



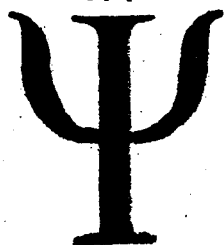
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA DE JUEGO PARA NIÑAS  
Y NIÑOS MALTRATADOS:  
UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN

T E S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
LILIA ROSAS LÓPEZ

DIRECTORA DE TESINA:  
MTRA. MARÍA MARTINA JURADO BAIZABAL



MÉXICO, D. F.

2007



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.

**A Karla, Alejandro e Ivan**

**y a todos los niños y niñas de los CADI's y CAIC's  
que me han permitido crecer con ellos.**

**Con profundo agradecimiento:**

**A la Mta. Cristina Heredia por apoyarme al comienzo de éste proyecto.**

**A la Mta. Ma. Martina Jurado por su profesionalismo, dedicación y apoyo invaluable para la realización de éste proyecto.**

**A las Profesoras: Guadalupe Santaella, Aída Araceli Mendoza, Damariz García y Ma. Eugenia Gutiérrez por sus valiosos comentarios y sugerencias para la conclusión del presente trabajo.**

**Al personal de la División de Educación Continua por la atención y el apoyo.**

**A la Lic. Esperanza Zamora por su invaluable apoyo.**

**A la Lic. Reyna Isabel Pérez por su amistad, profesionalismo y sus apreciables y convenientes comentarios que fortalecieron esta propuesta.**

**A Rocio, Lili y Luis por su amistad e invaluable apoyo para el logro de este trabajo.**

**A mi familia.**

**GRACIAS.**

# INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO 1 TERAPIA DE JUEGO.....</b>	<b>9</b>
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 La terapia de juego .....	11
1.3 Fundamentos teóricos .....	15
1.3.1 El juego en el niño .....	15
1.3.2 Tipos de juego .....	17
1.3.3 Desarrollo psicológico del niño .....	18
1.4 Terapia de juego grupal .....	20
1.5 Principales enfoques teóricos de la terapia de juego .....	24
1.5.1 Enfoque psicoanalítico .....	24
1.5.2 Enfoque gestal .....	25
1.5.3 Enfoque cognitivo conductual .....	26
1.6 Terapia de juego centrada en el niño .....	27
<b>CAPITULO 2 MALTRATO INFANTIL .....</b>	<b>32</b>
2.1 Introducción .....	32
2.2 Antecedentes .....	33
2.3 Definición .....	37
2.4 Clasificación .....	38
2.5 Etiología y factores de riesgo .....	40
2.6 Efectos y consecuencias .....	43
2.7 Indicadores del maltrato .....	45
2.8 Aspectos jurídicos .....	45

<b>CAPITULO III TERAPIA DE JUEGO Y EL MALTRATO INFANTIL .....</b>	<b>48</b>
3.1 Antecedentes .....	48
3.2 Terapia de juego centrada en el niño y el trabajo enfocado .....	52
3.3 Introducción del niño maltratado a la Terapia de Juego .....	54
3.4 Etapas de la terapia de juego para niñas y niños víctimas de maltrato y trato con negligencia .....	55
3.5 Intervención y tratamiento .....	56
<b>PROPUESTA DE INTERVENCION PARA VICTIMAS DE MALTRATO INFANTIL EN LOS CADI's y CAIC's DEL DIF-DF .....</b>	<b>62</b>
Introducción .....	62
Programa de “ Prevención y atención al maltrato y abuso sexual infantil “ .....	64
Propuesta de terapia de juego grupal centrada en el niño, para el tratamiento de niñas y niños víctimas de maltrato infantil que asisten a los CADI's y CAIC's del DIF-DF .....	66
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>117</b>

## **RESUMEN**

Se trata de una investigación bibliográfica, en donde se abordan los temas de la Terapia de Juego y el Maltrato Infantil. Se realiza una presentación de los conceptos teóricos que conforman estas temáticas y que resultan necesarios para hacer una conjugación que de por resultado la terapia de juego enfocada a niñas y niños que han sufrido el maltrato.

