono emocional, el abuso sexual, la corrupción de menores, la explotación laboral, el maltrato emocional, el maltrato físico, el maltrato institucional, el maltrato prenatal, la mendicidad, la negligencia, el retraso no orgánico en el desarrollo, el ritualismo y el Síndrome de Münchhausen por poderes (citados en Simón, López y Linaza, 2000).

A continuación se explican algunos de estos tipos de maltrato<sup>1</sup>, ya que aunque la clasificación actual es más amplia, se exponen los más frecuentes dentro de la práctica clínica que incluso corresponden a los datos epidemiológicos que se reportan más adelante.

El **abandono físico o negligencia** se considera toda situación en la que las necesidades físicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo con el que convive el niño. Estas necesidades básicas se refieren a la alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, supervisión y vigilancia, seguridad en el hogar y aspectos educativos.

El **maltrato físico** es cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño, o le coloque en grave riesgo de padecerlos.

El **abuso sexual infantil** es todo contacto o interacción entre un menor y un adulto, en la que el niño es utilizado para la obtención de estimulación sexual por parte del adulto o de otras personas. Puede llevarse a cabo por personas menores de 18 años cuando éstas son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de

---

<sup>1</sup> Basado en Simón, R. C.; López, T. J. y Linaza, I. J. (2000). Maltrato y desarrollo infantil. España: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

control o poder sobre la misma. Se incluyen los tocamientos intencionados de zonas de naturaleza sexual con o sin agresión, además de la utilización de menores en la pornografía, prostitución exhibicionismo, masturbación en presencia del menor, así como solicitudes “indecentes”.

Existe una diversidad de términos que se han utilizado para hacer referencia al **maltrato psicológico**. Para tratar de cubrir las características de este tipo de maltrato podemos hablar de tres subtipos:

- a. **Maltrato emocional:** se trata de hostilidad verbal o crónica en forma de castigo, crítica, culpabilización, insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono , etc., por parte del adulto del grupo familiar o responsable del cuidado del menor.
- b. **Abandono emocional:** se refiere a la ausencia de respuestas de parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño (como el llanto o la sonrisa), así como el bloqueo de las iniciativas de interacción (desde la evitación hasta el encierro).
- c. **Negligencia en el cuidado psico-afectivo:** se consideran dos aspectos, la ausencia parcial y las respuestas incongruentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño, lo que provoca un descuido de las necesidades de apoyo, protección y estimulación.

Finalmente la **explotación laboral**, se considera aquella situación en la que para la obtención de un beneficio económico se asigna al menor, con carácter obligatorio, la realización de trabajos que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, e interfieren claramente en las actividades y necesidades escolares del niño.

### **3. Etiología y Factores de Riesgo**

Existen diversos modelos y teorías que intentan explicar el origen del maltrato a los niños; Freud lo relacionó con los instintos innatos del hombre, sexo y agresión, principalmente con la falta de fusión entre las necesidades agresivas y eróticas del niño por un déficit en el desarrollo emocional debido a la ausencia de objetos amorosos o el rompimiento de los lazos emocionales. Klein por su parte relaciona al maltrato infantil con la posición esquizo-paranoide, en donde el padre o la madre no logran resolver esta fase satisfactoriamente y cuando las exigencias de sus hijos los ponen molestos, éstos tienden a

experimentar sentimientos en contra de sí mismos, incluso de odio y se identifican intensamente con el niño; para liberarse de estos sentimientos, los proyectan y localizan en éste y para ahuyentarlos abusan físicamente de él (citado en Garralda, 1980).

Las teorías conductistas o de aprendizaje social han propuesto que el haber tenido o tener modelos agresivos contribuye a que se recurra a la agresión contra los niños (Garralda, 1980).

En la actualidad, además de considerar estas teorías para explicar el maltrato hacia los niños, se deben analizar ciertos factores que pueden ser causas desencadenantes o condicionantes para que un niño pueda ser maltratado (Franco, 2003). Entre estos factores se encuentra el patrón cultural; desde el principio de la humanidad se han descrito crueles formas de agresión a los niños como infanticidios en masa, sacrificios rituales y medidas correctivas ejemplares, situaciones que han provocado víctimas inocentes. En México, aún se recurre a los golpes, por creer que los hijos son una propiedad y que por ello se puede abusar de ellos, además son considerados como útiles para el trabajo por lo que en ocasiones, a edad temprana son involucrados en una tarea laboral, limitando su participación en otras actividades propias de su edad, como la asistencia a la escuela.

Por otro lado, el bajo nivel educativo del agresor puede llevar a maltratar a su propio infante por la potestad absoluta que creen tener sobre ellos y por no medir las consecuencias del maltrato, sin que pueda admitirse la atenuante de ignorancia en la que ellos se apoyan, al igual de aquellos individuos con nivel de educación superior que además de lo anterior incluso abusan emocional y sexualmente de sus propios hijos.

Asimismo, los niños portadores de enfermedades crónicas, mentales, invalidantes o malformativas que necesitan de medicamentos, atención y cuidados especiales, que requieren muchos cuidados y generan un gran gasto económico, son muy susceptibles a sufrir maltrato; su situación hace que sean descuidados, incluso abandonados a su propia suerte y en muchos casos son utilizados con fines de lucro o mendicidad.

Loredo (2004) reporta que en México se han detectado dos grupos en riesgo de ser víctimas de maltrato:

- Niños sanos con problemática sociocultural: no planeados y/o no deseados, productos de embarazo adolescente o violación, hijos de madres reclusas, huérfanos de madre desde el nacimiento, aquellos que conviven con padrastro o madrastra, etc.
- Niños con enfermedad: con malformaciones congénitas, con daño neurológico, enfermedad crónica, con trastorno por déficit en la atención con hiperactividad, etc.

Por otro lado, se sabe que la familia es un escenario de socialización primaria especialmente importante por su relevancia, significación y provisión de apoyo. Es en su seno, en donde cobran especial significación los principales factores de riesgo y de protección para el maltrato (Arrubarrena y De Paúl, 1998). Dada esta consideración, Simón y cols. (2000) proponen una serie de factores de riesgo que deben ser considerados en el estudio del maltrato infantil.

**Factores de Riesgo asociados al Tipo de Maltrato**

Factores de Riesgo	Maltrato físico	Abandono o Negligencia	Abuso sexual	Maltrato psicológico
Alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres.	X	X	X	
Problemas de salud mental de alguno de los padres.	X			X
Ausencia de uno de los padres en el hogar.	X	X		X
Incapacidad para mantener una relación educativa adecuada.	X			X
Historia parental de malos tratos.	X			
Falta de redes de apoyo social.	X	X		
Graves problemas de apoyo material en la familia.		X		
Problemas de violencia entre los progenitores.	X	X		X
Conflictos en la relación de pareja.			X	X
Progenitores con historial sexual o emocional traumático.			X	
Aislamiento social.			X	
Madre no protectora.			X	
Progenitores que no dedican tiempo a sus hijos.				X
Actitudes de devaluación o rechazo hacia la infancia.				X

Estos factores de riesgo, se refieren a aquellos padres que tienen una dificultad *potencial* en cuanto a su labor y en algún modo serán negligentes o violentos respecto a sus hijos. Es por ello que la atención a nivel preventivo resulta sumamente importante, ya que se

puede incidir en el problema si se trabaja con las capacidades parentales, pues muchos de estos padres manifiestan no tener aptitudes para tratar a sus hijos (Kempe y Kempe, 1996).

A pesar de los esfuerzos por encargarse de este problema en un primer nivel de atención, cada año aumentan los reportes acerca de casos relacionados con la violencia familiar, incluyendo aquellos en los que algún niño está implicado.

#### **4. Epidemiología**

Fernández, Vargas, Dickinson, González, Palomeque y Sánchez (2002) refieren que la OMS y el Banco Mundial estiman que los actos de violencia constituyen el 15% de la carga mundial de enfermedad, pero no existen indicadores adecuados para medir su impacto real. América Latina y el Caribe se consideran las zonas más violentas del mundo con una tasa regional de violencia de aproximadamente 20 homicidios por cada 100 mil habitantes. La morbilidad y la mortalidad ocasionada por la violencia afecta los sistemas de salud, aumentando la demanda de servicios, saturándolos con atención a las heridas o golpes, rehabilitación física, atención psicológica, recuperación de las capacidades productivas y adaptación a las nuevas limitaciones orgánicas.

La Secretaría de Salud (2003) afirma que el maltrato infantil es un problema médico-social que requiere de la participación urgente de toda la sociedad, pues de acuerdo con diversos estudios, el 85% de los niños que han sido maltratados tienden a ser agresores cuando son padres de familia. Señala que desde 1999 la OMS considera el maltrato infantil como un problema de salud pública por ocasionar en muchos de los casos la muerte del menor, la disfunción de alguna estructura de su cuerpo o un daño psicológico permanente. De acuerdo con estadísticas internacionales, a pesar de que 10% de la población infantil es víctima de diferentes formas de maltrato, sólo 1% es diagnosticado y, en el mejor de los casos, atendido correctamente. La Secretaría enfatiza la importancia de establecer un diagnóstico oportuno de estos menores y brindarles una atención integral en la que se incluya no sólo el aspecto médico o quirúrgico, sino el psicológico, para que en un futuro no tengan un comportamiento agresivo como el que padecieron en su infancia.

Como señalan Fernández y cols. (2002) la forma más frecuente de violencia se manifiesta en el ámbito familiar, y ésta se constituye en la epidemia social más importante del presente siglo. La probabilidad de que un niño sea maltratado es muy alta; el maltrato físico se observa más en niños menores de cuatro años, en tanto que el abuso sexual puede ocurrir en todas las edades, siendo más frecuente entre los seis y los diez años, con mayor prevalencia en mujeres, aunque las cifras en varones van en ascenso. Se ha identificado que quienes más maltratan a los menores son las madres, principalmente en las áreas urbanas, mientras que en las suburbanas son los padres; además se expuso que el abuso sexual se da principalmente por parte del padrastro, el abuelo, el padre o el hermano (Secretaría de Salud, 2003).

De acuerdo con un estudio de la UNICEF, en México cerca de mil niños mueren cada año a causa del maltrato físico y el abandono de sus padres. Esta organización destacó entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), a México por ser junto con Estados Unidos, de las naciones con mayores índice de violencia infantil, siendo entre 10 y 15 veces mayores las cifras de violencia contra los menores (Del Valle, 2003).

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) reveló en el 2002 que siete de cada diez casos de agresión sexual contra niñas y niños es cometido por algún miembro de la familia, asegurando que las niñas son más agredidas por los tíos, los primos, los padres, los padrastros y, los niños son más agredidos por los primos, los tíos, los abuelos.

En este sentido y de acuerdo con Herrera (2003), en los primeros siete meses de ese año la PGJDF tomó conocimiento de más de mil casos por abuso sexual, de los cuales casi 50% fueron en contra de niños y niñas.

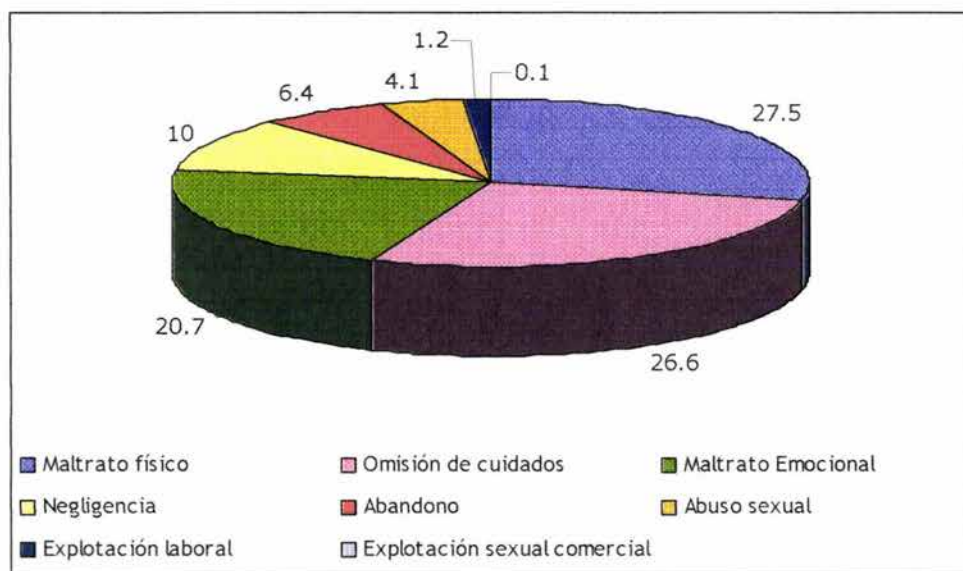
Los datos reportados por el Instituto Nacional de Información y Estadística (INEGI, 2004) son interesantes, ya que del total de denuncias recibidas por maltrato infantil en instituciones como el DIF, se comprueban alrededor del 60% de los casos. Sin embargo, en cuanto a los casos denunciados ante el Ministerio Público sólo se comprueban el 21% de éstos.



En cuanto al tipo de maltrato, el INEGI (2004) proporciona diferentes cifras; sin embargo son preliminares ya que no se cuenta con los datos completos de todos los estados. Además para su interpretación, debe tomarse en cuenta que la suma de los datos es inferior al 100%, ya que hubo entidades en las que no se logra especificar el tipo de maltrato al que fueron sometidos los niños, principalmente por la dificultad para definir cada una de las formas de maltrato.

Gráfica 1

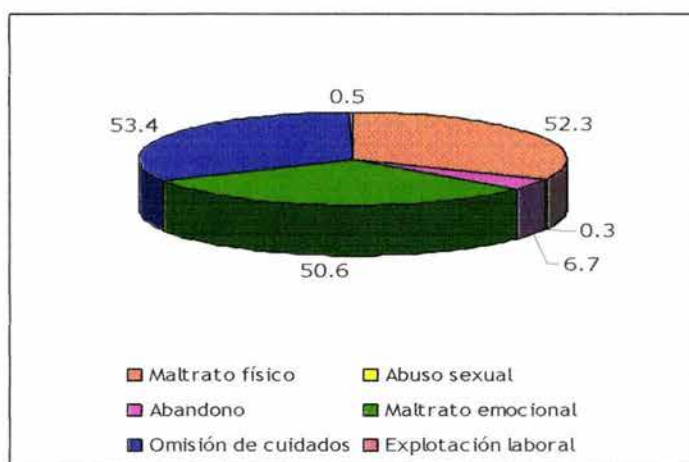
### Porcentaje de menores atendidos considerando el tipo de maltrato en el 2001



Fuente: INEGI (2004)

Como puede observarse en la Gráfica 1 el maltrato físico es el más frecuente (27.5%), seguido de la omisión de cuidados (26.6%), el maltrato emocional (20.7%), la negligencia (10%); el abandono, abuso sexual, explotación laboral y explotación sexual comercial alcanzan casi el 12% en conjunto. A continuación se muestran los datos del Distrito Federal, correspondientes al primer semestre del 2001.

Gráfica 2

**Porcentaje de menores atendidos en el Distrito Federal**

Fuente: INEGI (2004)

En la Gráfica 2 se aprecia que los datos proporcionados suman más del 100% ya que en muchos de los casos se reportaron dos o más formas de maltrato, siendo más frecuentes la omisión de cuidados (53.4%), el maltrato físico (52.3%) y el emocional (50.6%); el abandono se reportó en el 6.7% de los casos, la explotación laboral el 0.5% de los casos y el abuso sexual alcanza el 0.3%.

Como señala Knutson (1995), los datos epidemiológicos sobre el maltrato infantil pueden variar en función de las definiciones adoptadas por los investigadores y de las fuentes utilizadas, ya que puede hablarse de maltrato físico, maltrato, abandono, etc., lo cual hace variar los resultados de los datos epidemiológicos (citado en Cantón y Cortés, 1999).

A pesar de que el maltrato infantil no se encuentra como entidad diagnóstica en los manuales de clasificación estadística que suelen usarse en el área de salud mental, es un fenómeno muy común, tanto a nivel mundial como en México. Es por ello que se revisan algunos indicadores de los diferentes tipos de maltrato, que son de ayuda para establecer si un niño ha sido víctima de maltrato o no.

### 5. Diagnóstico

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM - IV, 1995), no se incluye el maltrato infantil dentro de los ejes de diagnóstico, sin embargo está considerado dentro de los “problemas relativos al grupo primario de apoyo”, del eje IV referido a los Problemas Psicosociales y Ambientales; de esta forma, se considera que este fenómeno puede contribuir en gran medida a un desajuste emocional o conductual en los niños.

Entre los indicadores de acuerdo con las diferentes formas de maltrato (Simón y cols., 2000), se tienen:

#### Abandono físico o negligencia

Indicadores físicos y externos	Indicadores psicológicos y conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suciedad o desaliño extremos</li> <li>- Hambre habitual</li> <li>- Desnutrición</li> <li>- Apariencia física demacrada</li> <li>- Falta de protección contra el frío</li> <li>- Problemas físicos desatendidos</li> <li>- Necesidades médicas ignoradas</li> <li>- Accidentes domésticos repetidos debidos a negligencia por parte del adulto</li> <li>- Periodos prolongados sin supervisión de adultos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El niño se duerme en clase o está siempre soñoliento</li> <li>- Roba o pide comida</li> <li>- Ausentismo escolar</li> <li>- Faltas continuas de puntualidad y/o asistencia</li> <li>- Permanencia prolongada en lugares públicos o en escuela</li> <li>- Fugas de casa</li> <li>- Manifestaciones afectivas extremas</li> <li>- Pesimismo</li> <li>- Manifiesta desconfianza</li> </ul>

#### Maltrato físico

Indicadores físicos y externos	Indicadores psicológicos y conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones cutáneas (moretones, mordeduras, heridas, cortes, pellizcos, marcas de cables, marcas de cinturones o quemaduras)</li> <li>- Lesiones internas (dislocaciones, lesiones en globos oculares, lesiones neurológicas o viscerales)</li> <li>- Lesiones óseas (fractura de huesos)</li> <li>- Intoxicaciones no accidentales, asfixia o ahogamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recelo por parte de los niños para ir a su casa</li> <li>- Recelo del contacto con sus padres u otros adultos</li> <li>- Viste ropas inadecuadas para el tiempo (para cubrir lesiones)</li> <li>- Puede presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento o agresividad</li> <li>- Se queja excesivamente o se mueve con incomodidad</li> <li>- Se siente rechazado y no apreciado</li> <li>- Baja autoestima</li> </ul>

## Abuso sexual

Indicadores físicos y externos	Indicadores psicológicos y conductuales (relacionados con la sexualidad)	Indicadores psicológicos y conductuales (no relacionados con la sexualidad)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismo local/ infección.</li> <li>- Dolor y/o inflamación perineal</li> <li>- Dolor en la región anal</li> <li>- Hemorragias anales /vaginales, que pueden originar dificultades para sentarse, caminar, etc.</li> <li>- Enfermedades venéreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conductas sexualizadas que no corresponden al nivel de desarrollo del menor</li> <li>- Interacción sexual con iguales (precocidad)</li> <li>- Acciones o comportamientos verbales sexualizados hacia personas adultas</li> <li>- Conocimientos sexuales inadecuados para su edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios repentinos de comportamiento</li> <li>- Dificultades en la atención y concentración</li> <li>- Cambios bruscos en el rendimiento escolar</li> <li>- Actitudes de desconfianza</li> <li>- Conductas autodestructivas</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Depresión</li> <li>- Conductas regresivas</li> <li>- Fobias</li> </ul>

## Maltrato psicológico

Indicadores físicos y externos	Indicadores psicológicos y conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraso en el crecimiento</li> <li>- Enfermedades psicósomáticas</li> <li>- Accidentes frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades en su desarrollo evolutivo: lenguaje, psicomotricidad, socialización, etc.</li> <li>- Muestras de pesimismo, ansiedad y depresión</li> <li>- Desórdenes conductuales como retraimiento y conducta antisocial</li> <li>- Excesiva rigidez y conformismo</li> <li>- Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad</li> <li>- Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Fugas de casa</li> <li>- Trastornos del control de esfínteres y/o desórdenes en el sueño</li> </ul>

En general, las características psicológicas asociadas al maltrato son: pobre auto-imagen; incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros; conducta agresiva, problemas de disciplina y, a veces, comportamiento antisocial; enojo; comportamiento auto-destructivo

o auto-lesivo e inclusive pensamientos suicidas; pasividad y comportamiento retraído; miedo de establecer relaciones o comenzar actividades nuevas; ansiedad y miedos; problemas en la escuela o fracaso escolar; sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión; visiones de experiencias ya vividas y pesadillas; y a largo plazo abuso de drogas o de alcohol, e incluso el suicidio (Kempe y Kempe, 1996). Dada la amplitud de las consecuencias psicológicas relacionadas con el maltrato se han propuesto diferentes modalidades de trabajo terapéutico, algunas de las cuales se mencionan a continuación.

### **6. Tratamiento**

La mayoría de la investigación y de los programas de intervención utilizados para atender la problemática del maltrato infantil se centran en la prevención primaria y secundaria, enfocándose principalmente a los padres y sus estilos de crianza. Son pocos los estudios los que proporcionan un tratamiento dirigido especialmente al niño; esta situación se ha dado principalmente por el supuesto general de que los padres son los responsables de los malos tratos por lo que son ellos los que deben de cambiar.

A pesar de que los programas de prevención primaria y secundaria, así como las intervenciones terapéuticas centradas en los padres han sido de utilidad, cada vez se le da mayor importancia a que los niños maltratados reciban un tratamiento psicológico directo. No obstante, como citan Cantón y Cortés (1999) la causa de escasez de trabajos de este tipo, es el supuesto de que los problemas psicológicos de los niños maltratados sólo son los síntomas del abuso y no el problema central, por lo que no se les considera objetivos primarios de la intervención. Esto se fundamenta en la idea de que el problema principal del niño maltratado es el apego inseguro que desarrolla, por lo cual carece de las bases necesarias para formar nuevas relaciones, para aprender a confiar en los demás y para adaptarse con éxito a las nuevas situaciones y demandas, entendiéndose con ello que el tratamiento directo de los problemas que el niño pueda presentar, sólo implicaría soluciones parciales, subsistiendo el problema principal.

Cantón y Cortés (1999) subrayan la importancia de que los niños que han vivido una situación de maltrato reciban una atención psicológica individualizada (la cual incluye evaluación y tratamiento). Entre los

procedimientos utilizados se encuentra el entrenamiento en autocontrol y habilidades sociales, que se ha aplicado tanto de forma individual como grupal, y que incluye diversas técnicas conductuales y cognitivas. Asimismo, reportan que las sesiones de juego de niños con los adultos, mejoran el retraimiento en los menores maltratados.

Santana y Sánchez (1998) mencionan que el problema del maltrato infantil requiere de un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes, por lo que se necesita de la planeación y la coordinación de estos servicios y de personal profesional capacitado. La terapia familiar está dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar los patrones conductuales de los padres eliminando las tácticas punitivas o coercitivas y sustituyéndolas por métodos positivos más efectivos. Argumentan que la combinación de la terapia individual, conyugal y de grupo contribuye a generar autoaceptación, impulsando el cambio.

Fulgencio y Ayala (1996) reportan una investigación realizada en México, utilizando los principios de la terapia conductual, incluyendo diversas modalidades de tratamiento que incluyen el entrenamiento a padres para prevención de accidentes en el hogar, para el manejo de los problemas de desobediencia, el entrenamiento en interacción, el consejo marital y el entrenamiento en actividades planeadas. Los resultados muestran la efectividad social del programa de tratamiento al encontrar satisfacción con las metas de tratamiento, aceptación de los procedimientos empleados y satisfacción con los resultados del programa.

En cuanto a la terapia de juego Buchelli (1999) utiliza esta técnica para el tratamiento de niños víctimas abuso sexual. Esta sugerencia se hizo a partir del estudio de esta modalidad terapéutica, la cual ha demostrado su efectividad en el campo del tratamiento de los trastornos infantiles, por estar basada en el hecho de que el juego es el medio natural de expresión del niño, proporcionándole una salida a sus emociones contenidas y con la oportunidad de experimentar soluciones para los problemas, que no se atreve ensayar en la vida real.

Fietz (2002) propone el uso de técnicas de tipo corporal para el tratamiento del maltrato infantil. El elemento central de los tratamientos orientados a lo corporal es la consideración de la integridad entre lo físico y lo psíquico, lo que permite dentro del trabajo terapéutico un acceso más directo a la problemática a tratar. Este tipo de terapia se adapta en forma casi óptima al trabajo con niños, debido a su mínima necesidad intelectual de abstracción y de verbalización. Generalmente, la experiencia traumática provoca síntomas que encuentran expresión en lo físico (como por ejemplo enfermedades psicósomáticas, tensiones físicas, expresiones corporales depresivas, etc.). El conocimiento de la estrecha relación entre el estado físico y psíquico se utiliza en el trabajo corporal; las prácticas corporales posibilitan el contacto físico positivo, sin temores, de manera relajada y en forma de juego, lo que facilita una percepción positiva del cuerpo. El trabajo corporal permite elaborar la experiencia negativa, en forma física, emocional y cognitiva.

Además de las intervenciones centradas en los padres o en los niños, se tienen los programas multiservicios o comprehensivos que intentan abordar las distintas necesidades identificadas en las familias maltratadoras, como la falta de recursos económicos o de redes sociales que les brinden apoyo. Entre los métodos existentes está la consejería de apoyo individual, de pareja, familiar o grupal, el entrenamiento en habilidades de asertividad y autocontrol, entrenamiento en la solución de problemas, habilidades para el manejo del niño, habilidades para encontrar trabajo, manejo financiero, tratamiento de alcoholismo, entre otros; estos programas se adaptan tomando en cuenta las necesidades de cada familia.

Uno de los programas de este tipo es el *Proyecto de las 12 vías* propuesto por Lutzker (1994) el cual se basa en una intervención ecoconductual con una explicación multicausal de la problemática. De esta manera el programa se dirige a niños y padres; proporciona a los niños un entrenamiento en habilidades sociales y a su vez se ocupa de las relaciones padre-niño, poniendo especial énfasis en los problemas de obediencia, enseñando a los padres a dar órdenes y usar estrategias alternativas al castigo físico. También se centra en la interacción positiva padres-niños. A pesar de que podrían ser evidentes las ventajas de este tipo de intervención hay pocos datos que puedan probar la eficacia de estos programas.

Cantón y Cortés (1999) concluyen que los niños maltratados que participan en programas de tratamiento mejoran su conducta social, desarrollo cognitivo y auto concepto, mientras que disminuyen sus conductas agresivas y coercitivas en comparación con los que no lo hacen.

Como se ha revisado, existen diversas formas de intervención propuestas para el tratamiento del maltrato infantil dirigidas a los padres o a los niños, sin embargo, poco se sabe de estudios que reporten intervenciones dirigidas a los padres y los hijos en conjunto, y las existentes, se dirigen a los padres maltratadores o abusadores, y no a los padres o familiares alternos que no ejercieron el maltrato y que pueden encargarse del cuidado futuro de los niños o bien pueden ser una fuente de apoyo y seguridad para ellos. Por lo tanto, es evidente la necesidad de este tipo de propuestas de intervención.

Por otro lado, un tema importante que no debe pasarse por alto en el estudio del maltrato infantil es el acogimiento residencial.

### ***7. El Acogimiento Residencial en la Protección a los Niños***

Los centros de menores, protección y reforma son un marco físico abierto o cerrado, dotado de un equipo profesional especializado en prestar cuidados a los niños, desde todos los niveles necesarios para favorecer su desarrollo físico, psíquico y social.

En teoría, los niños dentro del ámbito de la protección a la infancia, son personas que son apartadas de la convivencia de su núcleo familiar original como medida protectora y deben alojarse un tiempo en un hogar o residencia establecida para ese fin (Fernández y Fuertes, 2000).

En la mayoría de los casos, los niños que son retirados de su familia permanecen en los centros de protección en contra de la voluntad, de sus familias y la suya propia, sin considerar que el niño no es el problema, sino la víctima de una situación problemática, sin embargo generalmente se le separa del situación pero no se le resuelve (Martínez y Díaz, 1997).

Es por ello que los centros de acogida, atienden emergencias sociales estudiando cada caso antes de tomar una decisión de internamiento,



vuelta a su entorno familiar o el ingreso a una familia sustituta (Martínez y Díaz, 1997). Sin embargo, antes de tomar cualquier decisión respecto al niño, se deberían tener en cuenta diferentes consideraciones relativas a los niños.

Existen tres factores que condicionan el perfil psicológico de los niños en acogimiento residencial, los factores derivados de su pertenencia a un entorno familiar muy específico, los derivados de la institucionalización más o menos prolongada y los factores derivados de la personalidad del niño; este perfil debe ser tomado en cuenta al atender a los niños en estos centros.