De ésta manera, se revisan los fundamentos teóricos de la Terapia de Juego, el uso diagnóstico y terapéutico, clasificación e importancia del juego y los principales enfoque teóricos de la Terapia de Juego, haciendo especial énfasis en el enfoque de la terapia de juego centrada en el niño.

Así también se analizan la concepción teórica del maltrato infantil, las causas, consecuencias, emociones y conductas del niño maltratado, factores individuales y familiares que intervienen en éste y cómo se presenta en México, llegando a considerarse un problema de salud con un alto grado de incidencia y que va en aumento.

Por ende, es posible mostrar las acciones, las causas y los efectos que conlleva el maltrato infantil y como se pretende resarcir con la intervención terapéutica a través de la terapia de juego centrada en el niño.

Por último se conjuga todo el soporte teórico presentado de los temas en una propuesta de trabajo: Terapia de juego grupal centrada en el niño, para el tratamiento de niñas y niños víctimas de maltrato, que asisten a los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil ( CADI ) y los Centros de Asistencia Infantil Comunitarios ( CAIC ) pertenecientes al DIF – DF.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un país conlleva progresos económicos y sociales que traen consigo algunas otras desventajas, como por ejemplo pobreza, drogadicción, violencia, discriminación, etc., que generalmente recaen en sectores de la población que se encuentran en una situación de mayor marginalidad, vulnerabilidad y desprotección, por ejemplo la infancia.

Una de las principales problemáticas que existe en México es el Maltrato Infantil; a ésta realidad que viven y sufren muchas niñas y niños hasta hace algunas décadas se le empezó a prestar la atención necesaria, como un factor determinante en el desencadenamiento de alteraciones del desarrollo de la personalidad, ya que la vivencia del maltrato en cualquiera de sus expresiones conlleva una serie de cambios que puede modificar la vida de cualquiera.

La atención del maltrato infantil se torna necesaria con el hecho de observar el nivel de presencia del fenómeno, que prevalece y se incrementa de manera constante en nuestra sociedad, provocando un alto índice de víctimas. El INEGI ( Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática ), mostró que la violencia hacia los infantes se presenta en un 30.4 % de todos los hogares mexicanos, por esto es necesario contar con acciones gubernamentales y civiles, que permitan la intervención terapéutica oportuna y de calidad, que ofrezca beneficios tangibles en las niñas y niños maltratados.

La labor del psicólogo es esencial dentro de ésta problemática, como un elemento indispensable para la realización eficiente del apoyo y atención terapéutica; como generador de propuestas innovadoras y viables que coadyuven a la realización de acciones en beneficio de los infantes y como investigador que le permita la creación y adaptación de nuevas técnicas y herramientas que coadyuven a la atención terapéutica infantil.

En el campo de la psicoterapia infantil, la utilización del juego como herramienta terapéutica para niñas y niños, conocida como terapia de juego ha sido adoptada por los terapeutas como una posibilidad de intervención eficaz.

Así, al relacionar los temas maltrato infantil y terapia de juego es necesario mostrar teóricamente su estructura y beneficios y dar a conocer la técnica, es decir, cómo se emplea a partir de diferentes enfoques para ayudar a producir un cambio en los sentimientos, pensamientos y acciones de los infantes que por diversas causas han sufrido del maltrato.

Para ello, el presente trabajo se ha organizado tratando de abordar todos los aspectos antes mencionados y se muestran 4 apartados que se presentan de la siguiente manera:



El primer capítulo se orienta a describir qué es y en qué consiste la Terapia de Juego, cuales son sus principales fundamentos teóricos y los enfoques que preferentemente se utilizan. Así también se hace un especial énfasis en la terapia de juego centrada en el cliente, ya que será el enfoque al que se recurra para hacer una propuesta de trabajo.

El segundo capítulo hace referencia a la concepción teórica que existe acerca del maltrato, se presenta una breve reseña histórica hasta llegar a la definición y clasificación del mismo. También es importante conocer las causas de este problema y las consecuencias que ocasiona en los niños.