En este sentido, una institución de protección a la infancia tiene como primer objetivo cubrir las necesidades de los menores que están o han tenido que ser separados de sus familias por diferentes motivos, como el maltrato. Entre las necesidades que debe cubrir la institución Fernández y Fuertes (2000) mencionan:

- a) *Necesidades comunes a todos los niños.* Los niños que están en régimen de acogimiento residencial deben ser atendidos de tal forma que vean cubiertos los requerimientos comunes a todo niño, recordando que éstos varían en función de la edad.
- b) *Necesidades derivadas de la situación legal que se relacionan con la desprotección y atención especializada.* La mayor parte de los niños acogidos han sufrido algún tipo de maltrato en sus diversas manifestaciones, que han podido afectar en mayor o menor grado a su desarrollo físico, cognitivo, emocional y/o social.
- c) *Necesidades relacionadas con la situación particular de cada niño.* Es decir, la institución de acogimiento debe estudiar si las características que definen un contexto adecuado para el desarrollo del niño se encuentran en su propia familia (padres u otros familiares), otra familia (adopción o tutela) o la vida independiente al alcanzar la mayoría de edad.
- d) *Necesidades relacionadas con la separación del niño de su familia.* Esta separación hace preciso abordar la problemática derivada de ésta. Además de la separación, es frecuente que algunos niños una vez que han conseguido una adaptación a la vida residencial, sufran otras separaciones cuando tienen que marcharse del lugar donde están acogidos para ir a otro lugar, ya sea con un familiar o alguna institución.

Se debe tener en cuenta que el niño que es acogido en un albergue sufre diversas pérdidas en su vida, independientemente de su edad. Estas pérdidas y los sentimientos asociados, no sólo se refieren a la separación de las principales personas en su vida sino a otras situaciones sociales (como la escuela) y físicas (como sus objetos personales) a las que el niño se siente vinculado. Estas pérdidas se pueden clasificar de acuerdo con Swanson y Schaefer (1988, citados en Fernández y Fuertes, 2000) en:

a) *Pérdidas de tipo físico y material*: aunque el niño no haya vivido en condiciones adecuadas en su hogar, se le separa de todo aquello que le es familiar y conocido, desde su ropa hasta los objetos que pueden ser su principal fuente de seguridad y control sobre su vida.

b) *Pérdidas psicosociales*: además de ser separado de su familia, se le separa de otras personas a las que se siente vinculado, tanto niños como adultos.

c) *Pérdidas socioculturales*: el niño se enfrenta a un ambiente con diferentes hábitos, rutinas, normas, valores y costumbres de todo tipo, desde las educativas y recreativas, entre otras.

Actualmente el papel del psicólogo cobra mayor importancia dentro del ámbito de la protección a la infancia, ya que anteriormente éste se limitaba a realizar diagnósticos individuales, usando pruebas psicométricas y/o proyectivas con el fin de describir la personalidad y problemas de cada niño, lo cual sólo servía para etiquetarlos como ya sucedía en otros ambientes, como la escuela y los hospitales psiquiátricos. En complemento a un simple diagnóstico, en años recientes se han mostrado aportaciones importantes, que de acuerdo con Fernández y Fuertes (2000) están basadas en las condiciones de vida de los niños y no en sus rasgos psicométricos.

Finalmente, para el trabajo con niños en acogimiento residencial se debe considerar que hay factores que influyen en la reacción ante la separación, los cuales no deben pasarse por alto en la psicoterapia con estos niños (Fahlberg, 1994; citado en Fernández y Fuertes, 2000), éstos son:

1. Edad y momento evolutivo en el que se encuentra el niño
2. Vinculación previa existente entre el niño y sus padres
3. Experiencias anteriores de separación
4. Percepciones que el niño tiene de las causas de la separación
5. Preparación del niño para la separación

6. Mensaje de despedida que recibe el niño
7. Ambiente nuevo al que se incorpora el niño
8. Temperamento del niño
9. Características del ambiente del que está separado el niño

Como puede observarse, la vida de un niño maltratado dentro de una institución puede ser muy adversa, incluso se puede seguir fomentando la situación del maltrato sino es atendido de manera integral y adecuada.

Es por ello, que la labor de los residentes en Psicoterapia Infantil dentro del Albergue Temporal ha sido muy importante, pues se han efectuado diversas modalidades de atención psicológica considerando las necesidades de los niños y la institución misma.

De esta forma se aplicaron diversas intervenciones, una de las cuales se reporta como sesión típica del ejercicio profesional. A continuación, se expone el abordaje propuesto, aplicado a las convivencias familiares que se realizan en el Albergue Temporal de manera cotidiana.

**PARTE II****ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN****“La Psicoterapia aplicada a las Convivencias Familiares”**

Al entrar a una institución de protección a la infancia el niño sufre diversas pérdidas y reacciona de diferente manera a cada una de éstas, por lo que la intención principal de estas instituciones es tratar de cubrir las necesidades de los menores separados de sus familiares por motivo del maltrato infantil o la violencia familiar.

En este sentido, el psicólogo y el psicoterapeuta infantil tienen una labor trascendente, pues es importante proporcionar una atención adecuada y oportuna, que intente cubrir las necesidades del niño y que le brinde la oportunidad de expresar los sentimientos relacionados con la pérdida y/o el maltrato. Esto permite a los niños explorar su potencial y sus recursos para salir adelante; además en muchas ocasiones establecer un nuevo vínculo con un adulto de confianza, les permite “revalorar” de alguna forma el papel de otros adultos significativos e incluso del mismo maltratador.

El planteamiento de enfocar la psicoterapia a las sesiones de convivencia entre el niño y sus familiares dentro del Albergue surge con el propósito de atender tanto las necesidades que se vinculan con la separación del niño de su familia y los sentimientos derivados de la pérdida que significa en muchos de los casos dicha separación.

**Justificación**

Se ha propuesto que entre más se involucran los padres y familiares a lo largo del proceso de institucionalización del niño (ya sea esta temporal o permanente), menor será el efecto negativo que este proceso puede tener sobre el niño (Fernández y Fuertes, 2000).

Es por ello que se apoya la idea de que las visitas y los contactos familiares formen parte del plan integral de intervención con el niño por diversos motivos<sup>2</sup>, entre los que mencionan:

1. Se cumple un derecho tanto de los niños como de los padres, que sólo puede ser limitado o suprimido por decisión judicial.
2. Dan seguridad al niño, disminuyendo el sentimiento de abandono. Además de que se mantiene la continuidad de las relaciones del niño para que no exista ruptura con las personas a las que se siente vinculado emocionalmente.
3. Forman parte de la evaluación; se puede observar el grado de compromiso de los padres.
4. Forman parte de la intervención; a través de la visitas los padres pueden aprender las habilidades básicas de interacción y comunicación con sus hijos.
5. Dan sentido de realidad a las relaciones, disminuyendo las fantasías inadecuadas del niño sobre su familia. De esta manera se proporciona seguridad y tranquilidad al niño acerca del interés que se tiene en él.
6. Sirven para documentar las decisiones tanto de reunificación familiar como de separación definitiva.
7. Favorecen la elaboración del duelo; cada visita y despedida reactivan el proceso del niño permitiendo que exprese sus sentimientos.
8. Recuerdan a los padres las obligaciones elementales que tienen para con sus hijos.

En resumen, estas visitas materializan una relación y por lo tanto mantienen al niño en el lugar de la separación y no de la pérdida, por lo que puede conservar el concepto de sí mismo, sus orígenes, su historia y la ilusión (a veces la esperanza fundamentada) de recuperar la convivencia familiar cotidiana.

No obstante estas consideraciones teóricas, en el Albergue Temporal las convivencias realizadas entre los niños y sus familiares se realizan en condiciones poco favorables; las visitas se realizan en un lugar donde predomina el ruido, no sólo de las personas que se encuentran en el lugar, sino de las máquinas y aparatos que comúnmente se encuentran en una oficina. El espacio en el cual se realizan las convivencias, es un área pública que no está diseñada

---

<sup>2</sup> Adaptados de Carmen Martínez y José A. Díaz (1997) y Jorge Fernández y Jesús Fuertes (2000).

específicamente para realizar esta actividad, pues se cuenta con un sillón de dos plazas a un lado del escritorio de la jefa de turno de trabajo social. Además de las limitaciones de espacio físico, las circunstancias en las cuales se llevan a cabo las convivencias, en la mayoría de las ocasiones, restringen el contacto entre el niño y el familiar que visita, pues muchos de éstos cuentan con pocas habilidades para interactuar y ante la presencia de los diversos ojos que “vigilan”, la relación entre ellos puede verse aún más afectada. Por otro lado, la presencia de un psicólogo adscrito o de un pasante, que tiene la “orden” de estar presente en dichas convivencias con el fin de dar una breve descripción de lo que ahí sucede, en ocasiones puede ser intrusivo para las personas que visitan al niño, pues aunque el profesional permanece al margen la mayoría de las veces, el tener a alguien que observa con papel y pluma en mano pueden alterar la forma en que los adultos o los niños se comportan. Finalmente, otro de los factores que no favorece la relación entre familiares y niños es el tiempo limitado que se tiene para realizar la visita.

De ahí la importancia de atender las convivencias que son fundamentales para los niños internados en el Albergue Temporal de la PGJDF, para ello se utilizaron sesiones de psicoterapia basadas en un modelo integrativo, en donde los padres o familiares alternos tuvieron una función ya que el tratamiento estuvo dirigido a los niños, al padre y a la familia.

### **Objetivo General**

El objetivo fundamental de la estrategia de intervención presentada, es aplicar técnicas psicoterapéuticas basadas en un modelo integrativo, para involucrar a los padres o familiares alternos en las convivencias niño - adulto que se realizan en el Albergue Temporal con el fin de reforzar el vínculo y fomentar una relación de confianza entre ambos, aumentar las habilidades de interacción entre ellos, preparándolos para la reunificación familiar o la separación definitiva.

Para lograr dicho objetivo se propuso una estrategia psicoterapéutica basada en diferentes modelos por lo que a continuación se desarrollan los fundamentos considerados en el trabajo psicoterapéutico.

### **Fundamento Teórico de la Estrategia de Intervención**

Dada la necesidad del albergue y la misma dinámica de las convivencias, se planteó que el tratamiento psicoterapéutico debía ser de corta duración y efectivo. La estrategia de intervención propuesta se basa en algunos de los supuestos de la psicoterapia breve y conceptos de la terapia de juego, la terapia filial, la intervención con díadas, la terapia familiar y la teoría del apego, además de la terapia de grupo. A continuación, se desarrolla el sustento teórico básico utilizado para la elaboración del modelo de intervención.

#### **a. Psicoterapia breve**

La psicoterapia breve difiere de otras formas de intervención porque se ajusta a un periodo de tiempo relativamente corto. Su breve duración requiere del uso de una selección rigurosa de los pacientes así como la inclusión de estrategias de intervención asertivas para acelerar la aparición de nuevos patrones de conducta más adaptativos. (Trad, 1992).

El perfil ideal de un paciente candidato a psicoterapia breve, describe a un sujeto altamente motivado capaz de entender los orígenes de su conflicto, con elevada capacidad de *insight*, con actitud crítica y el ser capaz de exponerse a problemas interpersonales. En cuanto al terapeuta, éste debe propiciar una atmósfera empática desde el inicio del tratamiento. Además debe mantener un balance delicado entre la búsqueda activa de la resistencia del paciente y un ambiente comprensivo y afectuoso (Trad, 1992).

La psicoterapia breve coloca al paciente en un ambiente de comprensión, en una relación realmente interactiva, lo cual permite el rápido desarrollo de estrategias para explorar y lidiar con los conflictos. El método es altamente interactivo, por lo que se logran cambios conductuales rápidos.

De acuerdo con Killough y Mc Guire (2001), las fases de la terapia breve son cinco: criterios de selección antes del tratamiento, fase inicial, fase media, fase final y fase de seguimiento, lo cual se puede llevar a cabo en un promedio de 12 sesiones. Además los autores mencionan que la regla más importante dentro de la psicoterapia breve aparte del tiempo limitado, es el establecimiento de un

objetivo para el tratamiento. Es vital especificar metas y permanecer focalizados en éstas; las metas deben ser establecidas junto con el paciente, usualmente cuando se trabaja con los padres son éstos los que las establecen. Si hay más de una meta, el terapeuta es quien debe priorizar, ya que trabajar con muchas metas a la vez no es posible cuando las sesiones son limitadas.

Cuando se incluyen a los padres en el proceso de la terapia, Bloom (1981) proporciona una serie de principios para ayudar al terapeuta a permanecer enfocado en las metas de la terapia y recomienda lo siguiente: identificar el problema en el que se centrará, no subestimar las fortalezas de los pacientes, ser prudentemente activo, explorar la dinámica del paciente y hacer interpretaciones a manera de comprobación, animar a los pacientes a expresar sus emociones, comenzar la solución de problemas durante la entrevista, monitorear el tiempo diligentemente, no ser sobreambicioso, poner atención al actual funcionamiento del paciente, tratar de no tomar partido por nadie, y no sobreestimar la capacidad de insight o de autoconciencia de los pacientes (citado en Killough y Mc Guire, 2001) .

#### **b. Terapia de juego**

La importancia universal del juego para el desarrollo pleno del niño ha sido subrayada por las Naciones Unidas, proclamando a éste como un derecho universal e inalienable de la niñez. El juego es la actividad central de la niñez, ocurre en todo momento y en todo lugar. A los niños no se les debe decir cómo jugar ni se les tiene que obligar a ello. El juego es espontáneo, disfrutable, voluntario y no tiene metas específicas (Landreth, 1991).

El juego ha sido llamado el “lenguaje de los niños”, por lo que los terapeutas de juego proponen que si se aprende (o se reaprende) ese lenguaje, podremos construir relaciones más satisfactorias con los niños. El juego es la primera forma en la que los niños aprenden acerca del mundo, entienden cómo suceden las cosas, se expresan, desarrollan habilidades físicas y mentales, además de las sociales (Van Fleet, 2000).

El juego es terapéutico a medida que se crea una atmósfera segura en la cual los niños pueden expresarse, hacen cosas nuevas, aprenden más acerca del mundo y de las restricciones que éste impone, además de trabajar sus problemas. La terapia de juego da a los niños la



oportunidad de explorar y abrirse al mundo más de lo usual (Van Fleet, 2000). Las funciones de la terapia de juego como citan Schaefer y O' Connor (1988) se pueden dividir en cuatro: **biológicas** (aprender habilidades básicas, relajarse, liberar energía excesiva, estimulación cinestésica, etc.); **intrapersonales** (dominio de situaciones, exploración, comprensión de las funciones de la mente y cuerpo, desarrollo cognitivo, etc.); **interpersonales** (desarrollo de habilidades sociales, separación - individuación) y **socioculturales** (imitar roles deseados).

Landreth (1991) explica la función simbólica del juego citando a Piaget (1962) quien argumenta que el juego es el puente entre la experiencia concreta y el pensamiento abstracto; algunas veces esta conexión es totalmente clara pero en otras ésta puede ser muy lejana. En tal caso, el juego representa un intento del niño por organizar sus experiencias y puede ser una de las veces en la vida de los niños que estos sientan mayor control de sus vidas y se sientan más seguros.

Aunque es cierto que todos los niños necesitan el juego como una parte vital de su desarrollo, no es verdad que todos los niños necesiten asistir a terapia de juego para lidiar con los conflictos que se les presentan en la vida, ya que pueden ser suficientes su juego espontáneo y un adecuado apoyo de sus padres (Mc Mahon, 1992). Sin embargo, hay algunos niños a los que les han sucedido muchas cosas en la vida, como pérdidas, separaciones, abuso, cambios en su familia, cambios en las figuras de apego, etc.; dichos eventos pueden ser difíciles de superar, por lo que las técnicas de juego pueden ser una buena manera para ayudarlos. Quizás dentro de la terapia sea necesario ayudar a los niños a controlar algunas emociones, redirigirlos o ayudarlos a contactar con su fuerza interna; lo que necesite cada niño dependerá de sus propios recursos y de las situaciones que ha vivido (Mc Mahon, 1992).

De acuerdo con Axline (2003) la terapia de juego es un método de ayuda al niño "problema" a ayudarse a sí mismo; este tipo de terapia se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de expresión que utiliza el niño. Por medio del juego, el niño puede experimentar crecimiento, pues al expresar y poder actuar sus sentimientos, puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. De acuerdo con Killough y Mc Guire (2001) la esencia de la terapia de juego es proporcionar una atmósfera en donde el niño pueda expresar

sus sentimientos y deseos a través del juego, sin tener que ofrecer cualquier explicación directa.

Axline (2003) utiliza la terapia de juego no directiva, sin embargo existen diferentes enfoques y escuelas que han utilizado el juego como la vía para que el niño pueda resolver sus problemas. Schaefer y O' Connor (1988) hacen una compilación de los diferentes planteamientos teóricos para la práctica de la terapia de juego como la psicoanalítica, la centrada en el cliente, la familiar y la terapia de juego razonable; años más tarde O' Connor y Schaefer (1997) agregan a este listado la terapia de juego adleriana, de juego limitada, ecosistémica, dinámica, cognitivo-conductual y Gestalt. De igual forma, estos autores a través de una amplia compilación muestran como la terapia de juego ha sido útil en diferentes tipos de padecimientos o problemáticas, tal es el caso de los niños hospitalizados, niños víctimas de maltrato y negligencia, niños con padres divorciados, niños agresivos, niños con retardo mental, víctimas de incesto, niños y padres adoptivos, víctimas de abuso sexual, etc. Esto apoya la idea de que la terapia de juego, sea cual sea su marco de referencia, puede ser útil en el tratamiento de los problemas que presentan los niños.

En cuanto al uso de este tipo de terapia con niños víctimas de maltrato y negligencia, Mann y McDermott (1988), proponen que a pesar de que cada niño tiene sus formas para enfrentar un ambiente de maltrato, es necesario definir y tratar áreas comunes de trauma psicológico, entre las que se encuentran: el temor al ataque físico o abandono, que conduce a la depresión y ansiedad; el fracaso para cumplir las expectativas distorsionadas de los padres, conduciendo a relaciones objetales defectuosas, a la internalización de una autoimagen de niño malo con baja autoestima; la dificultad para lograr la separación y la autonomía, por lo que puede ser un niño escindido, totalmente bueno o totalmente malo. Aunado a los múltiples rechazos, la institucionalización prolonga y aumenta la ansiedad de separación, y la ambivalencia sobre el apego a los cuidadores adultos. La terapia de juego permite a los niños el dominio de las múltiples tensiones del maltrato y la negligencia, ayudando a prevenir o corregir desviaciones sociales futuras.

Por su parte White y Allers (1994), proponen que los objetivos generales en la psicoterapia de juego con niños que sufrieron maltrato son: 1. ayudarlos a incrementar los sentimientos de

autoconfianza y autoaceptación; 2. animarlos a entender el uso del juego como forma de expresarse, explorar y trabajar sus conflictos interpersonales; y 3. ayudarlos a entender la asociación entre su juego y sus vivencias de maltrato, así como su conexión con los sentimientos que de ello se derivan.

### **c. Terapia filial**

El concepto de entrenar a los padres para que éstos sean un agente terapéutico en la vida de sus hijos se remonta a principios del siglo pasado, cuando Freud utilizó al padre de un pequeño de 5 años que tenía fobia. Fue hasta 1959, cuando Moustakas escribió acerca de los beneficios potenciales de las sesiones de juego que los padres llevaban a cabo en su casa, pues él pensaba que en la relación que se establecía en la terapia de juego, el niño se daba cuenta de que los padres se preocupan por él, desean entenderlo y lo aceptan tal y como es (citado en Bratton, Dee & Moffit, 1997).

El concepto de terapia filial fue ideado por Guerney (1964) quien junto con su esposa propuso, el uso de este tipo de terapia para reforzar la relación de los padres con sus hijos, ayudando a prevenir futuros problemas en los niños, a través de las interacciones saludables padres-hijos (citado en Bratton y cols., 1997).

Dado que el juego es una parte integral de la vida diaria de los niños y el principal vehículo para expresarse, la terapia filial lo utiliza como un medio divertido y apropiado de acuerdo al desarrollo, para fomentar la interacción entre los padres y los niños.

Diversos estudios han demostrado que la terapia filial es un método innovador y probado, que ayuda a fortalecer las relaciones padres e hijos, incrementa la aceptación de los padres hacia los hijos y disminuye el estrés de los padres por la conducta problemática de los niños (Bratton y cols., 1997).

Por ejemplo, Glass (1986) comparó los efectos del modelo de 10 sesiones de terapia filial de Landreth, encontrando diferencias significativas en los padres que habían estado en tratamiento, en relación con las variables de muestras de afecto incondicional, el darse cuenta y la disminución de los conflictos en la relación padre-hijo, así como el incremento en el entendimiento del significado del juego de sus hijos.

Los estudios más recientes han probado no sólo la eficacia del modelo sino su utilidad con diversos tipos de poblaciones. Costas y Landreth (1999) investigaron la efectividad del mismo modelo, utilizándolo como método de intervención con padres (no victimarios) y sus hijos quienes habían vivido alguna experiencia de abuso sexual. Los padres del grupo experimental, incrementaron significativamente su nivel de empatía en las interacciones con sus hijos y su actitud de aceptación hacia sus hijos, y disminuyeron su nivel de estrés. Además, las mediciones de las conductas de los niños relacionadas con la ansiedad, ajuste emocional y el auto concepto, indicaron una tendencia positiva.

El modelo de 10 sesiones de Landreth, está diseñado para mejorar la relación padre - hijo, ayudándolos a crear y aceptar un ambiente sin juicios, en donde los niños puedan sentirse libres de expresar y explorar sus pensamientos y sentimientos. Dicho modelo también ha sido aplicado con los abuelos de los niños (Bratton y cols., 1997).

Aunque la terapia filial plantea objetivos tanto para los niños como para los padres, para los fines de este modelo resultan relevantes los objetivos que se pretenden alcanzar para ambos, éstos son: reducir o eliminar los problemas que conducen a la familia a solicitar terapia, ayudar a la familia a prevenir problemas futuros, fortalecer las relaciones padre- hijo, mejorar las habilidades de comunicación familiar, mejorar las habilidades de afrontamiento familiar, mejorar las habilidades de la familia para divertirse juntos y proporcionar a la familia herramientas e ideas que puede utilizar en el futuro para resolver sus problemas (Van Fleet, 2000).

Los principios desarrollados por Axline (2003) para guiar las conductas y actitudes de los terapeutas durante las sesiones de terapia de juego centradas en el niño, han sido adaptados para usarse en las sesiones de juego filial (Van Fleet, 1994). Dichos principios son:

1. Utilizar un tono cálido y amigable al relacionarse con sus hijos.
2. Aceptar las expresiones, sentimientos y elecciones de los niños tal como son (sin dejar de poner límites necesarios para que las sesiones puedan llevarse a cabo).
3. Crear un sentimiento de permisividad de manera que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos completamente.
4. Estar pendiente de los sentimientos que el niño está expresando y reflejar al niño estos sentimientos de manera que el

niño se sienta comprendido y aprenda más acerca de sus conductas y emociones.

5. Respetar la habilidad de su hijo para resolver sus propios problemas, absteniéndose de dar consejos o resolver el problema del niño. Darle la responsabilidad de hacer elecciones y cambios.

6. No dirigir las acciones o conversaciones de los niños de ninguna manera. El niño es quien guía la sesión.

7. No presionar ni apresurar al niño. El proceso es gradual, por lo que se tiene que tener paciencia.

8. Establecer sólo los límites necesarios para mantener a todos seguros y propiciar que el niño sea consciente de sus responsabilidades en la relación.

Usualmente, la terapia de juego filial involucra cinco fases relativamente cortas: 1. demostración de una sesión de juego, 2. el entrenamiento, 3. las sesiones de juego supervisadas padre- hijo, 4. sesiones de juego en el hogar y 5. terminación. Van Fleet (2000) da una breve descripción de estas fases, sin embargo para la estrategia de intervención aquí planteada éstas no fueron tomadas como han sido descritas, ya que por las condiciones que existen en el Albergue Temporal, incluso las consideraciones legales de los casos, no procede la aplicación del modelo tal y como es propuesto por sus autores originales.

El papel del psicoterapeuta en la terapia filial es muy directivo, ya que éste entrena, supervisa y apoya a los padres mientras éstos aprenden y los ayuda a entender lo que sus hijos pueden estar comunicando a través de sus juegos. Esto se realiza con el fin de que con el entrenamiento, los padres puedan conducir las sesiones de juego por sí mismos en su casa (Van Fleet, 2000).

En la actualidad debido a situaciones sociales, no son los padres quienes se hacen cargo de sus hijos, teniendo que cumplir la función de cuidadores, los abuelos. Desde la década anterior ha habido un gran incremento del número de abuelos que asumen los cuidados y responsabilidades sobre sus nietos, ya que los padres de éstos se encuentran incapacitados o están ausentes por diferentes motivos. Históricamente, los abuelos han sido vistos como una parte importante de la familia pues son aquellos que ayudan cuando son necesitados; en este sentido el incremento significativo de la custodia otorgada a los abuelos en la década pasada es atribuida a un factor adicional: el número creciente de padres “disfuncionales” quienes son

incapaces o no desean hacerse cargo de sus hijos. Estos padres pueden ser víctimas o victimarios en el abuso infantil o violencia familiar, pueden ser consumidores de drogas, tener problemas emocionales/mentales, ser VIH positivos y/o estar en la cárcel (Bratton y cols., 1997).

Los cambios que se dan cuando un abuelo “decide” hacerse cargo de su nieto son importantes, ya que pueden afectar tanto a los adultos como a los niños. En el caso del adulto, su rol cambia pues de ser abuelo se convierte en cuidador primario; los cambios relacionados con la adjudicación del rol paterno son varios, entre ellos puede mencionarse que la mayoría de los abuelos no ven la decisión de hacerse cargo de sus nietos como una elección sino como un deber, lo cual es una respuesta automática ante la ausencia de sus propios hijos.

Bratton y cols. (1997) reconocen que los abuelos que reciben a los nietos en custodia presentan algunos problemas relacionados con el cuidado de los niños. Estos problemas incluyen la falta de recursos, el sentirse físicamente cansado, el sentirse forzado a cambiar sus planes para el retiro, y la pérdida de sus redes de apoyo social. Además, el gobierno ofrece pocas oportunidades de apoyo para ayudar a los abuelos a lidiar con estos cambios. Otro de los problemas por los que atraviesan los abuelos, es la preocupación de proporcionar apoyo y estabilidad emocional a sus nietos, debido principalmente a la poca certeza que tienen sobre el estilo de vida de sus propios hijos.

Las necesidades y problemas de los niños dependerán sobre todo de la edad que tengan, tomando en cuenta el aspecto físico y el emocional. Las principales ideas de un niño que es entregado en custodia a sus abuelos, se relacionan con el abandono de sus padres, por lo que uno de sus miedos se relaciona con la posibilidad de que los abuelos puedan abandonarlos también. Cuando la separación de los padres se ha dado por incapacidad de alguno de éstos (p. ej. el maltrato), los niños pueden temer que este padre pueda aparecer.

Aunque el proceso de adaptación puede ser difícil, hay estudios que reportan que muchos de los niños que son cuidados por sus abuelos aprecian el esfuerzo de éstos, además de que pueden reconocerlos como única fuente de estabilidad en su vida (Kornhaber, 1996); Smith (1995) menciona que en estas situaciones, los abuelos actúan como

una fuente de apego seguro en los niños (citados en Bratton y cols., 1997).

Hay investigaciones que apoyan la idea de que los abuelos necesitan algún servicio de apoyo para asumir este nuevo rol parental; por ejemplo, los abuelos necesitan información útil y actualizada sobre la crianza, el desarrollo del niño y el adolescente, etc., por lo que se ha propuesto la creación de grupos de apoyo que proporcionen a los abuelos un lugar seguro para compartir sus experiencias acerca de su nueva paternidad.

La terapia filial ha funcionado como una vía para que los niños afronten la pérdida y la poca capacidad de sus propios padres, aceptando sus nuevas condiciones de vida; aunque es una intervención viable para ayudar a los niños que están pasando por dificultades emocionales y conductuales, el sentido de impotencia de los abuelos y su inhabilidad para afrontar, generalmente no son atendidos. Por lo que hay una necesidad apremiante de crear programas que fortalezcan la relación abuelo-niño así como sus habilidades para relacionarse y al mismo tiempo proporcionarles el apoyo emocional que necesitan. Incluso puede pensarse en los cambios que hay en la vida del niño cuando por diversas situaciones, el cuidador primario puede ser algún hermano(a) mayor, un tío(a), el padre no maltratador u otro adulto que cumpla los requisitos para ser el tutor del niño.

Si se considera que estos cambios pueden afectar radicalmente la vida cotidiana del adulto, aún más en la del niño, pues tiene que aprender una nueva forma de vincularse no sólo con el adulto, sino con los posibles cambios relacionados, como son una nueva vivienda, nuevos integrantes en la familia, etc., y aunque hay personas que pueden lidiar con el cambio de forma relativamente fácil, hay otros que necesitan ayuda terapéutica.

#### **d. Intervención con díadas, Terapia familiar y Teoría del apego**

La intervención con díadas permite al terapeuta realizar un diagnóstico con mayor precisión de los fenómenos que ocurren en la interacción entre el niño y su cuidador, como el patrón de apego, la transmisión intergeneracional de psicopatología y la habilidad de los miembros para comunicar intimidad y lograr su autonomía (Trad,

1992). Es importante considerar que el cuidador trae a la relación sus propios años de experiencia de su propia familia de origen.

El tratamiento con díadas centra su atención en la relación entre el cuidador y el niño, intenta lograr cambios en la manera en la que el adulto se aproxima al niño, por lo que se suelen tener resultados a corto plazo (Trad, 1992).

La palabra familia implica una serie de relaciones complejas entre individuos dentro de un grupo particularmente diseñado y entre los miembros de este grupo como entidad. Las relaciones diádicas existen entre la madre y el padre, el hijo y la madre, etc. La familia se convierte en una entidad extraordinariamente complicada que tiene influencia tanto en el establecimiento de la identidad individual como en el desarrollo de las habilidades sociales.

La terapia familiar intenta estudiar a la familia desde una diversidad de perspectivas, como los sistemas, la estructura, el funcionamiento, etc. Esto proporciona un marco amplísimo para poder aplicar diferentes estrategias de intervención que pueden ser aplicadas en el tratamiento del niño y su cuidador (Trad, 1992).

Una de las estrategias ofrecidas por la terapia familiar se relaciona con el trabajo a partir del *insight*; ésta es una estrategia interactiva que se basa en tácticas que involucran la confrontación y su interpretación subsiguiente. En este sentido la **confrontación** se refiere al proceso de animar a los miembros de la familia a afrontar de manera directa algún aspecto de su conducta.

De acuerdo con Ackerman (1966), el terapeuta debe adoptar una postura asertiva poniendo atención a las ineficiencias, conducta inapropiada y el efecto de algunas defensas (citado en Trad, 1992).

Aunque la confrontación es un aspecto muy importante dentro de este enfoque, si sólo se usa ésta es insuficiente, por lo que la **interpretación** es esencial para que haya una reestructuración genuina de las patrones de relación entre los miembros de la familia (Trad, 1992).

En general la terapia familiar es útil en la evaluación de la dinámica que subyace la interacción entre los miembros de la familia y al



respecto puede proporcionar información indispensable para el terapeuta que trabaja con el cuidador y un niño (Trad, 1992).

Un tipo de terapia familiar que ha sido ampliamente utilizado en años recientes es la centrada en las emociones; Johnson y Lee (2000) proponen que el aspecto básico para una relación cercana es el acomodo entre los miembros de la familia y las emociones que definen este ajuste. El objetivo de este tipo de tratamiento es fomentar una “conexión emocional segura” que después permita la comunicación abierta y la solución de problemas de manera efectiva. En este tipo de terapia se combinan intervenciones vivenciales que expanden y reformulan sus experiencias internas, lo cual hace que sus patrones de interacción cambien.

En este sentido la teoría del apego juega un papel importante al estudiar al niño y su familia, específicamente a su cuidador primario. Las relaciones proporcionan la llave que conecta la experiencia personal del niño con el mundo social. Es dentro de este interjuego dinámico entre estos dos mundos, que la mente y la personalidad se desarrolla, la conducta evoluciona y la competencia social comienza (Howe, Brandon, Hinings y Schofield, 1999). Es por ello que la calidad y las características de las relaciones cercanas de los niños, son muy importantes. Los niños que tienen relaciones adversas con sus padres (como sucede en el maltrato infantil) muestran un desarrollo social pobre y falta de comprensión emocional, por lo que pueden encontrar su vida interpersonal como estresante y frustrante.

Para la mayoría de los niños, la principal figura de apego es usualmente su madre o su cuidador primario. Sin embargo, ahora se acepta que los niños pueden tener relaciones de apego con otras personas, incluyendo los padres, abuelos o hermanos. El ideal de forma de apego es el “apego seguro”, en donde el niño recibe el apoyo y el afecto necesario para desarrollarse, con un cuidador que responde y atiende todas sus necesidades (Howe y cols., 1999).

Howe y sus colaboradores (1999) proponen un modelo de intervención en trabajo social, que bien puede ser considerado dentro de la psicología y la psicoterapia. Este plan de intervención está formado por siete pasos: identificación del problema o necesidad; la reunión de información mediante la observación de la conducta, las interacciones, las relaciones y los sentimientos; la clasificación de los hechos, información y observaciones; la evaluación y el análisis del

caso; la formulación de apoyo, incluyendo la ayuda, metas de intervención, la reducción de riesgos y la promoción de la resiliencia y desarrollo de experiencias mentales protectoras, la elección de métodos y lugares de intervención, y la evaluación de la intervención.

#### **e. Terapia de grupo**

Ya que una intervención de pares involucra el diagnóstico y el tratamiento de dos individuos -el cuidador y un niño- y la relación que hay entre ambos, se pueden aplicar algunos de los principios de la terapia de grupo (Trad, 1992).

Entre las principales características de la terapia de grupo están su variedad y flexibilidad; las sesiones generalmente consisten en miembros compartiendo sus experiencias. Los miembros del grupo reciben ánimo y soporte en una atmósfera que permite la catarsis de eventos dolorosos, memorias y experiencias. Aunque el énfasis de estos grupos está en el compartir experiencias y proporcionar apoyo, también se puede centrar en proporcionar al grupo patrones de interacción nuevos y más adaptativos (Trad, 1992). Puede decirse que la terapia de grupo es un tratamiento creativo que involucra a las diadas y que puede adoptar técnicas que sean apropiadas para los problemas de los cuidadores y sus hijos.

En el siguiente recuadro se resumen algunos de los puntos fundamentales de los modelos teóricos y psicoterapéuticos, que fueron considerados para el planteamiento de la estrategia aplicada a las convivencias familiares en el contexto del maltrato infantil y el acogimiento residencial.

Finalmente, puede decirse que aquel que desee trabajar no sólo con los niños, sino también con algún miembro de la familia debe tener un amplio rango de conocimiento del campo de trabajo, de forma tal que los terapeutas puedan ser creativos y flexibles en el trabajo (Wilkinson, 1998).

Es por ello que con base en los fundamentos teóricos revisados, el **modelo integrativo de psicoterapia aplicado a las convivencias familiares** retoma diversos aspectos, como se resume a continuación.

La psicoterapia breve aporta:

- su corta duración (12 sesiones)
- la participación activa del terapeuta
- el establecimiento de un objetivo general de tratamiento
- la búsqueda de implementación de nuevos patrones de conducta

De la terapia de juego es útil:

- su flexibilidad y eficacia con niños víctimas de maltrato
- la utilidad de juego como vía para comunicar sentimientos, pensamientos y conductas que por medio de las palabras resultan inaceptables para los niños

De la terapia filial retoma:

- la relación padre - hijo (familiar- niño)
- la influencia de esta relación en el desarrollo y dificultades del niño
- el papel directivo del terapeuta
- los objetivos propuestos por Van Fleet (2000) citados anteriormente

La intervención con díadas tiene su principal aportación en:

- la atención que centra en la relación niño adulto y en los intentos por lograr cambios en la forma en la que el cuidador se acerca al niño

Por otra parte de la terapia familiar se retoma:

- su interés en el fomento de una conexión emocional segura que permite la comunicación de manera efectiva
- la búsqueda de patrones de interacción más saludables

De la teoría del apego se toma:

- la importancia de la interpretación de las conductas observadas en la relación niño-adulto
- los parámetros propuestos por el modelo de Howe y cols. (1999) mencionados anteriormente.

Finalmente la terapia de grupo fue útil por:

- la atmósfera que permite la catarsis de eventos dolorosos
- su ayuda para el establecimiento de patrones de interacción más adaptativos

## Método

El modelo integrativo de psicoterapia aplicado en las convivencias familiares fue aplicado a diferentes casos de niños y sus familiares, con los que se trabajó de 1 a 13 sesiones, pues hubieron diferentes factores que afectaron la continuidad del trabajo, como la salida o el traslado de un menor, el impedimento legal para que las convivencias continuaran, las dificultades de horario, entre otras.

Se trabajó con un total de 9 menores, 4 niñas y 5 niños, entre 3 y 12 años de edad, junto con el familiar o familiares que los visitaban, como se muestra a continuación.

Nombre *	Motivo de ingreso	Familiar	No. de sesiones
Juanita, 9 años	Abuso sexual y violencia familiar	Abuela materna	13
Lucero, 9 años	Abuso sexual	Abuela materna y madre	7
Frida, 11 años	Maltrato	Madre	2
Nora, 3 años	Extravío	Madre y padre	1
Ramiro, 7 años	Madre detenida	Hermano	1
Hermanos Quesada, 4, 7, 9 y 11 años	Maltrato y explotación de menores	Madre y hermano menor	2

Lo interesante del modelo de psicoterapia aplicado a las convivencias familiares fue que aun cuando se llevara a cabo una sola sesión, hubo algún beneficio directo o indirecto para el menor. De ahí la importancia de que alguno de los padres o un familiar alternativo se involucren en el tratamiento del niño.

Este trabajo se ejemplificará con el proceso terapéutico de Juanita, una niña de 9 años de edad quien fue atendida en el Albergue Temporal de la PGJDF, entre febrero y mayo del 2004; dicho caso, permite observar los cambios a lo largo del proceso de las 13 sesiones que se llevaron a cabo, por lo que se puede tener el seguimiento desde la etapa inicial del tratamiento hasta la final.

\* Se han cambiado los nombres para proteger la privacidad de las personas.

### Instrumentos

- + **Ficha de identificación:** proporciona datos generales del niño y del familiar.
- + **Entrevista semi-estructurada:** dirigida a los adultos, 15 preguntas.
- + **Lista Verificable:** que abarca 31 reactivos en 7 categorías: afecto parental, intromisión parental, elogios, permisividad, complacencia, comunicación, uso del castigo o amenazas. Dirigido a los adultos (basado en Gil y Sobol, 2000). Califica sólo la presencia o ausencia del indicador.
- + **Registro de observación de la interacción:** se observan conductas y actitudes del adulto y del niño; la subescala “familiar” está formada por 7 categorías: demostraciones de afecto, intromisión, elogios, atención, sensibilidad al desarrollo del niño y respuesta a las necesidades del niño; en total son 35 reactivos. La subescala “niño”, está formada por 5 categorías: respuesta o interacción social, atención a las actividades, agresividad, respuesta a las preguntas o interacciones y actitud hacia la visita; en total son 25 reactivos. Finalmente la subescala de interacción está formada por una categoría única, con cinco reactivos (basada en Smith, 2000). Se califica con una puntuación de 1 a 5.

Los registros de los instrumentos fueron tomados por el terapeuta en el transcurso de las sesiones.

Una copia de los formatos se encuentra en el Anexo I.

### Materiales

Material utilizado comúnmente en la terapia de juego: títeres, juego de té, hojas, pinturas, lápices de colores, pinturas, plumones, hojas, miniaturas, “play doh” (masa), juegos de mesa (competitivos, de construcción, etc.), máscaras, casa de muñecas, etc., (Landreth, 1991). Además se utilizaron cd’s de musicoterapia, reproductor de cd’s y cámara fotográfica.

### Procedimiento

El modelo de intervención consta de 12 sesiones que abarcan las cuatro etapas de tratamiento (inicial, media, avanzada y final); para cada sesión se plantea un objetivo específico y una actividad como puede verse en el siguiente recuadro.

No. de sesión	Objetivo Específico	Actividad	Etapas de tratamiento
1	Encuadre.	Primer encuentro niño -adulto. Entrevista.	Inicial
2	Contar con indicadores necesarios para plantear estrategia de intervención de acuerdo a las dificultades de interacción específicas.	Evaluación de la interacción niño -adulto.	
3-10	De acuerdo al caso.	Sesiones de psicoterapia	Media - Avanzada
11 - 12	Obtener un panorama global de las actividades realizadas, así como la identificación de logros en las sesiones.	Recapitulación del proceso terapéutico Cierre	Final

#### **Tácticas utilizadas en la intervención**

Las tácticas forman parte de toda técnica de intervención psicoterapéutica; en este caso se utilizaron principalmente aquellas que fomentaron una “conexión emocional segura” y permitieron la comunicación abierta y la solución de problemas de manera efectiva. Principalmente intervenciones vivenciales que expanden y reformulan las experiencias de los sujetos, lo cual hace que sus patrones de interacción cambien (Johnson y Lee, 2000).

Se incluyeron además las comúnmente utilizadas en diversas técnicas terapéuticas o de trabajo, entre las que tenemos las tácticas de iniciación y comunicación (presentación y rapport), de estructuración (encuadre), reflexivas (de sentimientos, de actitud, de pensamiento, de experiencia), de aceptación, de catarsis, de silencio, de interpretación, clarificación y confrontación y de terminación (González, Monroy y Kupferman, 1994).

Una serie de tácticas (Howe y cols., 1999) útiles en el trabajo terapéutico fueron:

- ⇒ *Tácticas de soporte emocional*: el apoyo emocional ayuda a reducir el estrés de los padres, por lo que éstos se vuelven más sensitivos, responsivos y disponibles para sus hijos. Desarrollan la confianza, contienen la ansiedad, reducen los estresores, incrementan la seguridad, etc.; estas tácticas sirven para incrementar la autoestima.
- ⇒ *Tácticas esencialmente semánticas, cognitivas e interpretativas*: invitan a las personas a pensar sobre la naturaleza y origen de los estados mentales, incrementando la habilidad de las personas para entender, reconocer, definir, nombrar emociones y pensamientos que los afectan a ellos mismos y a otros. La autoreflexión ayuda a los individuos a darle sentido a sus propias experiencias.
- ⇒ *Tácticas basadas en principios conductuales*: se basan en el hecho de que cuando las personas pueden adquirir formas nuevas y más adaptativas de pensamiento; se proporciona una guía para que puedan realizar cambios en sus conductas y actúen de manera diferente.

Estas fueron las tácticas utilizadas en las diferentes sesiones, las cuales se aplicaron de acuerdo al caso y al avance de las sesiones.

### **Descripción del caso: Juanita y su abuela**

A continuación se describe el trabajo realizado con Juanita y su abuela materna del mismo nombre. El poder incluir a ambas en las sesiones fue muy importante, pues además de ser uno de los requisitos para el modelo, esto permitió que Juanita se mantuviera en el lugar de la separación y no de la pérdida ante su situación en el Albergue, lo que fue de ayuda en el proceso de la terapia.

Hay que destacar que aunque el objetivo general de estas sesiones fue trabajar la despedida y preparación para la separación definitiva, posteriormente hubo un cambio pues la abuela decide buscar obtener la tutela de la niña, por lo que se fueron planteando los objetivos específicos para cada sesión.

#### **Descripción de la niña: Juanita**

Juanita es una niña de 9 años 10 meses de edad de 1.35 m de estatura, complexión regular, tez morena oscura, cabello lacio, castaño y oscuro; frente mediana, cejas escasas, ojos medianos, rasgados y café oscuro; boca mediana y labios delgados. Su último grado de estudios es segundo de primaria; lee y escribe con dificultad.

Se encuentra en el Albergue Temporal desde el 27 de diciembre de 2003, separada de su madre pues ésta es presunta responsable del delito de violencia familiar, además de que hay una denuncia por abuso sexual cometido por el padrastro.

Como antecedentes, se sabe que la niña vivía junto con su mamá y padrastro (situación que la madre de la niña ha negado). Su padre biológico se separó de su mamá después de un año de convivencia, ya que de acuerdo con las declaraciones de la madre de Janita, este señor la maltrataba y consumía constantemente bebidas embriagantes. Juanita tiene un hermano más grande quien vive en casa de su abuela materna.

La niña refiere que su padrastro abusaba sexualmente (tocamientos) de ella y que él y su mamá la golpeaban. Cuando Juanita decide decirle a su mamá del abuso, la señora no le cree, argumentando que anteriormente la niña había referido el mismo hecho con otra de las parejas de la madre.



Los hechos que sucedieron antes de que la niña ingresara al Albergue fueron relatados por la niña en la indagatoria. De acuerdo con Juanita, sale de su casa porque no le “gustaba estar ahí sola”, regresa un par de ocasiones en el transcurso del día pero nadie le abre, al día siguiente vuelve a regresar pero sucede lo mismo. Se aleja aún más de su casa y en esta ocasión no puede regresar. Al “extraviarse” solicita ayuda en un módulo, cuando llega la patrulla dice a los oficiales que no quiere ir a su casa, refiriendo que su “papá” había abusado de ella y no desea regresar ya que éste “la besa en la boca y la obliga a quitarse la ropa para acariciarla y con el dedo le frota su parte”. De acuerdo con las declaraciones de la menor, su madre quien tiene 33 años y es obrera, está enterada de la situación del abuso y no ha hecho nada; además la maltrata, golpeándola con el cable de la televisión porque no hace bien las labores domésticas. La madre trabaja todo el día, por lo que dejaba encerrada a la niña la mayor parte del tiempo, decidiendo que su hija dejara de asistir a la escuela para que “no anduviera por ahí”.

En la evaluación psicológica realizada a su ingreso, Juanita da la impresión de un rendimiento intelectual inferior al término medio, además de un retraso en las habilidades esperadas para su edad, lo cual se explica en parte por la poca estimulación del medio y las oportunidades educativas limitadas.

Juanita presentaba indicadores de maltrato físico como lesiones en la piel, principalmente marcas en brazos, piernas y espalda, además de negación para ir a su casa y baja autoestima; fue evidente la negligencia por el desaliño extremo en el que fue encontrada, los periodos prolongados sin la supervisión de un adulto, las necesidades médicas ignoradas, el ausentismo escolar y posteriormente el haber sido sacada de la escuela, la permanencia en lugares fuera de casa y las fugas del hogar.

En lo que respecta al abuso sexual, la exploración médica arrojó datos de traumatismo vaginal y una infección que fue tratada con antibióticos a su llegada al Albergue; en el reporte psicológico se menciona que la niña presentaba conductas sexualizadas como el intento de interacción sexual con iguales (principalmente las niñas); fueron evidentes además las dificultades en la atención y concentración, la desconfianza, ansiedad, depresión y las conductas regresivas.

**Descripción de la abuela: Juanita**

La señora Juanita tiene 58 años de edad, su estatura es de 1.50 m, su complexión es gruesa, tiene tez morena oscura, cabello chino claro; tiene frente mediana, cejas escasas, ojos pequeños, y café oscuro; boca mediana y labios delgados.

La señora no tiene escolaridad, aunque lee y escribe; se dedica al hogar. Es viuda desde hace 27 años, pues su esposo muere atropellado al estar bajo los efectos del alcohol. Tiene 6 hijos, de los cuales C. de 33 años es la madre de su nieta. Actualmente vive en una pequeña casa propia en el Estado de México, con su nieto de 14 años también hijo de Silvia y a quien cuida desde su nacimiento. Sus recursos económicos provienen principalmente de una pensión que recibe del IMSS, del dinero que en ocasiones le mandan dos de sus hijos que radican en Estados Unidos y el apoyo que le da su hijo menor que radica en México; a últimas fechas puso un puesto de frituras en la calle para seguir ayudándose. Padece artritis, lo cual ella atribuye a haberse dedicado siempre a lavar y a planchar ajeno. Además hace unos meses le diagnosticaron diabetes, sin embargo, la detección fue oportuna y se encuentra controlada.

La abuela nacida en Michoacán, proviene de una familia “tradicional” según sus propias palabras en donde la expresión de afectos fue limitada y en la cual las mujeres no se dedicaban a otra cosa más que al hogar por lo que a pesar de contar con los recursos económicos, se le prohíbe asistir a la escuela. Se casa a los 16 años de edad y dos años más tarde llega al D.F., a pesar de su deseo de permanecer en Michoacán.

Desde el ingreso de Juanita al Albergue estuvo al pendiente de la niña, solicitando desde el principio las convivencias familiares con la niña.

## Resultados

Se presentan las características generales de las sesiones de psicoterapia de Juanita y su abuela. Para una referencia completa, en el *Anexo 2* se encuentran las descripciones de cada sesión.

Los elementos que fueron tomados en cuenta para el reporte de las sesiones fueron: objetivo específico, actividades realizadas, tipo de interacción, respuestas o reacciones afectivas y reacciones al separarse. A continuación, se describe cada uno de estos componentes.

Tabla 1

### Objetivos de las sesiones

No. de sesión	Objetivos específicos
1	Observar la reacción ante el primer contacto; realizar encuadre y entrevista de primera vez (anexo 1).
2	Llevar a cabo evaluación antes de la intervención (los formatos se muestran en el anexo 1).
3	Iniciar la promoción de la interacción tanto física como verbal entre la niña y su abuela, para fomentar una relación de confianza.
4	Fomentar la interacción física entre ambas y propiciar la adquisición de confianza ante la cercanía física; además de facilitar la expresión verbal de la separación y la despedida.
5	Promover la expresión acerca de la separación "definitiva".
6	Facilitar la expresión de sentimientos relacionados con la separación.
7	Hablar sobre la expectativa de la menor de irse con su abuela, quien en la sesión anterior cambia de manera de pensar y decide pedir la custodia de la menor.
8	Fomentar el hablar sobre los sentimientos generados a partir de la incertidumbre generada por la separación definitiva o la reunificación familiar.
9	Trabajar los sentimientos y pensamientos relacionados con el abuso sexual y el maltrato.
10	Promover la identificación de sentimientos relacionados con los eventos que han vivido a raíz del internamiento de la menor.
11	Comenzar el cierre terapéutico. Fomentar la identificación de logros en la terapia.
12	Cierre terapéutico.
13	Cierre terapéutico.

En cuanto a los objetivos específicos, se puede observar (Tabla 1) que de la sesión 1 a la 13, se fueron planeando diferentes metas para poder cubrir el objetivo general del tratamiento. Para ello se fue siguiendo un procedimiento que incluyó un encuadre y la evaluación antes de la intervención, el proceso psicoterapéutico, la evaluación después de éste y el cierre terapéutico. Como puede verse los objetivos fueron diversos, como la promoción de la interacción física, el posibilitar la expresión de sentimientos y pensamientos relacionados con la separación, la posible reunificación familiar y el abuso sexual. Estos objetivos se planearon a partir de la evaluación antes de la intervención y sobre todo, a partir de los sucesos en cada una de las sesiones. Para cubrir paulatinamente estos objetivos, las actividades a realizar en cada una de las sesiones también fueron importantes, por lo que se muestran a continuación.

Tabla 2

**Actividades realizadas**

<b>No. de sesión</b>	<b>Actividades realizadas</b>
1	Juego libre: cocina.
2	Juego libre: casa de muñecas.
3	Actividad dirigida: "Cuenta un cuento". Instrucción: elegir dos personajes (títeres digitales) cada una y armar una historia con un inicio, un desarrollo y un final.
4	Actividad dirigida: Ejercicio corporal y de toma de contacto. Dibujo: lo que desean dejarle la una a la otra. Fantasía guiada: de la separación al encuentro.
5	Plasmando recuerdos: actividad de expresión a través del dibujo y la fotografía.
6	Actividad dirigida: juego con títeres (juego de roles e intercambio de papeles). Autorreflexión: la despedida.
7	Juego de construcción: "la casita". Dibujo: ¿qué sentimos?
8	Expresión verbal: lo que sentimos Juego de contacto corporal.
9	Ejercicio vivencial: evocación de recuerdos. Juego con plastilina: recreación de la figura del abusador y reconstrucción de eventos positivos.
10	Relajación. Autorreflexión: los sentimientos relacionados con las vivencias a raíz del abuso, el maltrato y el internamiento.
11	Ejercicio cognitivo: ¿quién es Silvia? (madre de Juanita); ¿qué hemos hecho

	en las sesiones?
12*	- - -
13	Dibujo. Juego libre: juego de construcción (casa de madera) y rompecabezas (pez y castillo)

\* No se puede llevar a cabo la actividad planeada ya que la convivencia no se realiza en el espacio acostumbrado.

Como puede observarse (Tabla 2), las actividades realizadas fueron diversas; desde aquellas que involucraron sólo el juego libre, hasta actividades completamente dirigidas por la terapeuta, lo cual es fundamento básico en las terapias breves. Vale la pena recalcar que las actividades planteadas fueron principalmente de tipo vivencial, en donde tanto la niña como la abuela tuvieron la oportunidad de expresar sentimientos y pensamientos relacionados con la pérdida y la separación.

Este tipo de actividades facilitó que se estableciera un vínculo de mayor confianza y seguridad; además se propició la comunicación abierta, situación que generalmente no le era permitida a Juanita en casa; con ello la abuela aprendió a escuchar a su nieta lo que le hizo reformular de alguna manera el concepto que tenía de la niña así como la idea acerca de las vivencias de ésta, como el abuso sexual.

La inclusión de actividades como la relajación corporal, permitió disminuir la ansiedad y la tensión corporal, lo cual facilitó el trabajo del resto de la sesión. La expresión a través del dibujo, las cartas, el juego de roles, favorecieron en ambas la adquisición de una mayor facilidad para expresarse sin necesidad de estos medios, hablando no sólo de los eventos sucedidos sino de los sentimientos alrededor de éstos, lo que permitió de alguna forma reconstruir estas experiencias.

Las actividades por sesión, ligadas al objetivo general y los específicos, fueron de utilidad para que los patrones de interacción entre ambas cambiaran, como se muestra a continuación.

Tabla 3

## Formas de Interactuar

No. de sesión	Formas de interactuar	
	Física	Verbal
1	Aunque hay besos y abrazos, el contacto es limitado. La niña se coloca más cerca de la terapeuta. La señora busca relacionarse con la niña a través de los alimentos que trae a la niña.	Muy limitada; impera el silencio la mayor parte de la sesión, es la abuela quien toma la iniciativa, la niña contesta con algunos monosílabos.
2	Hay algunos abrazos y besos. Continúa la relación a través de los alimentos.	Muy limitada, la abuela realiza algunas preguntas y la niña responde con monosílabos.
3	Además de los besos y abrazos acostumbrados, la niña busca la cercanía física con la abuela, quien responde al contacto que inicia su nieta, aunque continúa siendo poco espontáneo.	Hay más interacción que en las primeras ocasiones; ambas preguntan e intentan responder las dudas de la otra.
4	Mayor interacción, ambas buscan la cercanía; la niña se "acurruca" con su abuela como una niña de menor edad. Los alimentos siguen siendo un elemento importante.	La comunicación es mayor, hablan no sólo de experiencias sino de sentimientos relacionados con la pérdida.
5	El contacto es más espontáneo, la niña busca a su abuela y ésta responde a las interacciones. Disminuye la interacción por medio de los alimentos.	Incrementa la espontaneidad en su interacción; es ahora la niña quien comienza a conversar con su abuela.
6	Hay mayor interacción, siendo ésta más espontánea. No son necesarios los alimentos para que la abuela pueda acercarse a la niña.	Hay dificultad para expresar los sentimientos relacionados con la posible separación, sin embargo ambas lo logran.
7	Los alimentos dejan de ser un elemento primario en la visita; la niña elige jugar con la abuela. La convivencia es más relajada y hay más confianza para acercarse.	La abuela identifica los sentimientos de la niña y es capaz de reflejárselos. Hay mayor fluidez para hablar sobre la posibilidad de reunificación familiar; se expresan pensamientos y sentimientos al respecto.

8	La interacción es limitada; la niña manifiesta sentirse mal físicamente y se muestra retraída. La abuela busca reconfortarla.	Se habla principalmente sobre la tristeza generada por la estancia de Juanita en el Albergue.
9	Ambas se sientan muy cercanas la una a la otra; la abuela se coloca en forma protectora hacia la niña. Contacto espontáneo y con mayor confianza.	Se fomenta el relato de lo sucedido antes de que la niña llegara al Albergue. Se habla sobre el abuso sexual.
10	El contacto es más relajado, aunque la niña se muestra un tanto apática.	La expresión de sentimientos es más espontánea, ya que no se limita sólo a las actividades. Sin embargo, la niña se muestra callada ya que le duele la garganta.
11	La abuela busca estar cerca de su nieta, abrazándola constantemente. La niña responde favorablemente a los contactos iniciados por la abuela.	Es la primera vez que la niña manifiesta su tristeza de manera verbal. La abuela es capaz de dar apoyo de forma verbal, animando a la niña a "desahogarse".
12	Muy limitado, la niña se limita a comer y la abuela a observarla.	Nulo, no hay palabras, mas que el saludo.
13	Hay cercanía, ambas buscan el beso y abrazo de la otra; el juego es espontáneo y muy relajado en comparación al inicio de las sesiones.	Platican mientras juegan; manifiestan esperanza de poder estar reunidas en un futuro.

En cuanto a las forma de interactuar (Tabla 3), se puede observar que hubieron cambios importantes ya que de la primera a la cuarta sesión hay un incremento notable en la forma de interactuar. A partir de la quinta sesión, los alimentos que trae la abuela a la niña dejan de ser un elemento primario en la sesión, aunque es hasta la séptima en la que Juanita es quien decide definitivamente que prefiere pasar el tiempo con su abuela y guardar lo que ella le trae para después. Al seguirse el curso de las sesiones, se puede observar que las formas de interactuar van cambiando, pues de ser poco espontáneas y tensas, se van relajando poco a poco, aunque debe aclararse que vuelve a haber tensión o dificultades en la relación, ya fuera por las somatizaciones de la menor o cuando se hablaba de las expectativas de la reunificación familiar. Es por esto, que el tomar en cuenta las

respuestas afectivas de la niña y la abuela fue importante, pues son un indicador de los cambios que hubo a lo largo de la psicoterapia como se muestra a continuación.

Tabla 4

## Respuestas o reacciones afectivas

No. de sesión	Respuestas/reacciones afectivas	
	Niña	Abuela
1	Al inicio se muestra tímida, al buscar el contacto de la abuela y ser "rechazada" se retrae más.	Hay llanto; se muestra más preocupada porque la niña come todo lo que le ha traído limitando el contacto entre ellas. Además resuelve las cosas que la misma niña puede abrir (como abrir un yogurt).
2	En general hay risas mientras transcurre el juego. Muestra perseverancia.	La mayoría de sus respuestas son para dirigir las actividades, sin embargo lo hace en un tono de voz tranquilo.
3	Tristeza y ansiedad, al hablar sobre la fuga de casa. Alegría al involucrarse en el juego. Timidez.	Tristeza y enojo. Alegría y vergüenza durante el juego.
4	Es la primera vez que llora, aunque logra contenerse. Manifiesta alegría en el juego.	Alegría y tristeza.
5	Llanto ante la noticia de que la abuela no se puede hacer cargo de la niña; desesperanza. Felicidad y alivio.	Llanto, preocupación, culpabilidad e impotencia. Al final alivio y agradecimiento.
6	Ansiedad y evitación. Esperanza y alivio ante una posible reunión.	Ansiedad y preocupación. Esperanza ante una posible reunión.
7	Ansiedad, preocupación y tristeza. Esperanza.	Ansiedad, enojo y llanto. Esperanza.
8	Tristeza y llanto contenido. Tranquilidad.	Preocupación.
9	Ansiedad, miedo, llanto y enojo.	Preocupación, llanto, tristeza y enojo.
10	Apatía.	Esperanza.
11	Tristeza y llanto.	Tristeza y preocupación.
12	Timidez.	Timidez.
13	Alegría, risas, esperanza.	Satisfacción y alegría.



Las respuestas o reacciones afectivas de Juanita y su abuela, fueron diversas y variables a lo largo de cada sesión (Tabla 4), aunque hubo un predominio de tristeza, preocupación y ansiedad; también hubieron expresiones “positivas” como la alegría y el sentimiento de esperanza, lo cual fue de gran ayuda durante el proceso terapéutico pues permitió que tanto la niña como la abuela pensarán en un probable futuro juntas y con menos dolor. La respuesta conductual más observada fue el llanto, aunque en un inicio para la niña era difícil manifestarlo. Este fue uno de los aspectos que más se trabajaron con Juanita, pues constantemente se le reflejaba la necesidad de llorar que parecía tener y manifestar de esta forma su tristeza e impotencia.

Tabla 5

## Reacciones al separarse

No. de sesión	Reacciones al separarse	
	Niña	Abuela
1	Tristeza.	Complacencia y tristeza.
2	Conformidad.	Tristeza.
3	Tranquilidad; se muestra contenta por la actividad realizada.	Alivio; ve a su nieta mucho mejor.
4	Tristeza y esperanza: sabe que verá a su abuela otra vez.	Alegría porque ve a su nieta mejor (más feliz).
5	Felicidad y confianza.	Tristeza y culpa.
6	Alegría y esperanza.	Confusión y complacencia.
7	Tristeza y decepción.	Tristeza y llanto.
8	Tranquilidad.	Preocupación.
9	Satisfacción.	Ansiedad y culpa.
10	Apatía.	Ansiedad y tristeza.
11	Satisfacción.	Preocupación.
12	Alivio.	Alivio.
13	Alegría.	Alegría.

Finalmente, otro de los aspectos importantes a observar dentro de las sesiones fueron las reacciones ante la separación al finalizar la convivencia (Tabla 5); este parámetro proporciona indicadores sobre la capacidad de recuperación de los sujetos, después del trabajo de cada sesión o de las formas de reacción ante eventos estresantes y su forma de afrontarlos. De esta manera, puede observarse que desde el principio es la niña quien tiene reacciones más positivas ante la

separación, sobre todo a partir de la sesión cuatro, que puede relacionarse con que comenzaba a tener mayor confianza en su abuela, aunque no deja de haber decepción e incluso frustración, cuando la esperanza de reunificación familiar se ve truncada como sucede en la sesión siete. En cuanto a la abuela, se puede observar que hay más ansiedad y tristeza ante la separación, esto puede deberse a la preocupación de lo que le pudiera pasar a la niña estando en el Albergue, además de la carga emocional al no poderse llevar a su nieta y tener que afrontar este hecho.

Como segunda parte del análisis de resultados, se presentan los datos obtenidos mediante los instrumentos aplicados.

En la primera sesión se realizó la entrevista (anexo 1) a la señora Juanita, después de haber facilitado el primer encuentro entre ella y su nieta. Los datos obtenidos de esta entrevista fueron muy importantes pues permitieron conocer las expectativas de la abuela respecto a las convivencias. El principal motivo de la señora para las visitas es que deseaba estar al pendiente de la niña y hacerle saber que no estaba sola. De hecho, la abuela no había dejado de asistir al Albergue cada semana para ver a la niña a través de la Cámara de Gesell, hasta que se le otorgó el permiso de las convivencias directas.

Manifestó desear mantenerse informada de cómo estaba su nieta, poder verla y convivir con ella, pues de antemano refirió que no podía hacerse cargo de la menor pero deseaba estar al pendiente de Juanita. Fue notoria su preocupación por que en un inicio vio a su nieta triste y menos platicadora, además le inquietaba que otros niños le pegaran y que no fuera bien atendida dentro del Albergue. En cuanto a la interacción entre ambas, la abuela no refirió ningún problema pues comentó que ambas se llevaban bien. Acepta participar en el proceso de psicoterapia con el deseo de que la niña no les guardara rencor a ella o a su mamá, manifestando también culpa por no poder llevársela. En este sentido, se le aclaró a la señora el objetivo de la terapia, señalándole además que su participación era muy importante.

A continuación se hace una descripción de las diferencias en la Lista Verificable, observadas antes y después de la intervención. Los cambios se marcan con gris.

**Lista Verificable (7 categorías)**

Afecto Parental	Pre		Post	
	Sí	No	Sí	No
No se observó		X		X
Tenso	X			X
Cauteloso	X			X
Sonrisa y placer (agrado)	X		X	
Lágrimas (tristeza)	X		X	
Volumen de voz elevado (emocionado)		X	X	
Volumen de voz elevado (enojo)		X		X
Muestras de afecto diferenciadas, según el miembro de la familia	No aplica		No aplica	

Como puede observarse, en cuanto al afecto de la abuela, de mostrarse tensa y cautelosa, esto disminuyó hacia el final del trabajo de la terapia; además de usar un volumen de voz bajo, éste incrementa lo cual nos habla de la seguridad que pudo haber adquirido al dirigirse a la niña, mostrando mayor emoción y menor timidez.

Intromisión parental	Pre		Post	
	Sí	No	Sí	No
Realiza preguntas continuamente	X			X
Dirige la actividad sin tomar en cuenta la opinión o necesidades del niño		X		X
Da instrucciones a los demás participantes para la actividad		X		X
Molesta o interfiere en las actividades que realizan los demás		X		X
Motiva y ayuda sin ser directivo	X		X	

En cuanto a la intromisión parental, se puede observar que disminuyó el que la abuela realizara preguntas continuamente, ya que en un inicio hacía una tras otra, sin dejar siquiera tiempo para que la niña pudiera contestar; al final se mostró más prudente haciendo menos preguntas y observaciones, dejando que la niña se desarrollara de manera más libre durante las sesiones.

Elogios	Pre		Post	
	Sí	No	Sí	No
Se observan		X	X	
Elogio hacia el propio trabajo		X	X	
Elogio hacia el trabajo de los demás		X	X	

En la categoría de elogios, se puede decir que en un inicio no se observó la presencia de palabras de aprobación o admiración ni a su trabajo ni al realizado por su nieta, pero más adelante la señora fue aprendiendo a mostrar interés y aprobación hacia las actividades realizadas por Juanita y al propio trabajo.

Permisividad Parental	Pre		Post	
	Sí	No	Sí	No
Son permisivos	X		X	
Permisivos en ocasiones		X		X
Permisivos la mayor parte del tiempo		X	X	
Permisivos todo el tiempo	X			X

En cuanto a la permisividad, al inicio la señora se mostraba completamente permisiva pues dejaba que la niña hiciera todo lo que quisiera (o lo que aparentemente la niña quería hacer); al final del proceso la señora era capaz de establecer los límites necesarios a la niña.

Complacencia	Pre		Post	
	Sí	No	Sí	No
Son complacientes	X		X	
Complacientes en ocasiones		X		X
Complacientes la mayor parte del tiempo		X	X	
Complacientes todo el tiempo	X			X

La permisividad se relaciona con la complacencia, pues de igual forma al principio la señora accedía a todas las peticiones de la Juanita y ser condescendiente con todas sus acciones; al final, la señora se limitó a complacerla sólo en las ocasiones en que lo ameritaba, de acuerdo a la actividad que se estuviera realizando.

Comunicación	Pre		Post	
	Sí	No	Sí	No
Sólo comunicación no verbal		X		X
Comunicación verbal ocasional	X			X
Comunicación verbal constante		X	X	
Responde a las necesidades del niño	X		X	

En cuanto a la comunicación, puede decirse que la limitación existente para hablar fue disminuyendo paulatinamente hasta que llegaron a hablar con soltura, no sólo de eventos cotidianos, sino de sentimientos y pensamientos relacionados con la separación, el evento de abuso sexual, la expectativa de la reunificación familiar, etc.

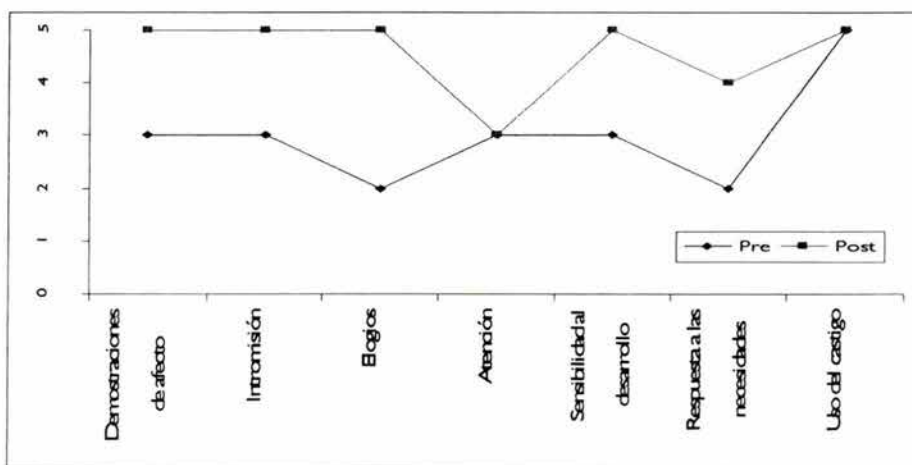
Uso de castigo o amenazas	Pre		Post	
	Sí	No	Sí	No
No utiliza	X		X	
Utiliza algunas		X		X
Utiliza muchas		X		X

En lo que respecta al castigo, nunca se observó el uso de éste, por lo que no se reportan cambios antes y después de la intervención.

Ahora bien, en lo que respecta al Registro de la Observación de la Interacción, las diferencias antes y después de la intervención pueden observarse en las siguientes gráficas.

Gráfica 3

#### Resultados antes y después de la intervención para la subescala "Familiar"

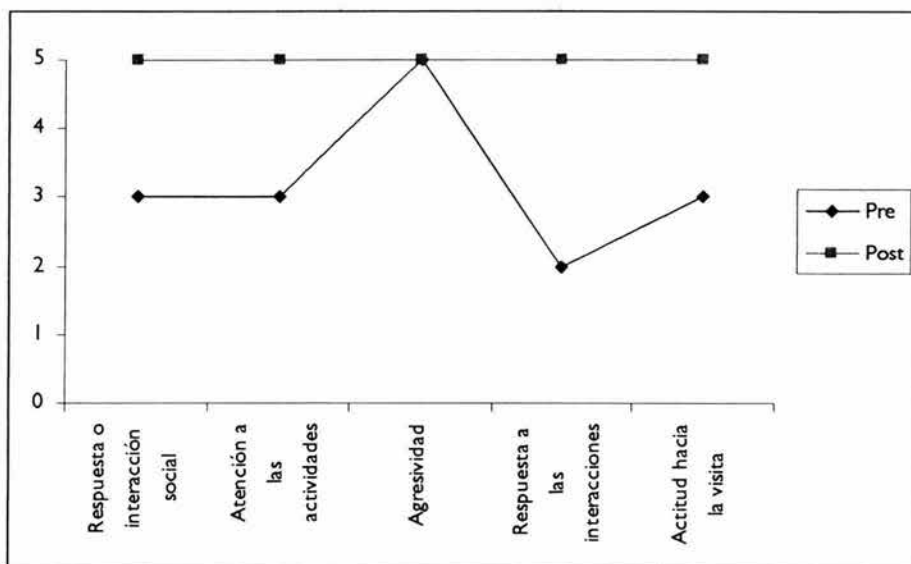


Las *demostraciones de afecto* se refieren principalmente a las existentes durante la actividad de juego; en la Gráfica 3 se puede observar que al inicio la abuela se mostraba interesada al jugar con su nieta, sin embargo parecía disfrutarlo sólo un poco, lo cual al final de las sesiones es diferente, pues la señora es capaz de demostrar que se divertía en el juego, sin temor a “hacer algo mal” o a no saber cómo hacer las cosas. En cuanto a la *intromisión*, en este registro se observan datos similares a los de la lista verificable pues aunque en el inicio hacía muchas preguntas era Juanita quien dirigía el juego; al final, hacía algunas preguntas y se involucraba de manera más activa en el juego sin llegar a ser directiva, lo cual facilitaba en cierta medida el transcurso de las actividades. Al igual que en la categoría anterior, los datos observados en la categoría de *elogios* se asemejan a los de la lista verificable, pues de no observarse elogio alguno, la señora Juanita fue capaz de elogiar tanto los intentos como los logros alcanzados por la niña, tomando en cuenta siempre las capacidades y limitaciones de su nieta. En cuanto a la *atención*, que se refiere al cuidado que le pone la abuela a las conductas positivas y negativas de la niña, no se observan cambios, encontrándose que la abuela intenta atender a todas las conductas de Juanita. Al considerar la *sensibilidad* del adulto a las respuestas del menor o a los logros obtenidos de acuerdo a sus capacidades reales de acuerdo con su desarrollo, se pudo observar que al inicio la señora subestimaba la mayor parte del tiempo las capacidades de su nieta, sin embargo, poco a poco aprendió a distinguir las cosas que su nieta podía hacer por sí misma, además de que la dejó tomar sus propias decisiones, como si deseaba comer o no lo que le traía, si quería jugar y hablar o no, etc. En este sentido, aunque desde el inicio la señora Juanita trató de *responder a las necesidades* de la niña, en ocasiones no podía involucrarse en las actividades o ignoraba algunas de las pocas preguntas que su nieta le hacía, lo cual cambió hacia el final de la intervención, pues la señora hacía su mayor esfuerzo por responder a las preguntas de su nieta, aunque en ocasiones no tenía respuesta por lo que se apoyaba en la terapeuta. En lo que respecta al *castigo*, no se observa el uso de este.

En cuanto a la menor Juanita, se observaron los siguientes cambios en los indicadores de las diferentes categorías.

Gráfica 4

## Resultados antes y después de la intervención para la subescala “Niño”



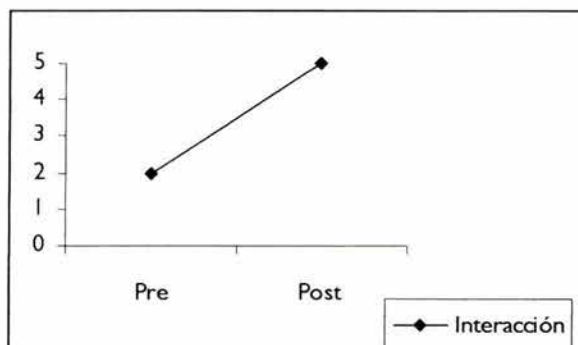
En la Gráfica 4, para la categoría de *respuesta o interacción social* se puede decir que aunque al inicio no se mostró completamente distante de su abuela, Juanita duda en responder a algunas de las aproximaciones que inicia su abuela. En la última sesión es más responsiva al contacto iniciado por el adulto, inclusive es la misma niña quien busca la interacción con la señora, teniendo la seguridad de que va a tener alguna respuesta. En cuanto a los juguetes, después de sólo observarlos y tomar algunos, se muestra más decidida acerca de los objetos que desea utilizar en el juego libre, invitando a la abuela para que juegue con ella.

Uno de los problemas observados en Juanita se refiere a la *atención limitada* que ponía en las actividades, pues al inicio se comprometía en estas por periodos muy breves; hacia la última sesión, hay constancia en la actividad, mostrando interés sostenido tanto en la conversación como en el juego. En cuanto a las conductas relacionadas con la *agresión*, Juanita nunca mostró este tipo de comportamientos, ni al inicio ni al final de las sesiones. Al igual que con la abuela, Juanita respondía sólo a algunos de los intentos de la señora por involucrarla en una actividad, lo cual cambia al final de la

intervención, ya que la niña intenta responder a todas las *preguntas* y a las *interacciones* iniciadas por la abuela. En cuanto a la *actitud* de Juanita *hacia la visita* de su abuela, fue evidente que la niña mostró más interés por la comida y los objetos que traía su abuela que por la visita recibida, quizás por la novedad de tener algo propio dentro del Albergue. En la última sesión, se muestra más interesada por la visita de la abuela, quedando en otro plano la comida que solía traerle.

Gráfica 5

**Resultados antes y después de la intervención para la subescala “Interacción adulto-niño”**



Finalmente, al hablar de la *interacción* entre Juanita y su abuela puede decirse que ocurrió un cambio radical, pues al inicio se observó que la abuela se limitó a observar el juego de la niña y la conversación fue limitada; al final de las sesiones, la relación entre ambas fue más positiva, incrementando no sólo la comunicación verbal sino también la no verbal, además de que las dos se involucraban más en el juego.

Una vez descritos los cambios que se observaron antes y después de la intervención, de manera “cuantitativa”, mediante los instrumentos utilizados, se muestran los resultados observados de manera cualitativa. Este tipo de análisis permite describir, interpretar y comprender la experiencia humana y elaborar el significado que dicha experiencia tiene para los participantes (Kazdin, 2001). El análisis cualitativo es útil en la psicoterapia ya que no se limita a alguna medida, categoría o determinada escala, sino que se basa en una



descripción detallada de las sesiones (Anexo 2), por lo que la información se basa principalmente en las palabras y acciones de los pacientes, lo cual es una fuente de datos que puede dar indicadores de sus emociones, la manera en que organiza sus experiencias y su mundo, sus pensamientos sobre lo que está pasando, etc.

En el caso descrito, a pesar de que hay dificultades de comunicación en la primera convivencia, son evidentes los deseos de la abuela para que su nieta esté mejor pues constantemente se esfuerza por manifestar el cuidado y el afecto que tiene hacia Juanita. Es interesante como la abuela usa la comida, quizás como una forma de mostrar interés y manifestar su afecto, incluso insiste en que la niña la coma sin preguntarle si desea hacerlo o si tiene hambre. Además la abuela no sabe cómo reaccionar ante los intentos de su nieta por acercarse, y aunque no se puede hablar de un rechazo al contacto con su nieta, sí se observa que para la señora es de mayor relevancia que la niña coma todo lo que le trae. En lo que respecta al juego, ambas son pasivas quizás por la novedad de la situación, aunque se debe tomar en cuenta que muchas veces los adultos no saben cómo jugar con los niños.

En la sesión dos se observaron elementos importantes de la interacción entre ambas; un aspecto relevante es la ambivalencia ante el contacto pues aunque por un lado manifiestan agrado al verse, transcurridos unos minutos ya no saben qué hacer o cómo comportarse. Es importante como se vinculan a través de los alimentos que la abuela trae, pues para ésta parecen ser muy significativos y si la niña hace un mínimo intento por dejar algo, la abuela la “anima” a comerse todo. Al respecto, al final de la sesión se le dice a la señora que no es obligatorio traer comida ya que en el Albergue los niños son bien alimentados, además de que el tiempo que la niña ocupa en comer lo pueden emplear en el juego y la interacción. En cuanto al juego la abuela se involucra poco, es más una participante pasiva; a diferencia de la sesión anterior Juanita se anima a tomar la casa de muñecas e inicia un juego en el que involucra más a la abuela. En este juego, es significativa una frase de la señora quien le señala a Juanita que ha dejado una niña “huerfanita”, por lo que la reubica a lado de los demás “miembros de la familia”; éste puede tomarse como un primer indicador de cómo es que se sentía Juanita dentro del Albergue y en relación con su familia.

En la tercera sesión surge el tema de la fuga del hogar y del abuso sexual; sin embargo, la abuela tiene sus propias ideas acerca de lo sucedido, pues para ella parece ser la niña la única culpable, ya que incluso le es difícil aceptar que en realidad pasara el abuso sexual, además de que niega el maltrato de parte de la madre hacia la niña. Fue importante señalarle dentro de la sesión que no había que buscar al culpable en su nieta, pues ella era la víctima de ello. Se le señala que efectivamente un niño no puede hablar de algo que no ha visto o vivido, por lo que un abuso sexual es muy difícil de inventar. En cuanto al juego, hay más interacción, no obstante sigue siendo poco espontáneo. En esta ocasión al estar manipulando los títeres de animales, Juanita comenta que le gustaría ser la tortuga *“para meter mi cabeza en mi cuerpo...yo también me hago bolita cuando duermo”*. Al preguntarle qué pasa cuando una tortuga mete su cabeza, responde que se esconde pero no sabe decir de qué o quién. Sin embargo, es interesante que uno de los temas que surge en la sesión, sea el miedo que le provocan diversas situaciones (como estar fuera de casa cuando anochece); éste es otro indicador importante de cómo se sentía la niña y quizás de la forma en que estaba afrontando algunas de las cosas que le suceden. A pesar de las dudas que la abuela manifiesta sobre lo sucedido, también desea que la niña olvide todo *“como si fuera un sueño”*, por lo que se le responde que quizás no lo olvide pues son situaciones muy difíciles pero que sí puede ser que esto llegue a ser menos doloroso.

En la sesión cuatro, Juanita manifiesta el desear ver a su hermano quizás como manera de expresar lo que extraña de su vida cotidiana antes de llegar al Albergue; en esta sesión en especial se intenta que la niña encuentre una forma de *“tener presente a su abuela”* aunque por el momento no puedan estar juntas físicamente. Además llama la atención los dibujos (Anexo 3) que hacen como parte de la actividad; por ejemplo, la niña ocupa diversos elementos como corazones, una figura que la representa a ella y unas flores, además de que los colores son vistosos; la abuela, dibuja una flor de color vivo, la cual representa a su nieta, sin embargo hay que notar que es el único elemento que dibuja, compensando esta escasez de imágenes con un mensaje que expresa lo que la señora siente (el amor hacia Juanita) y su deseo de siempre estar al pendiente de ella y nunca olvidarla. En esta sesión fue importante poder fomentar una conexión emocional segura, que permitiera mayor comunicación entre ambas; la abuela se muestra más sensitiva y responsiva.

Ahora bien, entre la sesión cinco y la séptima, se trabaja con los sentimientos y pensamientos relacionados con la separación definitiva o la probable reunificación familiar; resulta interesante que de una sesión a otra y al parecer a partir de las vivencias en las sesiones, la abuela decide que hará un intento en el juzgado para quedar como responsable de la niña; no obstante esta decisión, esto se manejó con cautela ya que no se tenía la seguridad de que Juanita le fuera entregada en custodia. Ante la expectativa, había ansiedad tanto de la niña como de la abuela, lo cual se hace más evidente en la sesión siete, donde la niña es incapaz de armar una casa de madera e incluso comenta que está triste porque *“no me sale la casita...porque no tengo una casa y ya me quiero ir”*. Esto puede ser un indicador del sentido de impotencia de la niña ante la situación en la que se encontraba, deseando irse con la abuela y teniendo que permanecer en el albergue. A pesar de ello, es capaz de afrontar la respuesta que le da la abuela en esa misma sesión, pues le comunica que será muy difícil que le otorguen la custodia; incluso, la niña concluye que a pesar de que no se pueda ir con la abuela sabe que ella la quiere, en sus palabras le dice *“tú sí me quieres porque mi mamá nunca me decía hija”*, agregando otra frase más adelante *“...si no me puedes llevar, te quiero con todo mi corazón”*; lo cual indica que a pesar de la frustración puede ser capaz de encontrar algo positivo de la situación.

Para la sesión ocho, la niña es capaz de verbalizar su sentimiento de tristeza, relacionándolo con que no se puede ir con su abuela; no obstante, muestra una actitud regresiva, buscando la cercanía física con su abuela aparentemente como una forma de protección.

En la sesión 9 se observaron elementos importantes en el trabajo con los sentimientos de la niña y la abuela acerca del abuso sexual; para Juanita fue muy significativo que la abuela estuviera ahí para escuchar lo que le había sucedido, sin juzgarla ni interrumpirla; para la abuela fue impactante escuchar por primera vez el relato de lo sucedido de los labios de su nieta, sintiendo incluso el dolor y el miedo de la niña. Uno de los momentos significativos es cuando Juanita pide ayuda a su abuela por lo sucedido, manifestando que necesita que le crea y que tiene miedo, buscando no sólo su comprensión sino el consuelo y la cercanía física. El que la abuela fuera capaz de dar este apoyo sirvió para que la niña confiara más en la abuela y en que esta puede ser una fuente de seguridad.

Asimismo, a lo largo del proceso se observó una mayor capacidad en Juanita para compartir sus sentimientos con su abuela. Entre las sesiones 10 y 13, además de ir recapitulando poco a poco lo trabajado en las sesiones anteriores se fueron reforzando algunas de las habilidades de interacción adquiridas. Se dirigió el trabajo hacia una separación temporal y la expectativa de una posible reunificación; además se habló de la figura de la madre de Juanita, siendo en la sesión 11 en la que la abuela comenta que al ver a Juanita es como si recordara a su hija S., diciendo *“esta niña está viviendo la soledad de su mamá...pero ella tenía a sus hermanos y Juanita está solita”*. En la sesión número 12, se cambió de escenario de trabajo, por lo que se vio afectada la forma y curso de la sesión, no hay contacto ni interacción, pues la presencia de extraños parece generarles timidez. En la sesión 13, Juanita fue capaz de expresarse acerca del valor de las sesiones, su espacio terapéutico y lo que ella realizaba dentro de éste. Un indicador interesante de los cambios en Juanita es que en esta última sesión, se involucra activamente en el juego, invitando a su abuela. Elige la casa que en la sesión 7 no había podido armar y logra armarla; además elige un colorido rompecabezas de un pez y un castillo, el cual también arma con facilidad.

A lo largo del proceso se pudo observar que de la manifestación de la tristeza y soledad a través del juego, Juanita logra recuperar la esperanza, fundamentada en los deseos de la abuela, de que puede haber una reunificación familiar, aunque para ello tenga que ser más prolongado el tiempo de la separación debido a los trámites que se tengan que realizar; además es capaz de comprender que a pesar de que ella y su abuela estén separadas hay algo que las une; Juanita logró sentirse querida lo que también fue de ayuda para su autoestima.

Al resumir los cambios que se observaron a lo largo de la psicoterapia, se pueden identificar factores fundamentales en Juanita, su abuela y la interacción, como se observa en el siguiente recuadro.

Respecto al caso analizado se puede decir lo siguiente:

	<b>Problemas al inicio</b>	<b>Resultados al final de la terapia</b>
Juanita (nieta)	Baja autoestima, ansiedad, culpa, múltiples pérdidas, demandante, conductas regresivas, juego aislado, miedo al abandono. Dificultades en la atención.	Menos ansiosa, disminuyó culpa, más independiente, capaz de expresar sus emociones y pensamientos; surgen sentimientos de esperanza y piensa en la reunificación; el juego es social y cooperativo. Mejora su atención.
Juanita (abuela)	Sobreprotectora, ansiedad, pasiva en el juego, sentimientos de culpa y vergüenza, intrusiva, no sabe jugar con la niña. Se niega a hacerse cargo de la niña.	Capaz de despedirse de la niña, menos ansiosa, más responsiva, al pendiente de las necesidades de la niña sin entrometerse, participa en actividades, disfruta el juego. Desea hacerse cargo de Juanita.
Interacción	Relación a través de la comida, interacción basada en lo físico, dificultad en la interacción verbal.	Relación a través del juego, expresión de sentimientos y pensamientos; verbalización constante.

Básicamente, puede decirse que hubieron tres cambios importantes: la disminución de las reacciones de tristeza derivadas de la separación, el surgimiento de formas más positivas de afrontamiento ante la frustración del deseo de la reunificación familiar y el incremento en las habilidades de interacción.

## Discusión y Conclusiones

Al analizar los resultados, puede decirse que se cumplió el objetivo general inicial, logrando reforzar el vínculo entre Juanita y su abuela, fomentando de esta forma una relación de mayor confianza que sirvió como base para la libre expresión de sentimientos y pensamientos, así como para el aumento de habilidades de interacción, favoreciendo con ello una reacción más asertiva ante la probable separación definitiva, aunque surgió la esperanza fundamentada de la reunificación familiar.

Ahora bien, el surgimiento de modelos integrativos se ha explicado por la evidencia existente de que en la práctica clínica los psicoterapeutas utilizan formas de abordaje que incluyen elementos provenientes de diferentes enfoques originales (Fernández, 1992). En la estrategia de intervención planteada, se retomaron diversos modelos teóricos y psicoterapéuticos, con los que se trabajó en las convivencias familiares y que fueron benéficos de una u otra forma.

Esto puede explicarse por la tendencia actual de encontrar los factores comunes que existen en las formas de psicoterapia en vez de enfatizar sus diferencias. Morris y Maisto (2004) mencionan que la generalidad de intervenciones psicoterapéuticas permite a las personas emprender acciones específicas que le ayuden a afrontar las cosas de manera más efectiva. Otro aspecto importante es que casi todas las formas de psicoterapia ofrecen esperanza de un cambio y un incremento en el sentimiento de valía personal.

Aunque puede pensarse que la estrategia de “psicoterapia aplicada a las convivencias familiares” tiende al eclecticismo, se argumenta que se seleccionaron los parámetros que teóricamente se aplicaban mejor al problema planteado. De esta forma la estrategia no se limita a un procedimiento único sino a la aplicación de los recursos diversificados y necesarios para enfrentar con mayor éxito los problemas que aquejan a las personas como menciona Fernández (1992).

Así mismo, el reciente énfasis que se ha dado en el ámbito de la salud mental a los tratamientos breves, un plan limitado a doce sesiones es atractivo no sólo para los padres o familiares, sino para las mismas instituciones que tienen que atender una gran demanda. El valor terapéutico del modelo de intervención planteado, combinado con la economía y la eficiencia que éste ofrece, hace de esta aproximación

una intervención viable para los niños y los familiares que los visitan dentro del albergue.

En cuanto al uso del juego como vía de comunicación puede decirse que éste sirvió para que se tuviera un mayor dominio de situaciones así como un mayor desarrollo de habilidades sociales. Juanita, a través del juego realizó varios intentos por organizar sus experiencias y expresar sus sentimientos.

Además el juego sirvió para fomentar una relación positiva de Juanita con su abuela, notándose un incremento en el nivel de empatía de la abuela hacia su nieta y la aceptación aparentemente incondicional de la niña; en Juanita se notó una disminución de las conductas relacionadas con la ansiedad, lo cual coincide con lo mencionado por Costas y Landreth (1999). Al fortalecerse la relación entre ambas, se mejoraron las habilidades de comunicación y la capacidad para divertirse, como menciona Van Fleet (2000).

Por otro lado, el papel como psicoterapeuta activo en la intervención fue de gran ayuda, pues al ser directivo los familiares pudieron aprender y entender lo que sus niños comunicaban a través del juego, fomentando con ello la comprensión entre niños y adultos. Asimismo, el ambiente empático y la relación altamente interactiva entre paciente y terapeuta, permiten una mayor rapidez en el desarrollo de estrategias para resolver problemas como lo proponen Killough y Mc Guire (2001).

Al centrar la atención en la relación entre el adulto y el niño, se lograron cambios en la forma en la que los familiares se acercan al niño, como propone Trad (1992). En este sentido, al fomentar una conexión emocional segura, se permitió la comunicación abierta y la solución de problemas de manera más efectiva (Johnson y Lee, 2000).

Al considerar la teoría del apego y hablando de las principales cuidadoras de Juanita, puede decirse que la madre era inconsistentemente responsiva lo cual la llevó a desarrollar un apego ambivalente/resistente con la madre; al contrario, a la abuela la rescata como una figura más responsiva, llevándola a tener una relación de apego más segura, sin embargo a pesar de esto al inicio la niña mostraba demandas de atención y protección de manera constante, sobre todo hacia el final de las primeras sesiones ya que al parecer por las formas de interacción que había internalizado, por el

trato negligente de la madre, al ver amenazada su relación con la abuela, sus niveles de ansiedad y estrés aumentaban. Esto se relaciona a lo propuesto por Howe y cols. (1999) quienes aclaran que un niño clasificado como ambivalente, generalmente se caracteriza por haber vivido más que maltrato físico, negligencia por parte del cuidador primario que en este caso puede ser su madre. Sin embargo, conforme avanzaron las sesiones y disminuyó el sentimiento de abandono, Juanita pudo ser capaz de despedirse de su abuela cada sesión, con la esperanza siempre de volverla a ver la siguiente semana.

Se dice que los niños clasificados como ambivalentes muestran bajos niveles de concentración por lo que se distraen fácilmente, se mueven de un lugar a otro o dejan de hacer lo que están haciendo (Howe et. al., 1999). Esto fue notorio en Juanita, quien se distraía constantemente en las primeras sesiones, sin embargo poco a poco comenzó a tener periodos de atención más prolongados, por lo que se comprometía cada vez más en las actividades.

La atmósfera propiciada en las sesiones permitió la catarsis de eventos dolorosos y el reconocimiento y aceptación de los sucesos ocurridos, como la separación, el maltrato y el mismo abuso sexual; esto a su vez facilitó el establecimiento de patrones de interacción positiva más adaptativos. Asimismo, las intervenciones vivenciales permitieron la reformulación de las experiencias de Juanita y su abuela, lo cual ayudó al cambio de patrones de interacción.

Por otro lado, debe decirse que las condiciones del trabajo psicoterapéutico en el ámbito institucional fueron difíciles ya que no sólo se consideró el problema emocional del niño, sino se intentó atender a las necesidades derivadas del proceso de acogida, en este caso específico, las relacionadas con la separación del niño de su familia así como las pérdidas. En el caso de Juanita, ya se había enfrentado a pérdidas constantes, como la seguridad en el hogar y al entrar al Albergue se enfrenta al distanciamiento de las personas a las que se sentía vinculada, principalmente su abuela y su hermano. Por ello fue importante incluir a su abuela en las sesiones, pues participó activamente en el tratamiento y ayudó a que la niña tuviera la ilusión de estar nuevamente con su familia por lo que disminuyeron los sentimientos de abandono.



Considerando otro de los aspectos del proceso terapéutico, fue importante trabajar algunos de los problemas que se relacionan con el abuso sexual, como mencionan Killough y Mc Guire (2001) los más frecuentes son: la pérdida de confianza, la alteración de la imagen corporal, la culpa y la responsabilidad, enojo, depresión y las conductas autodestructivas. Aunque no era parte del objetivo inicial, el trabajo (directo o indirecto) con el tema del abuso sexual, favoreció en cierta medida que Juanita se percatara de que la responsabilidad del abuso fue del padrastro y no de ella, ya que los niños que han vivido este tipo de maltrato necesitan que se les diga muchas veces y de muchas maneras que ellos no son los responsables de lo sucedido.

En el proceso de terapia, se proporcionaron alternativas para la expresión de sentimientos; por ejemplo, la niña y la abuela pudieron expresar el enojo, lo cual se hizo a través de prácticas vivenciales. Además, se “normalizó” esta emoción, como algo esperado y necesario como reacción al abuso. Esto fue importante ya que la abuela fue un agente benéfico que ayudó a Juanita a liberar y tratar de resolver su enojo, siendo capaz de tolerar y facilitar la expresión de Juanita como lo proponen Killough y Mc Guire (2001).

Se ha mencionado, que las somatizaciones son comunes en las víctimas de abuso y en los niños que viven en alguna institución. Otro de los logros que quizás puede atribuirse al proceso terapéutico fue que las somatizaciones de Juanita disminuyeron, de acuerdo a los reportes de la doctora quien la trataba frecuentemente por dolores de estómago y de garganta que no se explicaban por ningún cuadro infeccioso.

Al observar los cambios en Juanita como el aumento de sentimientos de confianza, el sentir y saber que es importante para alguien, por lo que en realidad no ha sido abandonada, le hizo mejorar la percepción que tiene de sus cuidadores primarios.

Los cambios que se pudieron observar en la abuela se relacionan con un mayor entendimiento y aceptación del mundo emocional de la niña, el desarrollo de percepciones y actitudes más realistas y tolerantes respecto a éste; asimismo, fue evidente el desarrollo de habilidades parentales más efectivas basadas en estrategias más apropiadas, además de que se comenzó a ubicar en su papel de posible cuidadora primaria.

En el caso de la señora Juanita, aunque había descartado hacerse cargo de su nieta, conforme avanza el proceso terapéutico elige pedir la guardia y custodia, lo cual hace más que por un deber por el deseo del bienestar de la niña. Si bien la señora se decía cansada y con muchos problemas, hace un intento por ser una figura de apoyo y estabilidad emocional para su nieta.

En los momentos de retroalimentación con la abuela, ésta habló acerca de los cambios que notaba en Juanita y en ella misma. Aunque hay estudios como el de Wilson y Ryan (2001) que propone que cuando existe un bajo nivel económico y cultural, además de condiciones de pobreza, los familiares se involucran poco en el tratamiento de los niños, en este caso la abuela mostró disposición desde el principio e incluso realizó aquellas actividades que le representaban un mayor esfuerzo como jugar, escribir y dibujar.

En este sentido, para esta estrategia de intervención resulta fundamental no dar por hecho que los adultos tienen una serie de habilidades de las que en realidad suelen carecer como: jugar con sus hijos, hablar adecuadamente con ellos, usar juguetes adecuados, saber divertirse, etc. El sobreestimar estas capacidades puede poner en riesgo el objetivo de la reunificación sino se les proporcionan las habilidades necesarias que la hagan posible (Fernández y Fuertes, 2000).

Por otro lado, si bien el uso de instrumentos de evaluación así como de diseños experimentales o cuasi experimentales dan mayor rigor científico a las investigaciones realizadas, en este caso los instrumentos utilizados fueron sólo un indicador del estado antes y de los cambios originados después de la terapia, que deben ser tomados en cuenta con cautela pues no son instrumentos validados en población mexicana. Aunque no se descarta su utilidad por completo, se debe mencionar que hubieron limitaciones para video o audio grabar las sesiones y con ello contar con un indicador más objetivo para realizar el registro observacional, pues como mencionan Troll y Phares (2003) estos registros pueden servir como sustento empírico para probar la eficacia del tratamiento además de ser útiles en la supervisión de los progresos en la terapia.

Sin embargo, los datos obtenidos por el registro escrito de las sesiones fueron fundamentales en el análisis ya que como propone

Kazdin (2001) el principal objetivo de la investigación cualitativa es describir, interpretar y comprender la experiencia humana para elaborar el significado que ésta tiene para los participantes. Los datos obtenidos con este tipo de metodología son principalmente palabras que se derivan del análisis de las sesiones. De ahí la importancia de considerar las palabras y frases significativas de las sesiones, el contenido del juego, sus respuestas a las actividades, sus reacciones afectivas, las reacciones al separarse, las formas de interacción física y verbal, todos estos elementos que proporcionan indicadores sobre el avance, estancamiento o retroceso en el trabajo terapéutico.

Tomando en cuenta todos los casos atendidos, se puede decir que el programa de “convivencias familiares”, aunado a una intervención psicoterapéutica con un modelo integrativo que se adapte a las necesidades de los niños, los familiares y la misma institución, funciona en la mayoría de los casos, pues se mejoran (incluso se implementan) las habilidades de interacción, comunicación y se refuerza el vínculo entre los adultos y los niños, apoyando con esto algunas de las propuestas de Dossier y cols. (2002).

Además sirve para que los niños expresen los sentimientos que están relacionados con el maltrato, la separación y la pérdida, y los padres o familiares tengan la oportunidad de proporcionar una respuesta adecuada a las necesidades del niño.

Este tipo de intervenciones propicia que los participantes puedan expresarse de manera “libre” y se puede aprender a modificar patrones conductuales o de pensamientos por otros más funcionales y asertivos. Es importante señalar que en las intervenciones vivenciales, la relación con el adulto proporciona a los niños la experiencia clave que conecta su mundo personal con el mundo social.

Finalmente y como experiencia personal, puedo agregar que el ser residente en diversas instituciones, me permitió enfrentar los casos reales que se presentan en el ejercicio cotidiano de la psicoterapia infantil así como la adaptación a la deficiencia de los recursos con los que cuenta el sector público para la atención de los niños y en algunos de los casos, de sus familias.

En el caso de las instituciones del Sector Salud, como el Instituto de Comunicación Humana y el Hospital Psiquiátrico Infantil, las deficiencias son principalmente de espacios adecuados para el ejercicio de la psicoterapia así como de personal suficiente que en realidad se encuentre capacitado para la atención de los problemas que presentan los niños.

En cuanto al Albergue Temporal que es una institución judicial, más allá de los espacios y recursos humanos, es evidente la necesidad de ampliar la investigación sobre los programas de intervención y prevención respecto a los niños expuestos al maltrato infantil, además de la necesidad de políticas innovadoras sobre el tema, como lo han propuesto Jaffe, Superman y Jennifer (2000).

Hablando del trabajo general que se realizó en el Albergue, como la terapia individual, grupal y con familiares, puede decirse que las intervenciones breves con diferentes técnicas entre las que se incluye la terapia de juego, tuvieron un efecto importante aún con las condiciones que existen dentro de la institución.

Por ejemplo, era frecuente que hubiera una salida “temprana” de los niños por lo que no se podía realizar un cierre terapéutico adecuado ni mucho menos un seguimiento del trabajo. Por lo que adaptarse y aceptar las condiciones adversas del albergue, además de la dificultad de los casos, resultó fundamental para el ejercicio de la profesión.

El realizar el segundo año de la residencia en este albergue me permitió adquirir experiencia clínica en el tratamiento de las alteraciones emocionales y conductuales de los niños, pero lo que resultó invaluable fue el acercamiento a un mundo en donde a pesar de la adversidad, los niños fueron mis mejores maestros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrubarrena, M.M.I. y De Paúl, J. (1998). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y Tratamiento*. España: Ediciones Pirámide.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª edición). Barcelona: Masson.
- Axline, V. (2003). *Terapia de Juego*. 19ª reimpresión. México: Editorial Diana.
- Bratton, S., Dee, R. & Moffit, K. (1997). *Filial/family play therapy: an intervention for custodial grandparents and their grand children*. Department of Counseling, Development, And Higher Education, University of North Texas, Denton, Texas, USA. Recuperado el 29 de febrero de 2004, de la fuente EBSCO.
- Buchelli, S. G. (1999). Un acercamiento al abuso sexual infantil. *Psicología Iberoamericana*, 7(1), 49-55
- Cantón, D. J. y Cortés, A. R. (1999). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. 3ª edición. España: Siglo veintiuno.
- Cantwell, D. P. (1996). Mood disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 17-22.
- Casado F. J.; Díaz H. J. A. y Martínez, G. C. (1997). *Niños Maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Consejo Nacional de las Adicciones (2003). Sistema Virtual de Información. Recuperado el 6 de abril de 2004, de la fuente <http://www.conadic.gob.mx:8.html>.
- Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with non offending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8(1), 43-66.

- Davidson-Arad, B., Englechin-Segal, D. & Wozner, Y. (2003). Short-term follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Child Abuse & Neglect*, 27(7), 733-750.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E. y Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. Fondo de la Cultura Económica e Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Deborach, C.B., Turner, S.M. & Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood and social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 6643-6650.
- Del Valle, O.M. (2002). Los Servicios de Hospitalización. *Boletín Informativo, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"*, 1 (2), 4.
- Del Valle, S. (2003, 19 de septiembre). Mueren mil niños al año por violencia. *Diario Reforma*, 2B.
- Díaz, H. J. (1997). Concepto. Tipología. Clasificación. En F.J. Casado, H.J. Díaz y G.C. Martínez (Eds.), *Niños Maltratados* (p.p.9-14). Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Dozier, M., Albus, K., Fisher, P. A. & Sepulveda, S. (2002). Interventions for foster parents: Implications for developmental theory. *Development & Psychopathology*, 14(4), 843-860.
- Dubner, A. E. y Motta, R. W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(3), 367-373.
- Fernández, A. H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Argentina: Paidós, psiquiatría, psicología y psicósomática.
- Fernández, O. M., Vargas, T. B., Dickinson, B. E., González, Q. E., Palomeque, R. M., Sánchez, O. V., et al. (2002). La experiencia de un programa de atención a la violencia en una unidad de primer nivel para población abierta. *Revista, Facultad de Medicina, UNAM*. Recuperado el día 19 de septiembre de 2003 de la fuente [www.facmed.unam.mx/pública/revista](http://www.facmed.unam.mx/pública/revista).

- Fernández, V. J. y Fuertes, Z. J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. España: Psicología Pirámide.
- Fietz, C. (2002). *Terapia corporal en el tratamiento del abuso infantil y juvenil: manual de técnicas*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Finzi, R.; Ram, A.; Shnit, D.; Har-Even, D.; Tyano, S. y Weizman, A. (2001). Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 71(1) Jan 2001, 98-107.
- Franco, A. (2003). *Maltrato Infantil. Un nuevo enfoque de atención pediátrica en un servicio de emergencia*. Recuperado el 29 de septiembre de 2003, de la fuente <http://www.albafranco-pediatria.com/maltrato%20infantil.htm>.
- Fulgencio, J. M. y Ayala, V. H. (1996). Validación social de intervenciones conductuales con niños: Evaluación de metas, procedimientos y resultados. *Revista Mexicana de Análisis Experimental de la Conducta*, 22(2), 113-138.
- Garralda, H. (1980). El abuso hacia los niños (Revisión somera de algunas teorías sobre la agresión), *Salud Mental*, 3(3), 13-17.
- Gil, E. & Sobol, B. (2000). Engaging families in therapeutic play. En E. Bailey (Ed.), *Children in Therapy. Using the family as a resource* (p.p. 341-381). USA: New York: Norton & Company Inc.
- Glass, N. (1986). Parents as therapeutic agents: A study of the effects of filial therapy (Disertación Doctoral, Universidad del Norte de Texas, 1986). *Dissertation Abstracts International*, 47 (07), 2457.
- Gómez, D. E. y Saburido, L.X. (Eds.) (1996). *Salud y Prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- González, N. J., Monroy, A. y Kupferman, S. E. (1994). *Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas*. México: Editorial Pax.

- Herrera, O. (2003, 11 de agosto). Violencia Familiar. *Diario El Universal*, 23A.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" (2002). Departamento de Epidemiología y Servicios Hospitalarios.
- Howe, D., Brandon, M., Hinings, D. & Schofield, G. (1999). *Attachment theory, child maltreatment and family support. A practice assessment model*. Malaysia: Macmillan Press Ltd.
- Instituto Nacional de Información Estadística (2004). Recuperado el 23 de marzo de 2004, de la fuente [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Jaffe, G.P.; Superman, M. & Jennifer, R. (2000). Emerging issues for children exposed to domestic violence. En R.A. Geffner, P.G. Jaffe & M. Sudderman, (Eds.). *Children exposed to domestic violence: current issues in research, intervention, prevention and policy development*. [Niños expuestos a la violencia doméstica: problemas actuales en la investigación, prevención y desarrollo de políticas] (p.p.1-8). USA: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Johnson, M. S. & Lee, C. A. (2000). Emotionally focused family therapy: restructuring attachment. En E. Bailey (Ed.), *Children in Therapy. Using the family as a resource* (p.p. 112-133). USA: New York: Norton & Company Inc.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. 3ª edición. México: Pearson Education.
- Kempe, R. S. y Kempe, H. C. (1996). *Niños Maltratados*. 4ª edición. España: Ediciones Morata.
- Killough, Mc. G. D. & Mc Guire, D. E. (2001). *Linking parents to play therapy. A practical guide with applications, interventions, and case studies*. [Involucrando a los padres en la terapia de juego: guía práctica con aplicaciones, intervenciones y estudios de caso] USA: Brunner - Routledge.



- Kinard, E. M. (1999). Perceived social skills and social competence in maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(4), 465-481.
- Kinard, E. M. (2002). Participation in social activities: Maternal ratings of maltreated and non maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 118-127.
- Landreth, G.L. (1991). *Play Therapy: The art of the relationship*. USA: Accelerated Development Inc.
- Loredo, A. A. (2004). *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Texto Mexicanos.
- Lutzker, R. J. (1994). Aspectos prácticos de la prestación de servicios ecoconductuales de amplio espectro a familias. *Revista Mexicana de Psicología*, 11 (1), 87-96.
- Mann, E. y McDermott, F. J. (1988). Terapia de juego para niños víctimas de maltrato y negligencia. En Ch. E. Schaefer y J. K. O'Connor. (Eds.), *Manual de terapia de juego. Volumen* (p.p.254 - 277). México: Manual Moderno.
- Martínez, C.G. y Díaz, H. J. (1997). El niño que vive en una institución. Necesidades afectivas, psicosociales y sanitarias. En F.J. Casado, H.J. Díaz y G.C. Martínez (Eds.), *Niños Maltratados* (p.p. 269-277). Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Mc Mahon, L. (1992). *The handbook of play therapy* [Manual de terapia de juego]. London: Routledge.
- MOrris, CH. G. & Maisto, A.A. (2004). *Psychology: an introduction*. 12th Edition. USA: Pearson Education.
- O'Connor, K.J. y Schaefer, Ch. E. (1997). *Manual de terapia de juego: Avances e innovaciones. Volumen 2*. México: Manual Moderno.
- Palmer, L., Farrar, A. R. & Ghahary, N. (2002). A biopsychosocial approach to play therapy with maltreated children. En F. W. Kaslow, (Ed). *Comprehensive handbook of psychotherapy: Interpersonal/humanistic/existential*, vol. 3. (pp. 109-130). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Phares, J.E. (1996). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Pollak, S. D. & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology*, 38(5), 784-791.
- Pollak, S., Cicchetti, D., Hornung, K., y Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, 36(5), 679-688.
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología (2002). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000). Poder Ejecutivo Federal, Estados Unidos Mexicanos.
- Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil (2003). Programa de Maestría en Psicología Profesional, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Programa Nacional de Salud (2001-2006). Poder Ejecutivo Federal, Estados Unidos Mexicanos.
- Rodríguez, O.G. y Rojas, R. E. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: UNAM.
- Rushton, A., Mayes, D., Dance, Ch. & Quinton, D. (2003). Parenting late-placed children: The development of new relationships and the challenge of behavioral problems. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 8(3), 389-400.
- Santana, T. R. y Sánchez, A. R. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública Mex.* 40 (58) pp. 58-65. Recuperado el 20 de septiembre de 2003 de la fuente <http://www.insp.mx/salud/40/401-9.html>
- Schaefer, Ch. E. y O'Connor, K.J. (1988). *Manual de terapia de juego. Volumen 1*. México: Manual Moderno.

- Secretaría de Salud (1998). Subsecretaría de Coordinación Sectorial. Coordinación de Salud Mental. Boletín de Información Estadística, julio-septiembre, 3.
- Secretaría de Salud (2002). Programa de Atención a la Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Programa de Acción en Salud Mental, México.
- Secretaría de Salud (2003). *Los niños Maltratados suelen ser agresores en su edad adulta*. Comunicado de Prensa 151. Recuperado el 17 de enero de 2003 de la fuente [http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/datos/2003-07-12\\_625.html](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2003-07-12_625.html).
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Simón, R. C.; López, T. J. y Linaza, I. J. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. España: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Smetana, J. G., Toth, S. L., Cicchetti, D., Bruce, J., Kane, P. & Daddis, Ch. (1999). Maltreated and no maltreated preschoolers' conceptions of hypothetical and actual moral transgressions. *Developmental Psychology*, 35(1), 269-281.
- Smith, D. (2000). Parent-child interaction play assessment. En K.Gitlin-Weiner, A. Sandgrund y Ch. Schaefer (Eds.), *Play Diagnosis and Assessment* (.p.p. 340-370). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Trad, P.V. (1992). *Interventions with parents and infants: the theory and practice of previewing*. New York: John Wiley Company.
- Troll, J.T. y Phares, J.E. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. 6ª edición. México: Thomson Editores.
- Van Fleet, R. (1994). *Filial Therapy: Strengthening parent - child relationships through play*. USA: Professional Resource Exchange.

- Van Fleet, R. (2000). *A parent's handbook of filial play therapy: Building strong families with play*. USA: Play Therapy Press.
- White, J. & Allers, Ch. T. (1994). Play therapy with abused children: a review of the literature. *Journal of Counseling & Development*, 72 (4).
- Wilkinson, Y. (1998). *Child and family assessment. Clinical guidelines for practitioners*. 2<sup>nd</sup> edition. USA: Routledge.
- Wilson, K. & Ryan, V. (2001). Helping parents by working with their children in individual child therapy. *Child and Family Social Work*, 6, 209-217.

# Anexo 1

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Número de Caso: 2

Fecha de entrevista: 16/02/04

## DATOS GENERALES DEL NIÑO (A)

Nombre: Juanita X.

Sexo: Femenino      Edad: 9 años      Escolaridad: 2° de primaria

Número de expediente: 0000      Fecha de ingreso: 27/12/03

Motivo de ingreso: Abuso sexual, violencia familiar

## DATOS GENERALES DEL FAMILIAR

Nombre: Juanita Y.

Sexo: Femenino      Edad: 58 años      Escolaridad: no tiene

Parentesco: abuela materna      Ocupación: hogar

Fecha de primera visita: 16/02/04      No. de convivencias anteriores: 0

*¿Hay más de un familiar que realiza la visita? NO*

**Observaciones:** Sólo se concedieron las visitas a la abuela materna y no a la madre, pues esta última fue canalizada a terapia en CAVI y hasta no tener los resultados de ésta, no se le permitirá ver a la menor.

## ENTREVISTA

1. ¿Por qué solicitó realizar visitas de convivencia con el niño (a)?

Porque desea estar al pendiente de la niña y hacerle saber que no está sola. "Mientras yo pueda voy a venir a verla".

2. ¿Qué espera de las visitas que realiza al niño (a)?

Que Juanita sepa que no está sola y mantenerse informada de cómo está. Verla y convivir con ella "aunque yo no me pueda hacer cargo de ella porque ya estoy vieja, si no yo pedía que me la entregaran".

3. ¿Qué sabe acerca del caso del niño (a)? Referido al ámbito legal.

Que ya fue propuesta para canalizarse a una casa hogar pues aún no hay respuesta del juez ante la demanda que se interpuso.

4. ¿Cómo imagina sea el estado del niño (a) en el Albergue? (físico, emocional, etc.)

Lic. María Cristina Pérez Agüero  
Residencia en Psicoterapia Infantil

Está bien, aunque la veo un poco triste y menos platicadora. Le preocupa que otros niños le peguen y que no sea bien cuidada en el Albergue.

5. ¿Cómo se siente en las visitas que realiza al niño (a)?

Contenta "me dio mucho gusto...no pude evitar llorar, por más que quise aguantarme". "Me siento bien pues antes sólo me dejaban verla por el espejo y ahora la pude besar y abrazar".

6. ¿Planea algo especial cuando visita al niño?

Traer sus cosas, un muñeco; traer algo para que coma, según lo que le gusta a la niña. Traer alguna cosa para que se peine y juguetes.

7. ¿Nota algún cambio en Usted cuando se aproxima la visita al niño (a)?

Me pongo feliz.

8. ¿Nota algún cambio en Usted mientras transcurre la visita? (¿Se siente igual desde que usted llega hasta que se retira?)

Llega contenta, pero de repente le dan ganas de llorar.

9. ¿Nota algún cambio en el niño (a) mientras transcurre la visita? (¿Lo nota diferente desde que usted llega hasta que se retira?)

La ve triste y que "casi no quiso hablar".

10. ¿Ha identificado algún problema específico en la convivencia con el niño (a)?  
¿Cuál?

Ninguno, yo me llevo bien con ella y ella conmigo.

11. A partir de la estancia del menor en el Albergue ¿ha recibido algún tipo de atención o ayuda psicológica? ¿En dónde?

No.

12. Estaría usted dispuesto a participar en una terapia psicológica para reforzar el vínculo niño-adulto y fomentar una relación de confianza entre ambos, con el fin de prepararlos a Usted y al niño (a) para la reunificación familiar o la separación definitiva, en cuanto la situación legal actual del menor tenga una resolución.

Sí ( X )      No ( )      Tal vez ( )      No lo sabe ( )

¿Por qué?

Más que nada por Juanita para que no guarde rencor a mí o a su mamá porque no la sacamos de aquí...es que yo no me puedo hacer cargo de ella.

13. Aspecto y actitud del familiar

La abuela de Juanita se presenta en condiciones adecuadas de higiene y aliño; su semblante es de tristeza aunque se vincula con un afecto positivo con la menor. Es complaciente con la niña y se observa un alto grado de disfrute.

Lic. María Cristina Pérez Agüero  
Residencia en Psicoterapia Infantil

14. Manera como el terapeuta trató al familiar

Se le brindó la oportunidad de convivir en un espacio privado y de manera “libre” con su nieta; respondió a todas las preguntas de la señora que estuvieron enfocadas a lo que podría hacer o no en las visitas como traerle cosas.

15. Manera como el familiar trató al terapeuta

Amable todo el tiempo, receptivo a los comentarios e indicaciones de este.

### **Observaciones**

Juanita llama a su abuela “mamá”.



### **LISTA VERIFICABLE**

<b>Categoría</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>AFECTO PARENTAL</b>		
No se observó		
Tenso		
Cauteloso		
Sonrisa y placer (agrado)		
Lágrimas (tristeza)		
Volumen de voz elevado (emocionado)		
Volumen de voz elevado (enojo)		
Muestras de afecto diferenciadas, según el miembro de la familia		
<b>INTROMISIÓN PARENTAL</b>		
Realiza preguntas continuamente		
Dirige la actividad sin tomar en cuenta la opinión o necesidades del niño		
Da instrucciones a los demás participantes en cuanto a la actividad		
Molesta o interfiere en las actividades que realizan los demás		
Motiva y ayuda sin ser directivo		
<b>ELOGIOS</b>		
Se observan		
Elogio hacia el propio trabajo		
Elogio hacia el trabajo de los demás		
<b>PERMISIVIDAD PARENTAL</b>		
Son permisivos		
Permisivos en ocasiones		
Permisivos la mayor parte del tiempo		
Permisivos todo el tiempo		
<b>COMPLACENCIA</b>		
Son complacientes		
Complacientes en ocasiones		
Complacientes la mayor parte del tiempo		
Complacientes todo el tiempo		
<b>COMUNICACIÓN</b>		
Sólo comunicación no verbal		
Comunicación verbal ocasional		
Comunicación verbal constante		
Responde a las necesidades del niño		
<b>USO DE CASTIGO O AMENAZAS</b>		
No utiliza		
Utiliza algunas		
Utiliza muchas		

## **REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE LA INTERACCIÓN**

### **FAMILIAR**

<b>1. Demostraciones de Afecto</b>	<b>Puntuación</b>
No se observa	<b>1</b>
Típicamente negativo al interactuar con el niño	<b>2</b>
Muestra algún grado de disfrute al jugar con el niño	<b>3</b>
Disfruta moderadamente al jugar con el niño	<b>4</b>
Muestra abiertamente placer al jugar con el niño	<b>5</b>

<b>2. Intromisión</b>	<b>Puntuación</b>
Estructura continuamente el juego del niño dirigiéndolo, haciendo preguntas o dando órdenes	<b>1</b>
Se entromete bastante, da órdenes para dirigir el juego y pregunta la mitad del tiempo	<b>2</b>
Fue entrometido al hacer muchas preguntas pero permite al niño dirigir el juego	<b>3</b>
No interfirió en el juego del niño	<b>4</b>
No fue entrometido y fue capaz de seguir y facilitar de manera no directiva el juego del niño (por ejemplo, modelar la actividad)	<b>5</b>

<b>3. Elogios</b>	<b>Puntuación</b>
No hay elogios, en su lugar el niño es constantemente criticado	<b>1</b>
No se observan elogios	<b>2</b>
Se observan algunos elogios en función de las tareas	<b>3</b>
Elogios moderados, en respuesta a tareas completadas y a intentos por completarlas	<b>4</b>
Cantidad adecuada de elogios, tanto a los intentos por realizar algo como a los logros obtenidos por el niño	<b>5</b>

<b>4. Atención</b>	<b>Puntuación</b>
Ignora todas las conductas del niño	<b>1</b>
Ignora alrededor de la mitad de las conductas del niño	<b>2</b>
Pone atención a todas las conductas del niño	<b>3</b>
Pone atención a todas las conductas positivas del niño e ignora alrededor de la mitad de conductas negativas	<b>4</b>
Pone atención a todas las conductas deseables del niño e ignora todas las negativas	<b>5</b>

<b>5. Sensibilidad al desarrollo del niño</b>	<b>Puntuación</b>
Todo el tiempo sobre o sub estima el desarrollo del niño	<b>1</b>
La mayoría de las veces sobre o sub estima el desarrollo del niño	<b>2</b>
La mitad del tiempo sobre o sub estima el desarrollo del niño	<b>3</b>
Algunas veces sobre o sub estima el desarrollo del niño	<b>4</b>
Responde todo el tiempo de manera adecuada según el desarrollo del niño	<b>5</b>

<b>6. Respuesta a las necesidades del niño</b>	<b>Puntuación</b>
No responde a ninguna de las preguntas del niño o a los intentos por involucrarlo en una actividad	1
Responde a algunas de las preguntas del niño o a los intentos por involucrarlo en una actividad	2
Responde a la mitad de las preguntas del niño o a los intentos por involucrarlo en una actividad	3
Responde a la mayoría de las preguntas del niño o a los intentos por involucrarlo en una actividad	4
Responde a todas las preguntas del niño o a los intentos por involucrarlo en una actividad	5

<b>7. Uso del castigo</b>	<b>Puntuación</b>
Castigo físico utilizado como primera opción	1
Castigo físico utilizado frecuentemente, incluyendo amenazas y gritos	2
Uso del tiempo fuera	3
Se le retira la atención al niño cuando no obedece	4
No se usa castigo/ hay una advertencia clara cuando un comportamiento es verdaderamente inadecuado	5

## NIÑO

<b>8. Respuesta o interacción social</b>	<b>Puntuación</b>
Se muestra completamente retraído / distante del familiar y de los juguetes	1
Su actitud hacia los juguetes y hacia los padres fue la misma	2
Responde a la mitad de las aproximaciones y cuando no se le acercan, no busca el contacto	3
Responde a la mayoría de las aproximaciones sociales y ocasionalmente se acerca al adulto	4
Responde de manera amigable al contacto iniciado por el adulto y busca el contacto con este	5

<b>9. Atención a las actividades</b>	<b>Puntuación</b>
Permanece en una actividad por menos de un minuto	1
Permanece en una actividad durante 1 o 2 minutos	2
Se compromete en una actividad por periodos de cinco minutos después de haber explorado inicialmente el juego	3
Se involucra en la mayoría de las actividades por más de 5 minutos	4
Muestra interés sostenido y constante en todas las actividades	5

<b>10. Agresividad</b>	<b>Puntuación</b>
Fue argumentativo, destructivo, desobediente y/o agresivo todo el tiempo	1
Fue argumentativo, destructivo, desobediente y/o agresivo casi todo el tiempo	2
Fue argumentativo, destructivo, desobediente y/o agresivo la mitad del tiempo	3
Fue argumentativo, destructivo, desobediente y/o agresivo todo el tiempo	4
Nunca fue argumentativo, destructivo, desobediente y/o agresivo	5

<b>I 1. Respuesta a las preguntas o interacciones</b>	<b>Puntuación</b>
No responde a ninguna de las preguntas del adulto o a los intentos por involucrarlo en una actividad	1
Responde a algunas de las preguntas del adulto o a los intentos por involucrarlo en una actividad	2
Responde a la mitad de las preguntas del adulto o a los intentos por involucrarlo en una actividad	3
Responde a la mayoría de las preguntas del adulto o a los intentos por involucrarlo en una actividad	4
Responde a todas las preguntas del adulto o a los intentos por involucrarlo en una actividad	5

<b>I 2. Actitud hacia la visita</b>	<b>Puntuación</b>
No muestra interés alguno en la visita del adulto	1
Se muestra poco interesado en la visita del adulto	2
Muestra más interés por los obsequios o comida que en la visita del adulto	3
Muestra interés tanto en el adulto como en los obsequios o comida	4
Se muestra muy interesado y complacido por la visita del adulto	5

### **INTERACCIÓN ADULTO - NIÑO**

<b>I 3. Interacción adulto – niño</b>	<b>Puntuación</b>
No ocurrió interacción alguna	1
El adulto observó el juego del niño y hubo interacción verbal ocasional	2
El padre interactuó verbalmente con el niño mas no físicamente	3
Hubo interacción física y verbal	4
Hubo interacción física y verbal positiva durante la mayor parte del juego	5

**Observaciones**

## **A n e x o 2**

## Sesión 1, 16 de febrero de 2004

Antes de entrar a la Cámara de Gesell la señora pregunta si esta vez si la dejarán estar con su nieta, pues en ocasiones anteriores sólo había podido ver a la menor a través del espejo. Al informarle que a partir del día de hoy se realizarán las convivencias con la niña, la señora se muestra emocionada. Se le pide que ingrese a la Cámara y espere a que la niña llegue. Al entrar pregunta si le puede dar una gelatina y un yogurt a su nieta, se le responde afirmativamente.

Mientras tanto, Juanita es “preparada” porque tiene una visita; en el interior del Albergue alguien se encarga de peinarla, limpiarla y lustrar sus zapatos. La niña sabe que tiene visita pero ignora que tendrá un encuentro con su abuela. Al entrar a la Cámara y ver a su abuela de inmediato corre a abrazarla diciendo “mami”; hay intercambio de besos y abrazos; hay lágrimas de la abuela y llanto contenido de la menor.

La niña se sienta en frente de la abuela aproximadamente a un metro de distancia, ubicándose más cerca de la terapeuta. Al sentarse se limita a mirar al suelo, sin establecer comunicación con su abuela. La señora tampoco dice nada. En este momento la terapeuta indica cuál es la razón de hacer las visitas y en qué pueden ocupar ese tiempo. Se les señala que es un espacio para que convivan, platicuen y jueguen; además se les indica que es un tiempo limitado de 45 minutos. La señora rompe el silencio con su nieta y le da lo que le ha traído; la nieta toma inmediatamente la gelatina. La señora le pregunta cómo se encuentra a lo que Juanita responde “bien, bueno más o menos porque aquí me pegan”. Ante esta declaración la abuela mira a la terapeuta, mostrando asombro y molestia, preguntando a la niña si nadie la cuida. La menor responde que sí, le dice a las maestras y ellas regañan a los niños con los que está. La abuela le comenta que su mamá le manda muchos saludos y que le pidió que le diera muchos besos y abrazos de parte de ella y de su hermano. Juanita entonces pregunta por su madre y hermano, a lo que la abuela responde que se encuentran en casa.

Mientras Juanita come, su abuela la mira con mucha atención y a pesar de que la menor no establece contacto alguno con esta, es la abuela quien mantiene la conversación. Le dice “sabías que te había venido a ver, pero tú no me habías visto”. La menor responde que no lo sabía, pero si recuerda cuando la llevaban a jugar ella sola o con otros niños. La abuela además pregunta si le da gusto que la haya ido a ver a lo que Juanita asiente con la cabeza.

Transcurren 10 minutos en los que la menor se limita a comer su gelatina y diciendo que está fría, la abuela le dice que se la coma despacio para que no le “cale el frío”. Mientras Juanita come, su abuela la contempla.

De repente, la menor señala a su abuela que tiene una herida en la boca y es así como consigue acercarse físicamente, dando y recibiendo un abrazo de la abuela; aunque la señora Juanita es capaz de responder a los abrazos le indica a la menor que siga comiendo su gelatina por lo que la niña regresa a su lugar. Hay una breve plática entre ambas acerca de la comida que recibe en el albergue.

Cuando la niña pide ayuda (p. ej. para abrir el yogurt) la abuela responde a las necesidades de la niña, siendo evidentes las manifestaciones de cuidado y afecto.

En cuanto al juego, la menor es la que comienza con timidez a explorar los juguetes pidiendo a la terapeuta si le puede enseñar uno de ellos. Se le da una “cocina” la cual,

la menor se deleita observando, comparándola con el dibujo impreso en su caja; posteriormente se la enseña a su abuela y esta también la observa, sin embargo ninguna de las dos inicia el juego.

Se le pregunta directamente a Juanita qué es lo que le gustaría hacer ahora que su abuela la va a visitar cada semana, a lo que la niña responde “jugar”, aunque no sabe decir a qué. Se le comenta que efectivamente será un tiempo para ellas dos en donde además de platicar de lo que les pasa pueden jugar y hacer algunas actividades y que este proceso se llama terapia. Se le pregunta a Juanita si desea participar cada semana y responde que sí.

Se le indica que el tiempo ha terminado y que tienen que despedirse. Ambas se ponen de pie y se despiden con un beso y un abrazo; la abuela le recuerda que se verán el próximo lunes.

Al final de la convivencia la niña se observa un poco triste aunque estable, siendo capaz de regresar a sus actividades sin problema alguno.

Después de reintegrar a la menor a las actividades del albergue se realiza entrevista inicial a la abuela, realizándose además el encuadre del trabajo terapéutico a realizar para el bienestar de la niña. La señora Juanita acepta “para que Juanita ya no esté triste”. Finalmente se queda en la fecha y hora de la siguiente sesión.

#### **Sesión 2, 23 de febrero de 2004**

La abuela de Juanita ingresa a la Cámara de Gesell, respondiendo que se siente bien y que la vez pasada se fue más tranquila después de ver a su nieta y haber podido estar con ella. Posteriormente se le pide a la señora que espere un momento mientras van por su nieta. Al entrar Juanita se dirige inmediatamente con su abuela llamándola “mami”; ve los objetos que le ha traído su abuela, quien los había dispuesto en la mesa antes de la entrada de su nieta; después de ver el pato de peluche y un perro que le trajo, le da las gracias y la abraza. Conversan sobre la posibilidad de quedarse con los juguetes y Juanita está en toda la disposición de hacerlo pero su abuela le hace pensar en que quizás los pueda perder o se los puedan romper. La señora invita a Juanita a sentarse y le muestra la diadema que le trajo y le explica que no le pudo traer las “bolitas” de las que habían hablado porque su mamá las había ensuciado cuando las guardó en la mochila y la abuela no quiso traerlas así. Mientras platican brevemente de su madre, la abuela le pregunta si no quiere comer y la niña comienza a hacerlo. La niña pregunta a su abuela que cómo está su hermano y su abuela le responde que bien. En cuanto al contacto que establecen este es en su mayoría comunicación no verbal por medio de sonrisas. La señora voltea constantemente a ver a la terapeuta y le dirige una sonrisa, sobre todo cuando la niña se queda callada. Mientras Juanita come, hablan de los cuidados que tiene en el Albergue; comenta “me duele la panza...porque luego como de más y luego me dan pastillas”. Cuando acaba de comer el yogurt, la abuela le indica que coma el flan sin preguntarle si tiene hambre. Mientras Juanita come, la abuela le comenta que el próximo Lunes no podrá venir y dice “me voy a ir a Michoacán a pagar una manda de ahora que estuve enferma, te aviso para que no me vayas a estar esperando”, a lo que Juanita reacciona con desconcierto, pero finalmente dice “sí mami”. Comentan de las actividades cotidianas que se realizan en el Albergue, la señora le dice “o sea que tienes una mami que te cuida” a lo que la niña responde “sí a todas nos cuida...nos peina...también aquí hacemos la tarea...ahorita estamos

haciendo la bandera”. Como una forma de acercarse a su abuela, la niña le muestra una pequeña herida que tiene en la mano y comenta “la otra vez me caí y me raspé”, la abuela le responde que se tiene que cuidar. La abuela pregunta si la esperaba y Juanita dice que sí.

Dado que ninguna de las dos inicia el juego, se le pregunta a la niña si recuerda para qué es este espacio, a lo que responde que “jugar”; después de explorar un poco los juguetes que se encuentran a la vista colocados en un mueble que está a su lado, elige los muebles de la casa de muñecas aunque no se atreve a tomarlos, por lo que se le da la indicación de que puede hacerlo sin pena, pues para eso están los juguetes. Al tomarlos y comenzar a sacarlos la abuela le dice a Juanita que le tiene que enseñar porque ella no sabe jugar; la niña sólo ríe. Conforme va sacando las diferentes cosas de la bolsa, va acomodando los muebles enfocándose en el baño y en sentar a los muñecos en las sillas, sillones, la cama y en el piso. Después Juanita va acomodando los demás muebles hasta formar cada uno de los cuartos de la casa (baño, recámara, sala y cocina). En los momentos en los que le cuesta trabajo acomodar algunos objetos le pide ayuda a su abuela la cual responde con agrado. Es en este instante cuando la abuela comienza a participar activamente en el juego, observándose colaboración; cada vez comienzan a interactuar más, incluso ya en el juego la abuela le señala que ha dejado a una niña “huerfanita” (ubicada separada de los demás miembros de la familia, sentada en el suelo) por lo que Juanita la reubica a lado de los demás. Se le pregunta a Juanita si conoce a alguien que se sienta como esa muñeca a lo que responde que sí, cuando se le pregunta si ella se siente así, dice que a veces.

En general hay risas mientras transcurre el juego, así como acercamiento físico. Al parecer ambas disfrutan el juego, interactúan positivamente aunque la mayor parte del tiempo la abuela se limita a señalar y corregir, sin embargo lo hace con un tono de voz tranquilo que parece invitar a hacer las cosas en vez de ser una orden. En lo que a Juanita respecta muestra perseverancia para lograr lo que desea (incluso las ideas que no son apoyadas por la abuela), siendo capaz de tolerar la frustración y solucionar problemas.

### **Retroalimentación con el familiar**

Se le señala a la abuela que parece ser capaz de percatarse de los gustos y necesidades de Juanita, atendiendo a estas cuando le es posible. La abuela responde que cómo no lo va a hacer si la conoce desde chiquita y paso con ella alrededor de un año (de los tres a los cuatro años).

Se le señala que es bueno que trate de traerle comida, pues de esa manera siente que expresa lo que siente y cuanto la extraña, sin embargo se le dice que en el Albergue los niños comen bien y que no necesariamente es obligatorio traer algo, además de que el tiempo que ocupa en comer lo pueden emplear en el juego y la interacción.

La abuela pregunta a la terapeuta si puede traer algunos objetos personales a la niña.

En cuanto a la forma de *interactuar* se le comenta que utiliza un tono de voz muy bajo, que puede hablar un poco más alto para darle más confianza y énfasis a lo que le dice a la pequeña.

Se le comenta que no es malo que quiera guiar a su nieta pero que quizás se puede permitir involucrarse más en el juego.



### Sesión 3, 3 de marzo de 2004

La niña permanece sentada y cuando entra la abuela le extiende los brazos y Juanita responde de inmediato. Hay intercambio de besos y abrazos; posteriormente la abuelita le muestra las cosas que le trajo: unos pequeños cuentos, bolitas para el cabello y comida, objetos que son colocados en una mesa como forma de mostrar todo lo que le ha traído. Mientras platican, Juanita le muestra los zapatos que le dieron, los cuales le quedan algo grandes por lo que la abuela pregunta si le puede traer sus zapatos “que dejó casi nuevos”, lo cual según la abuela mandaba preguntar la mamá de la niña. Se le responde que sí, que puede traerlos en la próxima visita. Después de esto hay un silencio, en el cual la niña se limita a comer y la señora a observarla.

La abuela es quien rompe el silencio, diciendo “hija, por qué te escapaste...te dije que no te salieras de tu casa...ya te había dicho la primera vez”. Ante esto la menor guarda silencio, volteando hacia un lado y después hacia el piso, evitando el contacto con su abuela. La terapeuta pregunta a la señora Juanita, si existieron otros episodios en los que la niña se escapara, respondiendo de manera afirmativa y agregando un relato acerca de la primera fuga, en la cual la niña es entregada a la abuela por unos patrulleros; al preguntarle a la niña de esto, sonríe y cuenta que al salirse de su casa y regresar, “unos niños” no le abrieron y ella empezó a caminar hasta que pidió ayuda y la patrulla la llevó a casa de su abuela, pues la niña sabía la dirección y cómo llegar; días después la madre la recoge y la vuelve a llevar a su casa. La señora comenta que hubo más salidas y que en la última, nuevamente no le abren en su casa y al pedir ayuda a una patrulla, dice que no desea regresar a su casa por que su mamá la maltrataba, por lo que se la llevan a ella y a su mamá. Juanita al estar escuchando esto se agacha y no ve a la abuela; se le pregunta si recuerda algo de esto y la niña responde que no, sólo que no quería regresar a su casa. Se le pregunta si recuerda como cuantas veces se salió de su casa y responde “siempre me salía...regresaba antes de que se hiciera noche porque me daba miedo”. La abuela comienza a hacer reclamaciones a la niña diciendo “por qué te saliste hija, yo te dije de los peligros de la calle, de que hay hombres que les hacen cosas a las mujeres, drogadictos y que les hacen cosas feas...además yo se que habían subido a tu mamá en una patrulla sola y que la agacharon en el asiento, por tu culpa Juanita”, como respuesta la niña alza la cabeza de inmediato y dice “no es cierto, era la misma, íbamos juntas”, a lo que la abuela dice “ah! yo pensé que no, pero de todos modos dice tu mamá que le hicieron muchas preguntas...”, momento en el cual la Juanita vuelve a agacharse, por lo que se le hace una señal a la abuela para que guarde silencio.

En este momento la niña se muestra *ansiosa* ante el discurso de la abuela por lo que se le invita a jugar, pues hasta ese momento se había limitado a comer y escuchar. La niña elige un juego de mesa el cual dice saber jugar “más o menos”, sin embargo al sacarlo es notable que no lo conoce, lo cual no la detiene e inventa una forma de usarlo e interactuar con la abuela. Con los elementos de los juegos, construyen un escenario que tiene estrellas, la luna y una ciudad; una vez que hacen esto se limitan a mirarse y no hacen nada por interactuar. Se les deja continuar así por un par de minutos, pero posteriormente se les comienza a involucrar en un juego con títeres digitales, pidiéndoles que realicen una historia que tenga un inicio, un desarrollo y un final, así como la lección que aprendieron los personajes de la historia. Al elegir a los personajes, hay bromas entre ambas. Hay algunas frases para guiar el juego aunque

también hay reconocimiento de logros; aunque la abuela es quien muestra la iniciativa, ánimo a su nieta a continuar. Una vez elegidos los personajes, la abuela comienza la historia: “esta es la tortuguita anda en su lago de agua nadando, se cansa y se sale a la orilla a tomar el sol, llega el pájaro volando y saluda a la tortuguita”. Hasta ahí termina su historia y anima Juanita a continuar con el relato, ofreciéndole ayuda y lo que relata Juanita es “el pececito...está en el agua caminando y el...(no conoce el nombre de la llama, por lo que pregunta a su abuela quien no sabe, por lo que termina preguntando a la terapeuta), una vez que se le dice que el animal que eligió es una llama continúa “este está en el pasto siempre comiendo pastito y luego...Ahí termina su historia y comienza una descripción de estos animales, “todos son del agua, el pececito, el pato, la tortuguita, solamente la llama es diferente”, dice la abuela. Se quedan mirándose una a la otra y Juanita rompe el silencio preguntando las características de los peces y las tortugas, y los patos “que siempre están en el agua”.

Al no saber cómo continuar Juanita se distrae con el escenario, la abuela intenta regresarla a la actividad y Juanita responde de inmediato, pero ambas son incapaces de hacer una historia y más bien platican de los animales. La niña pregunta si “los tiburones comen peces” a lo que la abuela responde “creo que sí”. Se vuelven hacia el “escenario” y comienzan a describir lo que ven. Juanita hace preguntas constantemente y la abuela responde de manera adecuada, con buen tono de voz y diciendo “no sé” cuando desconoce la respuesta. Desvían completamente su atención a la descripción del “escenario” encontrando todos los detalles posibles. La abuela sigue respondiendo a las preguntas de Juanita y esta se acerca cada vez más físicamente a su abuelita. La señora le pregunta qué historia le “vamos a decir” y Juanita sólo sonríe; al no haber respuesta la terapeuta decide comenzar a preguntar sobre los personajes que eligieron; Juanita elige el pez “porque tiene sus *destas* (aletas) y su boquita”, le pone el nombre de Lina y tiene 3 años; la llama “es mujer, se llama Liliana...tiene un año creo, porque me gusta su pelo y sus bolitas”; la abuela comenta “yo escogí la tortuguita porque es muy bonita, anda en el agua y me gusta cuando sale del charco o la pequeña lagunita a asolear”, su nieta le pone el nombre de Lila y dice que tiene un año. El patito “porque siempre anda nadando”, se llama Nemo, tiene 8 meses y es niño, agrega Juanita.

Al preguntarle a la niña dice que le gustaría ser la tortuga para meter la cabeza en su cuerpo, “yo también me hago bolita cuando duermo” y cuando dice esto sonríe. Se le pregunta qué pasa cuando una tortuga mete su cabeza y la niña responde que para esconderse, no obstante no sabe decir de qué o de quién. En este momento se le señala que a veces es bueno esconderse para protegerse, pero que de vez en cuando hay que salir para ver lo que pasa a su alrededor. Ante lo cual Juanita sonríe.

Se comienza a hacer el cierre de la sesión preguntándole a la niña si le gustó la actividad a lo que responde de manera afirmativa. La abuela agrega que a ella también le gustó. Se les indica que deben comenzar a despedirse; la señora le pregunta a su nieta si no quiere leer los libros que le trajo y Juanita los toma pero no los lee; además le pregunta si quiere que le traiga unos trastecitos a lo que la niña dice que sí. Se despiden con un beso y abrazo; la niña decide quedarse con lo que le trajo su abuelita. La abuela le recuerda que el próximo lunes no se verán, sino hasta el día martes “para que no me esperes”. Nuevamente se dan un beso y un abrazo; la niña sale de la Cámara y se le reincorpora a sus actividades.

### **Retroalimentación con el familiar**

Se le pregunta a la señora cómo se sintió y esta responde que bien; a la pregunta de qué tal vio a su nieta dice “cada día más mejorcita, con más entusiasmo...la primera vez estaba muy decaída, hasta sentí tristeza de verla”.

Al pedir su opinión sobre la situación de la denuncia de abuso la señora comenta “me hago preguntas y no alcanzo a asimilar porque la niña invento tantas cosas... ¿qué va a saber una niña de su edad de violación?”. La terapeuta pregunta si ella no cree que haya pasado lo del abuso y la señora responde que no cree que haya pasado “ellas viven solitas, él no vive con ellas y la niña siempre se queda sola en casa...la mamá negó todo, ya la niña nos había hecho una vez, antes ella vivía con un señor y había dicho que la trataba mal el señor y le tocaba sus partes”. En esta primera vez acuden al DIF Chimalhuacán, la revisaron y le dijeron que no tenía nada, “hasta estuvo yendo a sus terapias...dos veces”. Ante estas declaraciones, se le pregunta a la abuela qué es lo que ella cree acerca de porqué la niña “*mintió*” a lo que responde “a mí se me hace que a esta niña la mal aconsejaron...otra inquilina que le pedía todo a Juanita, a partir de un problema con esta vecina la niña se empezó a escapar y la vecina ya no le abría la puerta”. El problema según la abuela fue que la mamá de Juanita le prohibió darle cosas (principalmente alimentos) a esa señora, situación que genera conflictos entre ambas familias.

Se le señala a la abuela que es muy importante lo que ella piensa acerca del abuso y de la situación de Juanita y parafraseando lo que ella dijo se le devuelve que efectivamente los niños como Juanita no pueden hablar de algo que no han visto o desconocen, por lo que de no haber sucedido el abuso existe la posibilidad de que haya visto cosas que no son propias para su edad. Se enfatiza sobre la importancia de su apoyo para la niña pues ella es una figura significativa para Juanita. Finalmente la señora se muestra un poco angustiada y dice “yo quisiera que la niña borrara todo de su mente, que fuera como un sueño, un recuerdo”. Se le responde que tal vez no olvide, pues son situaciones muy difíciles pero que sí puede ser que sea menos doloroso, invitándola a continuar el trabajo hasta ahora hecho.

### **Sesión 4, 9 de marzo de 2004**

Juanita aguarda en la Cámara de Gesell y en cuanto entra su abuela, la abraza y dice “hola mami, ¿cómo estás?”, su abuela le responde “bien, aunque casi me caigo y ahora me perdí”. Le trae varias cosas de comer, un yogurt, una gelatina y un jugo; además le trae un juego de cazuelas de barro, pues fue a Michoacán a “cumplir una manda”. La señora comienza a contar de su estancia allá y de la paga de su manda, lo cual su nieta escucha con atención. Una vez que la niña come un poco se les invita a jugar, esta vez de un modo diferente.

Se les explica que en un primer momento será la terapeuta quien dirija la actividad y al finalizar esta, podrán jugar a lo que deseen. Ambas aceptan.

En un primer momento se realiza un ejercicio corporal y de toma de contacto; primero se pone música suave para favorecer un ambiente relajado, se les pide que así como están sentadas coloquen sus palmas frente a frente y se miren a los ojos; se les deja unos minutos y ambas parecen involucrarse en la actividad. Una vez que transcurre un tiempo se le pregunta a Juanita si siente algo en sus manos “como que están

gorgoreando mis dedos...se siente bien...caliente". Posteriormente se le pregunta a Juanita qué es lo que siente cuando ve a su abuelita "fe...no sé", por lo que se le pregunta qué ve en los ojos de su abuelita "como mi familia...mi hermano", cuando se le dice si le gustaría decirle algo a Marco contesta que nada, pero al preguntarle si desea hacer algo, responde que abrazarlo, y sus ojos se llenan de lágrimas. La abuela le dice a su nieta que su hermano le manda saludos; se anima a la menor a decir algo a su hermano y esta dice "te quiero mucho". Se le señala a Juanita que aunque no se vean así como ella piensa en él y lo extraña, seguramente su hermano hace lo mismo. Mientras la terapeuta dice esto, Juanita se limpia las lágrimas; se le refleja que debe ser una situación triste y que se le comprende y es normal que se sienta así.

Como segunda parte de la actividad, se le pregunta a Juanita si hay alguna parte de su cuerpo en la que ella piense que está su abuelita, a lo que la niña responde que en sus ojos. Entonces se le pide que piense en una forma en la que puede recordar a su abuelita cuando no están juntas y la extraña. La menor responde de manera negativa. Se le señala que si ella siente a su abuelita en los ojos quizás pueda cerrarlos y pensar en ella, en lo que hacían juntas y quizás eso le pueda ayudar a sentirse mejor. Juanita ve primero a la abuela y después a la terapeuta, después dice que esa puede ser una forma de acordarse de ella. En este momento la abuela le dice que siempre la recuerda y la extraña; la terapeuta agrega que pase lo que pase y aunque no se vean su abuela piensa en ella, a lo que Juanita responde con una sonrisa.

Como tercera parte de la actividad se les pide que dibujen algo que cada una de ellas quiera dejarle a la otra, para que se recuerden cuando estén lejos. La abuelita lo piensa un poco y comenta que ella no sabe dibujar, por lo que se le anima a hacer cualquier figura o forma que pueda representar lo que una siente por su nieta. Durante el dibujo, ambas se concentran en este; Juanita se muestra entretenida y además de dibujar comienza a escribir sobre la hoja. Cuando la niña ha terminado su dibujo, observa el dibujo de su abuelita e intenta hacer algo parecido "unas flores". La abuela indica con un gesto a la terapeuta que ha terminado y comienza a guardar los materiales que utilizó. Después de que ambas terminan se les invita a explicar sus dibujos. Juanita comienza "me hice yo, hice una flor, muchos corazones y letras, dice te quiero mucho...que la quiero mucho y la voy a pensar esté en donde esté". La abuela prosigue con su explicación y le dice "te hice una flor, significas tú porque no se hacer una monita", después lee lo que dice. Juanita se muestra feliz y le dice gracias, le da un beso.

La última parte de la actividad consistió en hacer una fantasía guiada en donde ambas están separadas al principio, cada cual por su lado y sin verse, lo cual les genera tristeza y soledad; después cada una en su lado comienza a acordarse de la otra, de lo que hacían juntas y de cuanto se quieren una a la otra, pensando en que desearían verse. Y entonces comienzan a prepararse para un posible encuentro y después de desearlo tanto se encuentran y se "regalan" lo que la una hizo para la otra. Se encuentran no sólo con la mirada, se abrazan, la abuela llora y Juanita le sonríe; se dan un largo abrazo y después intercambian sus dibujos. Ahora se les pide que se despidan pues lo que acaban de tener es un encuentro que sirve para asegurarles que siguen estando ahí, se despiden y la abuelita agrega "espero que nos encontremos pronto las dos en la calle, caminando de la mano como antes", acto seguido Juanita llora. Su abuelita la tranquiliza y le pregunta si le gustó el dibujo y su nieta dice que sí.

La terapeuta pregunta cómo se sintieron, ambas responden que bien y que les gustó hacer el ejercicio, sobre todo porque se dijeron cuanto se extrañan y se quieren. Para ir cerrando la sesión se le pide a Juanita que elija algún juego o juguete; toma un bebé con sus accesorios y aunque al principio sólo colocan las cosas y describen lo que ven, poco a poco comienzan a jugar con mayor fluidez. La abuela responde las dudas de Juanita y da algunas indicaciones a la niña de cómo “vestir” al bebé. Se dedica a mirar a la niña, al parecer se muestra confiada de que la niña puede hacer las cosas, pero cuando la niña le pide ayuda la abuela responde. Se prepara la despedida de la sesión y ambas recogen los juguetes.

### **Retroalimentación con el familiar**

Se le pregunta a la señora cómo se ha sentido con el trabajo y esta responde que muy bien, además agrega que ve a Juanita mucho mejor. Al preguntarle a qué se refiere con esta mejoría, responde que más feliz.

Se retroalimenta a la señora sobre su participación; se le señala el interés y esfuerzo que parece poner en las actividades, además del beneficio de sus visitas para la niña. Incluso la abuela puede hacer la inferencia de que a la niña le importan más las visitas (su presencia) que lo que le pueda traer, por lo que no se debe preocupar si alguna vez no tiene dinero para traerle algo (situación que había comentando anteriormente).

Nuevamente la señora se muestra preocupada por el futuro de la niña y un tanto culpable por no hacerse cargo de ella. Se refuerza que siga viniendo y participando como lo hace.

### **Sesión 5, 16 de marzo de 2004**

La abuela es la primera en ingresar a la Cámara de Gesell, mientras espera a su nieta habla con la terapeuta acerca de la confusión que se generó con el horario de su visita. Después se le deja unos minutos a solas mientras se va por la menor al comedor quien se encuentra comiendo.

Al entrar Juanita de inmediato abraza a su abuela y saluda diciéndole “mami”. Una vez que se sientan se comienza a aclarar el malentendido que hubo con el horario pues la niña había estado esperando a su abuela el día anterior. Juanita acepta los alimentos que trae su abuelita y automáticamente comienza a comerlos; sin embargo, como acababa de terminar de comer se le pregunta si tiene hambre, a lo que responde que no, por lo que opta por guardar su comida y comienza a platicar con su abuelita.

En un tono de voz bajo y con un rostro que refleja tristeza, Juanita pregunta a su abuelita cuándo se la va a llevar; ante esta pregunta la abuelita se dirige a la terapeuta y le dice “mire...que cuándo me la voy a llevar” con lágrimas en los ojos; se habla sobre esta posibilidad y en un momento la abuela dice “yo sí me la llevaría”, por lo que se le recomienda entonces que vea esa posibilidad con la persona que lleva el caso de su nieta y aunque en un principio accede, después comenta “para que te voy a mentir, ya me preguntaron y yo dije que no puedo llevarte hija, que más daría yo porque en lugar de que convivas con tanta gente, estés con los tuyos, pero no puedo”; ante estas palabras la niña agacha la cara y comienza a llorar; también la abuela llora. La señora reconforta a la niña con palabras y Juanita busca el abrazo de la abuela.

Se comienza a hablar sobre el tema de que aunque Juanita desee irse con su abuelita y que esta quiera llevársela a su casa, eso no se puede pues por un lado la señora es

mayor y con dos enfermedades degenerativas y por el otro corre el riesgo de que su mamá vaya por ella y se la quite. Se piensa entonces en otras alternativas para poder verse, como que la institución a donde vaya (con las ganancias que para Juanita implica, como ir a la escuela, estar protegida, etc.) puede recibir visitas.

Se le recuerda a Juanita lo trabajado la sesión anterior “pase lo que pase y estén donde estén, tú abuelita te quiere y no va a olvidarte”. Al preguntarle a la niña si recuerda lo que se hizo la sesión pasada, responde que sí y da un breve resumen de lo acontecido; recuerda que la parte de su cuerpo en donde esta su abuelita son sus ojos, por lo que se les invita a trabajar ahora con otro juego para que ella tenga una imagen “real” en sus ojos cada vez que desee ver o estar con su abuelita.

El juego que se les invita a hacer se llama “plasmando recuerdos”; se les explica que se sacará una foto de ambas para cada una y después la intercambiarán, no sin antes escribir o dibujar algo que quieran decir para la otra.

Antes de sacarse la foto, ambas se muestran entusiasmadas, incluso hay risas entre ambas. Conforme va saliendo la imagen en la foto instantánea, Juanita se ve feliz y muestra una gran sonrisa al verse a ella y a su abuelita. Cuando las dos fotos están listas, se ponen de acuerdo en quien se quedará con cuál, aunque en realidad es la abuela quien elige.

Se les anima a continuar con la siguiente parte de la actividad; la abuela pregunta a la terapeuta “qué le puedo poner...es que no tengo imaginación...es que como le explicaré soy una persona muy cerrada, usted ayúdeme”. Se le dice que puede hacer lo que ella desee como quiera y pueda, recordándole lo que logró hacer la ocasión pasada, sin embargo vuelve a pedir ayuda y Juanita le dice “has lo que tú quieras abuelita”.

Para adornar su foto para su abuelita, Juanita elige una hoja rosa y comienza a escribir una carta con lápiz del lado derecho de la hoja, tomando después un plumón color rosa; lo que dice en su hoja es lo que sigue “*Mami, te quiero mucho y a mi hermano Marco Antonio...mamá Juanita te quiero con todo el corazón, mi mamá Silvia cómo está*”. Dibuja unos corazones amarillos, además de un osito y un gatito; para finalizar del lado izquierdo hace un dibujo de ella misma.

La abuelita por su parte escribe a lápiz un pensamiento para su nieta; la abuela que es la segunda en terminar muestra a Juanita su trabajo y le pide que lea lo que escribió, pero Juanita le dice que no entiende la manuscrita por lo que la abuela es quien lee “*Juanita con esta foto espero que me recuerdes tal como soy y no te voy a olvidar nunca mientras yo viva, tu abuelita Juanita O*”. Juanita escucha atenta, sonríe y le da las gracias a su abuelita, abrazándola. Después es la niña quien explica lo que hizo; ante la pregunta de cómo está su mamá, su abuelita le dice que bien y que la extraña.

Para iniciar la despedida de la sesión, se les pide que intercambien sus trabajos lo cual hacen además en un intercambio de palabras dulces y abrazos.

Al finalizar se le pregunta a Juanita cómo se siente y qué se lleva de esta sesión, la niña responde que se siente feliz y que sabe que su abuelita la quiere “aunque no me pueda llevar”; se le dice que de alguna manera sí la lleva, en “el corazón y ahora en la foto”. Se dan un abrazo y un beso, quedando en su próxima cita con un nuevo día y horario. Juanita guarda las cosas que le trajo su abuelita y sale de la Cámara de Gesell.

### **Retroalimentación con el familiar**

Se le comenta sobre el interés que tiene en la niña y sobre la limitación que reconoce en ella para poder hacerse cargo de la niña; esto parece provocarle mucho dolor a la abuela y comienza a llorar. Muestra una actitud ambivalente pues aunque desea llevársela asegura que no puede, prefiriendo que la manden a una institución en donde la puedan atender y ella la pueda visitar; además teme que puedan adoptarla estando en otra institución, pues así “se la llevarían y nunca la vería”. Habla nuevamente de las limitaciones que percibe en ella para hacerse cargo de la niña y del peligro que corre si es devuelta con su madre.

Se trata de hacer una intervención breve al respecto, hablando de que efectivamente la menor ya fue canalizada a una institución y que se está en espera de si es recibida o no; acerca de la posibilidad de que la niña sea adoptada se le comenta que eso lo tiene que resolver con las personas encargadas del caso. Se le retroalimenta acerca del trabajo que hasta ahora ha ayudado a realizar con la niña, pues a pesar de que en momentos ha resultado doloroso, es mejor hablar con la verdad que mantener en Juanita esperanzas no fundamentadas. Además se le vuelve a recalcar la importancia que tienen para la niña sus visitas, más allá de la comida u objetos que pueda traerle. Se le invita a continuar el trabajo y se le recuerda del ajuste de día y horario para su visita.

### **Sesión 6, 23 de marzo de 2004**

Juanita espera a su abuela en la Cámara de Gesell, cuando ésta entra se saludan con un beso y un abrazo; la abuela le pregunta a la niña cómo está, a lo que su nieta responde que bien. Se sientan y la abuela comienza a sacar los alimentos que le trae, sin embargo Juanita prefiere hacer otra cosa y comer después.

Como una forma de dirigir la actividad de la sesión, se les pregunta sobre lo que se ha hecho en ocasiones anteriores; conforme la terapeuta pregunta, Juanita menciona que no se acuerda de nada y no ha aprendido nada. Cuando se le pregunta a la abuela, la señora comienza a detallar casi cronológicamente las actividades que se han realizado; ante esto Juanita reacciona con sorpresa y risas. Sin embargo, llama la atención que ninguna recuerda la actividad realizada la sesión anterior, cuando se les señala esto ambas se voltean a ver.

Se les empieza a recordar la actividad, preguntándole a Juanita en qué parte de su cuerpo había dicho que sentía a su abuelita, a lo cual ella había respondido que en sus ojos; cuando la niña lo menciona sonrío y voltea a ver a la abuela. Se les recuerda que por ello se realizó la actividad de la sesión pasada, entonces la abuela comienza a recordar y menciona lo de la fotografía. Una vez que esto es mencionado, se le pregunta a Juanita qué pasará cuando salga del Albergue o qué le gustaría que pasara; responde que espera estar con su abuelita, pues espera que ya la “saque” del Albergue. Cuando se le pregunta a la niña qué pasaría si eso no pasa dice “*se sentiría muy triste...mi abuelita y yo también*”.

A partir de esto se les propone realizar el juego de esta sesión, en donde habrá un intercambio de papeles. Para ello se les da un títere a cada una, a Juanita uno que representa a una abuelita y a la abuela uno que representa a una niña. Se les pide que cierren los ojos y por un momento imaginen que la abuelita es la niña y viceversa, y

que piensen lo que pasaría si pudieran estar juntas o se tuvieran que separar, que cada una se lo dijera a la otra.

Es la abuela quien toma la iniciativa y en el papel de niña dice - "*pues yo pensaría que si me fuera con mi abuelita sería mucho más feliz y yo estaría más contenta con mi familia que en otro lugar... ¿cómo estaría abuelita?... Juanita grandota* (dirigiéndose a su nieta en el papel de la abuela)... ". Juanita en el papel de abuela responde - "*si Juanita se fuera conmigo estaría feliz y contenta porque su nieta va a estar feliz con su abuelita*". Mientras se da este diálogo la abuela voltea a ver con sorpresa a la terapeuta.

Se les pide que intercambien de papeles y que esta vez sean niña y abuela, como lo son en la realidad. En esta segunda parte Juanita toma la iniciativa y dice - "*abuelita vas a estar feliz cuando ya esté contigo*". La abuela responde - "*por supuesto, yo estaría muy feliz, muy dichosa y contenta de tenerte a mi lado*". La terapeuta introduce un tercer títere y pregunta a la abuela si se llevaría a Juanita, a lo que esta responde que sí, que había pensado que no, pero que después de escuchar a su niña piensa que esta no estaría mejor con nadie más que con ella. Entonces la niña se muestra muy emocionada y sonríe hacia la abuela y hacia la terapeuta.

Dado el trabajo que se había estado realizando en las sesiones anteriores y este nuevo cambio de actitud y opinión en la abuela, se maneja que el que Juanita vaya con su abuela cuando salga del Albergue es una posibilidad que debe tratarse con cuidado, pues lo que se sabía era que se buscaba una institución para la niña; sin embargo, se abre para ambas esta nueva "posibilidad", explicando el significado de la palabra "puede que sí pase pero también puede que no", por lo que se trabaja al respecto.

Se dobla una hoja por la mitad para cada una y en una parte se escribe "*si pasa*" y en la otra "*si no pasa*"; se les pide que dibujen o escriban en cada una de las partes que pasaría si Juanita se va con su abuela y que pasaría si esto no fuera posible. La abuela comienza a hablar sobre esta situación diciendo:

- "*Yo digo que si me la dieran, yo sería la abuelita más feliz del mundo aún con mis achaques y si no me la dieran me sentiría muy triste...si esto no fuera posible yo no dejaría a mi niña en el abandono, si me la dan me voy a sentir alegre y sino muy triste*", cuando termina de decir esto comienza a llorar. Juanita interviene diciéndole "*no chilles mami*", la toma del brazo y después la abraza. La abuela pregunta a Juanita qué es lo que le gustaría hacer si es que se la dan a ella, mientras acaricia su cabeza; Juanita se agacha y dice que no sabe entonces la abuela le dice - "*tú dime qué piensas*". Juanita comienza a verbalizar sobre el tema y dice - "*ya me quiero ir contigo, ya quiero estar contigo, darle de comer a mis gatitos...ayudarte a hacer tus cosas, barrer, a hacer tu cama...*" y abraza a la abuela.

La terapeuta interviene y pregunta a Juanita qué pasa con la escuela, a lo que la niña responde que no le gustaría dejar sola a su abuelita. Se le dice que debe haber alguna cerca, para que pueda ir sin dejar a su abuelita mucho tiempo, pues a parte de todo lo que mencionó de los quehaceres de la casa, ella también tiene que hacer las cosas que son propias de su edad como ir a la escuela; nuevamente se le señala que sólo es una posibilidad a lo que la abuela agrega - "*no es un hecho hija, hay que ver qué dice la licenciada*".

Después de un momento ambas comienzan a escribir en las hojas y es Juanita quien termina primero, pero permite que sea su abuela quien lea lo escrito.



Abuela: - *“si me dieran a mi niña me sentiría mucho muy feliz y dichosa de tenerla conmigo y si no fuera posible me sentiría muy triste pero tengo fe en dios que si me regresen a Juanita”*.

Juanita: - *“ Mami, no te quiero perder mamá Juanita te quiero con todo mi corazón y lo que me digas lo voy a hacer con todo gusto...platicaré para ti para no estar triste, quiero estar contigo mami Juanita te quiero con todo mi corazón”*.

Después de que terminan de leer se les señala que hay cosas que parecen tener en común, sobre todo en la esperanza de estar juntas y lo que ello les provocaría. Se les señala además que es curioso que a partir de que se trabajó una despedida simbólica entre ellas, resurge la esperanza de estar reunidas siendo esta vez una esperanza más real, pues la abuela está dispuesta a hacerse cargo de la nieta. Ambas escuchan con atención y sostienen miradas entre ellas. Se les aclara que no es malo que tengan la idea de estar juntas, sin embargo es algo que no depende de ellas sino de un proceso legal que la abuela tendrá que empezar; se retoma el tema de las despedidas y de lo difíciles que son estas. Entonces se les da la indicación de que imaginen cómo se despedirían si fuera la última vez que se vieran aquí, ya que es una posibilidad. La abuela le dice - *“Te voy a recordar, te quiero mucho y espero que un día nos volvamos a encontrar”*. Juanita responde - *“ya no voy a estar aquí, voy a estar en el DIF”*. Se abrazan y Juanita llora, la abuela la mece y la niña comienza a tranquilizarse poco a poco.

A la pregunta de cómo se sintieron ambas responden que bien; se les pide que se despidan pues el tiempo ha terminado; se despiden intercambiando frases como “cúdate” y “te quiero mucho”; cuando Juanita se dirige a la salida, regresa nuevamente y abraza a la abuela. La niña sale y se reintegra a sus actividades.

### **Retroalimentación con el familiar**

Se le pregunta a la abuela cómo y cuándo decidió que quería solicitar que la niña le fuese entregada, a lo que responde que era algo que se fue pensando desde la vez pasada “al sentir como me abraza creo que no estaría mejor en otro lugar que conmigo”. Se habla con ella de esta nueva posibilidad y cómo dejó de lado sus “achaques”, como pasó del “quiero pero no puedo”, al “creo que no puedo pero quiero”. Se le recuerdan todos los puntos que ella había mencionado para no hacerse cargo de la niña, y en esta ocasión responde que tratará de manejar todo esto y apoyarse de su hijo (hermano de Juanita). Además comenta que ya se lo dijo a la madre de Juanita y que esta aceptó, incluso le propuso ayudarle con algo de dinero para los gastos de la niña.

Se le señala lo importante que ha sido el trabajo en este sentido con la niña, pues ella se ha podido dar cuenta de que existe un vínculo entre ambas que difícilmente puede ignorarse y que el cambio en su actitud y deseo de hacerse cargo de la menor puede ser positivo para la niña, sin embargo, se debe tener cuidado en cómo se maneja esto con Juanita tratando de hablar de esperanzas fundamentadas pues la frustración en caso de que no se admita que la niña sea entregada puede ser muy grande y tener consecuencias negativas en la niña.

Se le anima a realizar los trámites necesarios; además se le dice que es muy importante que siga asistiendo pues el trabajo en las sesiones se había dirigido a la separación y

ahora se tendrá que hablar de una posible reunión familiar y de los cambios que esto implicaría en la vida de cada una.

#### Sesión 7, 30 de marzo de 2004

Juanita espera a su abuela en la Cámara de Gesell, cuando la señora entra la niña permanece sentada y la abuela la saluda; Juanita se pone de pie y le da un abrazo a su abuela, la cual le comenta que se le olvidó traerle sus zapatos, le da un jugo, un flan y el yogurt que siempre le trae. Nuevamente, la niña comenta que no quiere comer pues no tiene hambre y prefiere jugar con su abuela. Comienzan a hablar sobre las cosas que la niña hace en el albergue, contándole a su abuela que está en un grupo de terapia en donde juega, dibuja y platica. En este momento la niña comienza a mostrarse un poco dispersa en sus ideas y ansiosa, moviéndose constantemente y atendiendo poco a las preguntas de su abuela y de la terapeuta. Elige jugar con un juego de construcción (el cual es una casa de bloques de madera), en donde comienza a jugar ella sola. Mientras tanto se le pregunta si recuerda el asunto pendiente que había quedado la sesión pasada, lo cual aparentemente no escucha y sigue jugando. La niña continúa jugando e invita a jugar a su abuela quien se involucra en el juego; no obstante la niña se sigue mostrando ansiosa lo cual le es señalado tanto por la terapeuta como por la abuela. La abuela le dice *“te veo como nerviosita”* ante lo cual la niña asiente con la cabeza pero no es capaz de comunicar lo que le pasa por lo que la terapeuta le pregunta si está así por algo que le pasó dentro del albergue o por que no se ha ido de ahí. Con señas responde que es el segundo motivo, por lo que se habla de lo que puede sentir con ello; se comenta sobre la tristeza, pues aunque ella niega estar triste, en su cara se nota pues sus ojos y su boca se ven así. Se hace un reflejo de la experiencia, en donde se le dice que aunque ella dice que se siente “bien” parece que está triste. Ante esto solo oculta su cara en los brazos de su abuela.

Posteriormente Juanita comenta que está nerviosa *“por que no me sale la casita”*, ante lo cual se le pregunta si está nerviosa porque no le sale la casita o porque por el momento no tiene una casita. Ante este señalamiento la expresión de la niña es de tristeza y responde *“por que no tengo una casa...ya me quiero ir”* y nuevamente se le llenan los ojos de lágrimas. Es la abuela quien toma la palabra y le pregunta *“¿a dónde te quieres ir?”*, Juanita responde *“contigo”* y la vuelve a abrazar. La terapeuta interviene y les dice que precisamente ese era el pendiente de la sesión pasada, pues la abuela tendría que ir a preguntar qué podía hacer para que Juanita se pudiera ir con ella y qué posibilidades había. Juanita en un tono de voz muy bajo pregunta *“¿qué te dijo la licenciada?”*. La abuela mira a la terapeuta y se le indica que puede responder sin temor lo que su nieta le pregunta pues habíamos hablado de que era sólo una posibilidad.

La abuela le dice *“pues fui con la licenciada y me dijo que a lo mejor no te puedes ir conmigo porque me piden muchas cosas, muchos requisitos que no puedo, pero no quiero que por eso te sientas mal, ni triste...ya fui a ver y me piden muchas cosas...yo creí que era más fácil pero no es fácil...yo que más quisiera...que ahorita te dieran conmigo y ya te llevara a la casa, pero no se puede”*.

Al escuchar las palabras de su abuela, Juanita se queda en silencio, agachando la cabeza y mostrando una expresión de tristeza. Ante la pregunta de cómo se siente ahora que su abuela le dijo esto contesta que “bien”, por lo que nuevamente se le

refleja que aunque ella dice que se siente bien, su boca y sus ojos dicen otra cosa, con lo que sólo se limita a mirar a la terapeuta. Ante la dificultad que manifiesta la niña para comunicar sus sentimientos, se les introduce una actividad de dibujo en la que se les pide que dibujen que es lo que sintieron, la niña al escuchar a la abuela y la abuela al tener que decirle eso a Juanita.

De inmediato la abuela pide ayuda a Juanita para dibujar y la niña accede por primera vez a ayudar a la abuela; dibuja a su “abuelita” y una vez que termina se le pide a la señora que ahora sea ella quien exprese lo que sintió cuando habló con Juanita de que era muy poco probable que le permitieran llevarse a su nieta. Ambas se involucran en la actividad; llama la atención que ambas utilizan la escritura, que es otra forma de hablar de los sentimientos de manera más directa. Juanita agrega más elementos a su dibujo, se dibuja ella misma y algunas mariposas y flores.

Es la abuela quien termina primero y lee lo que hizo para su nieta mientras Juanita escucha atenta; la lectura la hace con dificultad por lo que cuando termina pide ayuda a la terapeuta quien vuelve a leer. Cuando Juanita ha escuchado todo voltea hacia su abuela, abrazándola, y le dice “gracias mami”. Mientras se abrazan la abuela llora y le dice a su nieta “*te quiero mucho hija*”, ante lo que Juanita le dice “*tú si me quieres porque mi mamá nunca me decía hija*”, a lo que la abuela responde “*claro que te quiero hija*”.

Después Juanita lee las palabras que escribió en su dibujo –“*mamá te quiero mucho, sino me puedes llevar te quiero mucho con todo mi corazón*”. Explica su dibujo, en donde están ella, unas flores y mariposas. En el dibujo hay un letrero junto a una flor que está en el centro que significa “*no cortar...no quitarle las plantitas a las flores*”. Ante esto se le dice que es bonito lo que escribió pues es como si deseara que “*no cortaran ese amor entre ellas*”, al escuchar esto Juanita sonríe y abraza nuevamente a su abuela. Después se comenta sobre el dibujo de la niña; al preguntarle qué de todo lo que dibujó qué es lo que le gustaría ser, Juanita responde que quiere ser la flor del centro “*porque está bonita*” y es como la que hizo su abuela en una ocasión. Es en este momento en el que se habla sobre las similitudes entre ambas, retomando la pregunta hecha casi al inicio de la sesión; se les señala que se parecen en muchas cosas como el querer estar juntas y no poder, y sin embargo seguir queriéndose; se le señala a Juanita que siempre busca hacer algo igual a su abuela como para tratar de parecerse más a esta y así estar más unidas, para acordarse más de ella. Ante estos señalamientos Juanita responde que quiere mucho a su “*mamá*” y por eso lo hace. Se le señala que no tiene nada de malo, pues es una forma en la que puede sentirse más cerca de su abuelita y extrañarla un poquito menos.

Se les pregunta cómo se sintieron con la actividad y ambas responden que les gustó mucho; se les pide que comiencen a despedirse y mientras lo hacen se abrazan y la abuela le vuelve a decir que siente mucho no poderse llevar pero que mientras pueda va a seguir viniéndola a ver. Juanita le agradece y sale de la cámara reincorporándose a sus actividades.

### **Retroalimentación con el familiar**

Ante la pregunta de cómo se siente, la abuela responde que muy mal ya que vio la tristeza que causó en su nieta la noticia de que lo más seguro es que no se la puedan entregar. Se le dice que ya se había comentado que sólo era una posibilidad y que ella

misma ya había pensado en que el cuidado de Juanita implicaba varios aspectos, entre ellos el económico y reconocido que por ese lado le sería difícil tener a la niña en su casa. Se habla de la notable tristeza de la menor y de su reacción ante la noticia, sin embargo también se retoman los recursos de la niña y el gran amor que ésta siente por la abuela; además se toca el tema de las ventajas que puede encontrar la niña al ser llevada a una institución. Ante esto, la abuela comenta que teme que cuando la niña ya no esté en el Albergue y la lleven a otro lugar ya no la dejen verla, por lo que se le dice es algo que no se sabe pero que valdría la pena averiguar para que esté más tranquila.

#### **Sesión 8, 6 de abril de 2004**

En esta ocasión la primera en ingresar es la abuela, quien espera a su nieta durante algunos minutos. Una vez que entra Juanita la abraza y la saluda; ambas se sientan y la abuela le trae lo acostumbrado para comer, sin embargo nuevamente la niña manifiesta que no desea comer, argumentando que le duela la “panza”. Ante esta declaración, la abuela manifiesta preocupación pues la niña agrega que lleva varios días con el dolor y que hasta ha vomitado. Se le pregunta a Juanita si está tomando algún medicamento y responde que sí, que ya la llevaron a ver a la doctora.

Una vez que se intenta tranquilizar a la señora respecto a la salud de su nieta, se comienza a hablar sobre la próxima terminación de las sesiones de psicoterapia. Juanita habla sobre lo que se ha hecho en las sesiones y aunque al inicio le cuesta trabajo verbalizar lo que se ha hecho pero dice –*“hemos hecho dibujos, jugado, platicado de lo que nos pasa”*, se le dice que es verdad que se han realizado esas actividades pero se le anima a tratar de pensar en lo que ha aprendido, a lo que responde *“que quiero a mi mamá Juanita...que la veo en mis ojos...así la extraño menos...que no me puede llevar, pero me quiere mi mamá y yo la quiero”*, al decir esto se le llenan los ojos de lágrimas lo cual se le refleja, sin embargo ella lo niega. Entonces la abuela comenta que la ve triste, relacionándolo quizás con que está enferma, lo cual Juanita niega.

Nuevamente se habla de la dificultad que tiene para decir que está triste; se le dice que es un sentimiento normal y que no tiene nada de malo llorar o aceptar esta tristeza, sobre todo cuando le suceden tantas cosas y ella parece estar tan sola. Juanita sólo mira a la terapeuta y después abraza a su abuela; se le pregunta si es que está triste como lo ven su abuela y la terapeuta y Juanita dice que sí; al preguntarle en que parte del cuerpo siente la tristeza se toca la cabeza, por lo que se le señala que tal vez es porque tiene mucho en que pensar, quizás demasiadas preguntas para las que parece no tener alguna respuesta y por ello siente ahí su tristeza, además de que puede tener algún pensamiento sumamente triste y por ello le puede doler tanto la cabeza. Ante estos señalamientos Juanita dice –*“es que estoy triste porque no me puedo ir con mi abuelita”*. Cuando dice esto busca un abrazo de su abuela y se agacha, se habla de que precisamente es una de las cosas que se han trabajado, que efectivamente tanto ella como su abuela desean estar juntas, pero esa decisión no depende de ninguna de las dos ni de la terapeuta, sino de un juez. Se valida su sentimiento de tristeza, argumentando que es normal que se sienta así pues incluso hay muchas cosas sobre las que no tiene control aunque ella así lo quisiera. Se le dice también que pensar en la separación “definitiva” de su abuela puede ocasionar miedo y tristeza, pero que ella ya ha encontrado algunas formas en las que puede sentirse menos sola y “ver” de alguna

manera a su abuela. Como en ocasiones anteriores cuando se abordan temas que le provocan mucha tristeza, se le llenan los ojos de lágrimas y busca el abrazo de su abuela, incluso sentarse en sus piernas. Se acomoda en su abuela y se agacha, pero no llora. Es en este momento que su abuela comenta que Juanita casi nunca llora –“*ni cuando le pegaban*”, comenta que siempre se hace la fuerte, pero no hay reacción de la niña. Se le indica a la abuela que arrulle a la niña y la consuele; la abuela la acomoda como si la niña fuera un bebé y comienza a decirle que esté tranquila que ahí está ella; le acaricia la cabeza mientras la arrulla. Se les deja así alrededor de 5 minutos y después se le dirigen algunas palabras a Juanita, sin embargo la abuela comenta que parece que está dormida. Se le permite que descanse por algunos minutos, pues es evidente el agotamiento emocional de la niña, además de que efectivamente puede sentirse mal por su infección del estómago. Posteriormente, se despierta a la menor la cual afirma que estaba dormida. Se le pregunta que cómo se sintió al estar así con su abuelita, a lo que Juanita responde que bonito. Se le refleja que se veía muy tranquila; al respecto se le dice que en ocasiones nos gusta sentirnos tranquilos y seguros estando con mamá como si fuéramos muy pequeños, pues ahí tan seguros y protegidos pensábamos que nadie nos haría daño y nos sentíamos amados. La niña no responde nada, sólo sonrío.

Una vez hecho esto, se les pide que se vayan despidiendo. La abuela le dice que se cuide de su estómago; Juanita le dice que se cuide y que la quiere mucho, cuando está ya en la puerta la niña regresa a abrazar y besar a su abuela.

#### **Retroalimentación con el familiar**

La abuela pregunta si su nieta estará bien, por lo que se le dice que es normal que esté triste y que es bueno que manifieste su tristeza.

Se habla acerca del apoyo que la abuela da hacia su nieta y de la importancia de este, pues si bien no se puede hacer cargo de ella, afectivamente le está proporcionando el amor que Juanita necesita y que al parecer siente que nunca recibió de su madre.

La señora sonrío y comenta que espera que el amor que siente hacia su nieta sea suficiente para que olvide todo esto y no se le convierta en un “trauma”. Se le responde que quizás es algo que no se olvidará, pero que con el apoyo que recibe la niña esto puede resultar menos doloroso.

#### **Sesión 9, 13 de abril de 2004**

La primera en ingresar a la Cámara es Juanita, quien espera a su abuela; al entrar la señora saluda a la niña, mientras Juanita se pone de pie y abraza y besa a su abuela; se saludan y al preguntarle a la señora cómo le ha ido, responde que bien, aunque comenta que al venir hacia el Albergue se cayó y se lastimó, mostrando el raspón que se hizo en la pierna. Ante esto la niña parece mostrarse preocupada y se acerca hacia la abuela.

La señora trae un yogurt a la niña, argumentando que en esta ocasión sólo le ha podido traer eso ya que se encuentran un poco “apretados” de dinero; se le recuerda que no debe preocuparse pues no es obligatorio que traiga algo de comer, enfatizando que lo importante es su presencia. La señora le pregunta a Juanita que si tiene hambre y esta contesta que sí, por lo que abre su yogurt y se lo come; es la abuela quien habla mientras la niña come. Se recapitula lo que se ha trabajado durante las sesiones

anteriores, enfatizando en los logros alcanzados; se concluye que ahora tanto Juanita como su abuela se tienen más confianza y han aprendido que aunque no estén juntas se quieren mucho y en el caso de que tuvieran que despedirse tendrían la seguridad de que en otro momento podrían verse.

Se les invita a realizar la actividad del día, la cual consiste en la “evocación de recuerdos”. Mientras se escucha música que tiene como objetivo ayudar a la relajación, se les pide que se sienten frente a frente; una vez que lo han hecho y después de que se miran a los ojos, se conduce un ejercicio que las lleva a relajarse. Conforme se observa que la tensión corporal ha disminuido, es la terapeuta quien guía la actividad. Mientras realizan un ejercicio de respiración, se les pide que recuerden paulatinamente cómo y en dónde estaban, un mes atrás, dos meses, tres meses, hasta llegar hasta el último día en que se vieron.

Es la abuela quien comienza a hablar acerca de este último día – *“estábamos en la casa que está en ‘T’, en casa de mi hija. Fue la última vez que nos vimos porque Juanita se escapó y la trajeron para acá. Creo que era el 24 de diciembre, no puedo recordar bien pero creo que Juanita estaba con nosotros...creo que si nos la pasamos las dos juntas, en año nuevo no pudimos...ya no se pudo...estábamos muy contentos, dichosos, felices, comimos, brindamos con sidra y con rompope”*.

Cuando la abuela termina de hablar se guía a la niña para que continúe el relato - ¿tú también brindaste con sidra, Juanita?, a lo que responde – *“no, con refresco...me sentía bien, estaba mi tío, mi tía, mi hermano, mi primo, mi mamá...Silvia y mi mamá Juanita”*. En ese momento interrumpe su relato por lo que se le pregunta si ese día fue el que escapó, prosiguiendo su relato con ayuda, como se relata a continuación.

- *“Después (referido al escaparse)...me dieron juguetes, una muñeca y un conejito...me escapé porque quería salirme..no sé”*. Vuelve a guardar silencio y se le dice que tal vez deseaba salir porque no deseaba ver otras cosas o estar lejos de su casa, quizás porque algo que no le gustó pasó. Ante esto asiente con la cabeza y dice *“me cerraron la puerta...un niño me cerró la puerta...iba a ir a la tienda, cuando no pude entrar fui a la calle a casa de una amiga mía...estaba jugando con ella y después me vine para mi casa y no me abrían...me fui otra vez a casa de mi amiga, me dormí, después en la mañana fui otra vez y tampoco me abrieron porque no estaba nadie y me volví a ir”*. Mientras relata este evento mueve constantemente las manos.

En este punto la abuela permanece con los ojos cerrados mientras escucha a su nieta. Después de un breve silencio, se anima a la niña a seguir con el relato preguntándole si es en ese momento en el que se encuentra con los policías y la niña comenta que no, que es hasta después mientras estaba en los columpios – *“ahí me subí con los policías”*. Al preguntarle qué fue lo que pasó después y porqué ya no regresó a su casa, comenta que no se acuerda, mientras se mete un dedo a la boca, moviendo las piernas. Nuevamente se hace un silencio, hasta que se le pregunta si no se acuerda y si necesita ayuda para recordar, a lo que la niña responde que sí. Ante esto, se le dice que al parecer les comenta a los policías que no quiere regresar a su casa. La niña continúa su relato – *“no quería regresar porque tenía miedo de que unos borrachos me roben, unos que hay por mi casa...porque mi mamá me pegaba, porque no hacía el quehacer, la cama...sentía feo...me pegaba en las piernas con unas chanclas...le decía que ya no me pegara...lloraba poco”*. En este momento vuelve a guardar silencio y comienza a tallarse los ojos. Ante la pregunta de si no había otro motivo por

el cual no quisiera regresar a casa, responde – *“un señor me tocó... les dije que abusó de mi también... porque me enseñó una niña que eso era abuso... era verdad; el señor era flaco... como somos todos (moreno)... pelo café y corto, tatuajes de corazón en el brazo... me tocó mis partes con su dedo, me dolió... me dijo que si le decía a alguien iba a matar a mi mamá”*. En este punto comienzan a salirse algunas lágrimas, las cuales intenta contener, además de taparse la cara y los ojos que permanecían cerrados. En este punto se interviene y se le refleja lo triste que debe ser recordar eso, el que no le abrieran la puerta y tener que estar sola en la calle, además del miedo y enojo que debió sentir de lo que pasó con el señor que abusó de ella, porque no le pudo decir a nadie por proteger a su mamá y eso la pudo haber hecho sentir más sola. Además se le dice que no es malo ni vergonzoso llorar, pues de esta manera podemos expresar nuestros sentimientos. Al escuchar esta última frase, comienza a llorar sin poder contenerse en este momento. Se le deja que llore libremente y la abuela mientras escucha lo que sucede, también comienza a llorar.

Transcurridos algunos minutos, se le dice que Juanita que si tal vez en el pasado no pudo pedir ayuda, ahora que lo recordó tal vez pueda hacerlo, pues hay alguien ahora ahí con ella quien puede ayudarla. Ambas permanecen aún con los ojos cerrados y se le pide a Juanita que así como está le pida ayuda a su abuela, aunque la niña no puede dejar de llorar, dice *“mami, ayúdame, necesito que creas lo que te digo, tengo miedo y no sé qué hacer”*. Al terminar de decir esto, Juanita se pone de pie y busca el abrazo de su abuela, a quien se le indica que la tome entre sus brazos y la arrulle. Mientras ambas están abrazadas se le dice a Juanita que es muy importante que haya tenido confianza para contar ese evento tan doloroso que le ha pasado, pues quizás antes se sintió sola o con miedo y ahora tiene a su abuela quien la puede ayudar y cuidarla, pues aunque no están juntas la quiere y piensa en ella. Mientras se abrazan, ambas parecen descargarse por medio del llanto, calmándose poco a poco.

Una vez que se encuentran más tranquilas, se le muestran a Juanita diversas barras de plastilina y se le pide que elija aquella del color que relaciona con el enojo. Toma la barra de color rojo; se le indica que le de una porción a la abuela y mientras las “amasan” se les explica la actividad (que tiene como finalidad descargar el enojo y la frustración). Se les pide que realicen un muñeco de plastilina entre las dos, que represente a la persona que abuso de Juanita; se les señala que no tiene que quedar perfecto y que incluso no tiene que ser algo humano. De inmediato ambas se ponen a trabajar, aunque la abuela comenta que a lo mejor no puede hacerlo, por primera vez no pide ayuda a su nieta ni a la terapeuta, pues comienza a hacer el cuerpo mientras Juanita hace la cabeza. Una vez que terminan el muñeco, el cual incluso tiene detalles de ojos, nariz, boca y orejas, este es puesto en la mesa, pidiéndoles a ambas que lo miren fijamente y piensen si quieren decirle algo, a lo que la abuela responde *“yo no, tanto sufrimiento que nos ha hecho pasar... no se merece nada”*, Juanita tampoco desea decirle algo. Al pedirles que piensen en que les gustaría hacerle a ese muñeco que representa al agresor de Juanita, la abuela responde *“aplstarlo, para que ya no le haga daño a chiquitas inocentes que no saben nada”*; la niña agrega *“aplstarlo, pisarlo, para que ya no vuelva a hacernos daño”*. Cuando lo ponen en el suelo, Juanita está apunto de pisarlo, pero teme manchar la alfombra por lo que se le da una hoja para que la ponga debajo del muñeco; ambas lo pisan fuertemente hasta que lo dejan aplastado en la hoja. Al verlo ambas rien.

Ahora bien, como una actividad en donde se fomenta la reparación y el aprendizaje de eventos positivos a partir de una crisis, se les dice que a veces de las cosas terribles que pasan hay situaciones que pueden rescatarse o que pueden gustarnos, por ejemplo el amor que hay entre ellas, la posibilidad de que Juanita se encuentre en un lugar protegido, entre otras cosas que ellas pueden ver. Después de estas palabras, se les invita a hacer una figura a partir de lo “feo” que quedó, de construir algo a partir del dolor.

Toman lo aplastado y se reparten la plastilina; la abuela hace una figura que representa la *“unión entre Juanita chica y Juanita grande...hice a Juanita con su abuelita”*, su nieta responde con una sonrisa y un abrazo. La niña, hace figuras de los animales que le gustan, un oso y un conejo, los cuales *“están juntos”* igual que ella y su abuelita. Intercambian sonrisas y abrazos.

Terminada la actividad juegan un poco, platican de lo sucedido. Se les pide que se despidan. Ambas lo hacen con un fuerte abrazo.

### **Retroalimentación con el familiar**

Al preguntarle cómo se sintió, la abuela responde que muy triste, pues en realidad siempre había dudado de lo del abuso porque *“nunca pensó que a su edad les pasara eso”*.

Se habló acerca de la importancia que escuchara a su nieta atentamente y sin juicios, lo cual le permitió a Juanita expresarse libremente y sin temor a ser culpada por lo sucedido; además se le señaló la forma en que fue capaz de darle el apoyo emocional a su nieta, pues al parecer la niña siempre se ha sentido insegura, y con ella percibe un ambiente diferente, pues hay seguridad y puede confiar en ella.

### **Sesión 10, 20 de abril**

La primera en ingresar a la Cámara es Juanita, quien espera a su abuela; al entrar la señora, ambas se saludan con un beso y un abrazo. La abuela le pregunta quién la peinó tan diferente, a lo que Juanita responde que una maestra.

Juanita elige el juego, toma la casa de muñecas y comienza a sacar todos los muebles; los acomoda en la casa, además de algunos de los muñecos, comienza ella sola y después incluye a la abuela, ambas terminan de acomodar la casa, sin embargo no realizan una historia, pues prefieren platicar entre ellas; cuando se les anima a hacer una historia, relatan brevemente sobre quienes viven en la casa (*“yo, con mi abuelita, mi tío Víctor, mi tío Marcos, mi tía Lulu y nada más”*) y los cuartos que hay en ella.

Después retoman su conversación y hablan sobre la escuela de Juanita, pues esta comenta que se pelea con otros porque le pegan. En esta sesión se nota a la niña especialmente callada y apática, lo cual se debe en parte a que está enferma, por lo que tose frecuentemente.

Se hace una dinámica en donde se recapitulan algunos de los temas relevantes a lo largo del trabajo terapéutico, identificándose los sentimientos aunados a ellos. Se hace un ejercicio de relajación y se les introduce a la dinámica. Después de terminar la actividad, se les señala que hay muchas similitudes entre lo que sienten y se les invita a encontrarlas; ambas participan en la actividad haciendo comentarios sobre lo que han expresado. No obstante la niña sigue manifestando molestias de la gripa, por lo que se decide terminar la sesión 5 minutos antes. Al despedirse, la abuela le dice a Juanita –



*“aunque esté lejos voy a estar contigo mi reina”*, a lo que la niña responde “gracias”, abrazando y besando a la abuela.

El ambiente de la sesión fue depresivo, incluso la abuela se percibía un tanto agobiada y mantuvo los ojos llorosos por largo tiempo en la sesión.

### **Retroalimentación con el familiar**

Al preguntarle cómo se sintió, la abuela responde que muy triste pues en la fiscalía le acaban de decir que piense bien si aún desea hacerse cargo de su nieta o quiere desistirse, pues son varios los requisitos que le piden como una recámara sólo para la niña y tener solvencia económica, por lo que dice estar muy confundida y no saber qué hacer; por un lado desea hacerse cargo de Juanita pero por el otro le ponen muchas “trabas”. Se habla con ella acerca de lo difícil que puede ser el proceso, sin embargo, se le pide que lo piense bien, antes de tomar cualquier decisión pues aunque por el momento parecía que todas las puertas se cerraban, podían haber esperanzas de que su nieta le fuera entregada. Aunque la señora se ve más animada al finalizar la sesión, se percibe su desesperación por no poder hacer nada para que le den a su “hija” sin que le pongan tantas condiciones.

### **Sesión 11, 27 de abril de 2004**

La primera en ingresar a la Cámara es Juanita, quien espera a su abuela; al entrar la señora, ambas se saludan con un beso y un abrazo. La abuela se sienta y comienza a platicar con su nieta, preguntándole cómo se encuentra. De inicio, la señora saca un yogurt y un flan, que la niña elige comer, ya que sólo desayunaron pan y leche, por lo que en esta ocasión si tiene hambre.

Se comienza el trabajo, platicando acerca de lo que más les ha gustado del trabajo realizado. Juanita comenta que lo que más le gusta es que su abuelita la abraze y le diga cosas “bien bonitas”, como que la quiere mucho. La abuela comenta que se ha sentido más cerca de su nieta. Se recapitula nuevamente lo hasta ahora trabajado y se les propone hablar de “Silvia”, la madre de Juanita. La niña comenta que al igual que a su abuela, le dice mamá, que extraña los abrazos que siempre le daba. Sin embargo, cuando se le confronta con su declaración de maltrato, comenta que “sentía feo” cuando le pegaban. Al hablar sobre su mamá, se inclina sobre la mesa, recargándose cada vez más en ella.

Se le refleja sobre el dolor de los golpes y el no ser tomada en cuenta, además de que pensó que tenía que guardar silencio acerca del abuso para proteger a su madre y finalmente ella no le cree. Mientras la niña escucha esto, comienza a sollozar. Al preguntarle cómo se siente al hablar de esto, dice que triste, por lo que se le refleja que es la primera vez que sus palabras dicen lo que se ve en su cara.

La abuela le pregunta si tiene ganas de llorar y le pide que se desahogue si es que lo desea. Juanita comienza a llorar y se hace un silencio, mientras que la abuela no deja de estar al pendiente de la niña. Después de un momento, Juanita se pone de pie y busca a su abuelita; se abrazan.

La abuela comienza a llorar, sin dejar de atender a su nieta, abrazándola y arrullándola. La niña comienza a tranquilizarse, relajando su ritmo de respiración y cesando el llanto. Poco a poco, la abuela regresa a su nieta a su lugar.

Finalmente, se habla sobre la dificultad de pensar y hablar de la madre, pues al parecer hay muchos sentimientos encontrados, sin embargo, se le recuerda a la niña que no está sola y que ahora cuenta con el apoyo de su abuela. Ante esto la niña sonríe y abraza a su abuela.

Se termina la sesión y ambas se despiden, la abuela le pide a Juanita que se cuide mucho.

### **Retroalimentación con el familiar**

La señora se dice muy triste al escuchar lo que le pasó a Juanita, pues le hace recordar la soledad que vivió su propia hija (Silvia), justificando de alguna manera que el abandono y descuido del que fue víctima la niña, se debieron principalmente a que tenía que ir a trabajar y no podía estar con ella. En sus palabras dice – *“esta niña está viviendo la soledad de su mamá, pero ella tenía a sus hermanos y Juanita está sola”*.

Se le señala que aunque puede resultar válido que su hija saliera a trabajar y dejara sola a su hija para poder darle de comer, eso no justifica que no le diera la atención mínima, ni siquiera estar al pendiente si va a la escuela o no.

Se habla además de la posible entrega a familiares; la señora comenta estar dispuesta a realizar todos los trámites necesarios y “firmar lo que sea”, aclarando que si no se la lleva es porque le han puesto muchas trabas, pues incluso le piden que tenga un cuarto sólo para la niña.

Se le anima a continuar con el trámite si es que en verdad desea hacerse cargo de la niña, a lo que la señora responde que al menos un techo, educación y comida no le va a faltar, ante estas declaraciones se le dice que también resulta importante el afecto que le pueda proporcionar.

### **Sesión 12, 11 de mayo de 2004**

La abuela de Juanita llega a la hora citada para realizar la convivencia y última sesión terapéutica como se le había avisado con anticipación. Juanita se encuentra lista en el interior del Albergue, sin embargo la Cámara de Gesell que es el lugar en donde se realiza el trabajo, en esta ocasión se encuentra ocupada.

Por lo tanto, la sesión tiene que llevarse a cabo en el lugar que el Albergue designa para ello, el área de trabajo social. Desde el inicio, es evidente que la novedad del lugar provoca una disminución en la interacción entre ambas; Juanita y su abuela, se limitan a mirarse y a reírse de manera ansiosa. Incluso la menor después de saludar a su abuela, se limita a comer. Aunque hay verbalización, esta no es constante. Además el ruido y las interrupciones de la gente que pasan por el lugar hacen imposible que se pueda realizar la intervención.

Dado que el cambio de escenario resulta una variable importante a considerar dentro del tratamiento, se decide no finalizar en esta sesión y se le otorga una nueva cita a la abuela.

### **Sesión 13, 18 de mayo de 2004**

La abuela se encuentra en el interior de la Cámara y su nieta entra. Al saludarse, la abuela pregunta a su Juanita qué le pasó pues tiene un rasguño en el brazo; la niña responde que la pellizcó una niña porque se estaban peleando. La abuela le comenta

que debería tratar de no meterse en problemas, pero que si lo hizo para defenderse está bien.

La niña comenta *"que bueno que estamos acá abajo...allá hacen ruido y aquí no"*; al preguntarle a la abuela que ella cómo se sintió con el cambio de lugar, responde que un poco incómoda porque la gente pasaba e interrumpía cuando intentaba hablar con Juanita. Agrega que ve mejor y más contenta a su nieta, diferente, ya que la vez pasada no quería platicar. Nuevamente, la niña deja la comida para jugar y platicar con su abuela.

Juanita le pide a la señora que traiga a su hermano MA, ya que desea verlo; le pregunta cómo está él y la abuela responde que bien. La señora pregunta si puede traer a su niño y se le responde que sí, que puede venir en la próxima visita.

Para hacer el cierre de las sesiones se realiza una explicación del proceso, hablándoles de las cosas que han hecho y lo que ha sucedido en la terapia. Se habla sobre las expectativas de Juanita y su abuela quienes pensaban que lo mejor era estar juntas. Juanita recuerda que hay un pendiente pues su abuela no le ha dicho si se puede ir con ella o no. La niña espera una respuesta, por lo que se le pide que pregunte directamente a su abuela. En la cara de ambas hay tristeza.

La respuesta de la abuela es *"que no te pueden dar conmigo"*, al escucharlo Juanita rompe en llanto y busca el abrazo de su abuela quien también comienza a llorar. La señora le dice mientras la abraza *"he sufrido mucho porque no me dejan llevarte, yo quisiera que me dijeran llévesela señora...si dependiera de las tres, de tu psicóloga yo creo que ella te daría conmigo"*. La abuela le habla del futuro y de la esperanza de que en menos de un año la regresen con ella y puedan estar juntas. La niña parece escuchar, pero no deja de llorar. La abuela habla de sus deseos, de que esté en casa con *"tu abuelita que te quiere tanto"*. Juanita voltea a verla y le dice que la quiere mucho y la abuela le responde "yo también".

Se les explica a ambas que a pesar de esto pueden seguirse viendo en las convivencias, pues a pesar de que el trabajo de terapia llegó al final, ellas seguirán en las convivencias dentro del albergue hasta que Juanita sea llevada a otro lugar o se tome una decisión definitiva respecto a su situación legal. Se les aclara que conservarán su espacio aunque el tiempo será más limitado. Ambas dicen comprender lo explicado y después se les pregunta sobre la actividad del día de hoy.

Eligen dibujar y hacen un dibujo entre ambas, en donde los elementos principales son ellas dos, tomadas de la mano. En la parte de atrás se visualiza una casa y hay flores en el dibujo. Cuando terminan este, Juanita lo obsequia a la abuela, dándole también un abrazo. La abuela le dice *"yo te comprendo, así como me siento yo de triste, me imagino que tú también"*.

Después eligen armar un rompecabezas, un pez el cual arma casi sola Juanita; el segundo es un castillo de muchos colores en el cual participan ambas, reflejando satisfacción al verlo terminado.

Finalmente, Juanita elige la casa de madera que en una ocasión había intentado armar y no había logrado. En esta ocasión, pide ayuda a la abuela y ambas logran armar la casa muy rápido.

Mientras juegan, ambas platican y se ríen a sedar de le evidente tristeza ante la noticia de la separación; ambas parecen conservar en cierta medida la esperanza de volverse a ver así como se han visto sesión tras sesión.

En el momento de despedirse, la abuela le dice *“recuerda que siempre vamos a estar juntas, aunque estemos lejos...recuerda que te quiero mucho”*. La niña quien ya iba en la puerta, se regresa y abraza a la abuela, dándole un beso y diciéndole que la quiere mucho y *“gracias mami”*.

## Anexo 3