Al conjugar el maltrato y la terapia de juego da por resultado el tercer capítulo, en el que se aborda y se muestran los trabajos que se han realizado en este tema, en diferentes Instituciones y diversas modalidades pero que al fin tienen como objetivo la intervención terapéutica.

Por último, se diseña y elabora una propuesta de intervención para niñas y niños en edad preescolar que muestran perturbaciones emocionales a consecuencia de la experiencia de vivir situaciones de maltrato, en cualquiera de sus modalidades. Esta intervención se propone que sea a través de la Terapia de Juego Grupal con el enfoque Centrado en el Niño, ya que se considera que es la más adecuada para este tipo de población, además de que ofrece una infinidad de elementos para el desarrollo integral del infante.

Esta propuesta se diseña para ofrecer atención y tratamiento oportuno, inmediato, eficiente y con calidad a niñas y niños que asisten específicamente para los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI's) y los Centros de Asistencia infantil Comunitarios (CAIC's), que pertenecen al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal (DIF – DF) y que sufren o han sufrido de maltrato con la finalidad de ofrecer un espacio en donde puedan expresar sus conflictos, sentimientos y emociones que les permita superar los efectos nocivos de que les cusa dicha situación.

Además el DIF-DF cuenta con algunos otros programas encargados de erradicar el maltrato infantil, por lo que ésta propuesta se suma a las acciones ya implementadas y por lo tanto se complementan con una sola finalidad: el desarrollo infantil armónico e integral.

## CAPITULO 1 TERAPIA DE JUEGO

### 1.1 Antecedentes

La historia de la psicología clínica tiene antecedentes muy antiguos, aunque la consolidación de ésta como ciencia sea más reciente. Actualmente el quehacer del psicólogo está más asociado a la clínica que otras actividades que puede desempeñar. En un principio la psicología clínica solo se vislumbraba como una posibilidad de atención para personas que sufrían una enfermedad mental, pero hoy en día, la practica terapéutica se puede emplear con cualquier persona que así lo desee. Bandura, Chess, Ross, Dolto y otros llaman psicoterapia a cualquier método o tratamiento que emplee exclusivamente técnicas psicológicas para producir cambios en los sentimientos y las pautas de conducta ( cit. en Jurado R. 2001).

También se denomina Psicoterapia al tratamiento formal de los pacientes por medios psicológicos y no con agentes físicos ni químicos, es decir principalmente a través de la comunicación verbal ( cit. en Castillejo G. y Alba R. 1985 ) que por definición el fin que se busca es un beneficio, mejoría, desarrollo o maduración en la persona.

La psicoterapia puede aplicarse desde diferentes enfoques y en diversas modalidades, éstas pueden ser: individuales o grupales, para niños, adolescentes y adultos; cada una se basa en una teoría y por lo tanto implementar métodos, herramientas y técnicas para el logro de la modificación de la conducta o la superación de un conflicto tiene un modo específico y diferente entre si. En éste trabajo se centra la atención en la psicoterapia infantil.

La historia de la psicoterapia infantil puede dividirse en tres periodos :

El primero, que se extiende hasta la terminación de la Primera Guerra Mundial, aparece por la influencia de los descubrimientos del psicoanálisis, las primeras reflexiones teóricas provisionales y alguna tentativa practica esporádica de tratar mediante psicoterapia las neurosis infantiles (Castillejo G. y Alba R. 1985)

El segundo periodo abarca la década de los 20 caracterizándose por el enfrentamiento de las escuelas de Anna Freud y Melanie Klein, conduciendo a la aplicación de una pedagogía psicoanalítica ( Jurado B. comunicación personal, febrero 19, 2005 ).

Castillejo G. y Alba R. ( 1985 ) mencionan que el tercer periodo es a partir de la Segunda Guerra Mundial, se caracteriza por la creciente fundamentación teórica y la consolidación institucional del tratamiento paidoanalítico en centros creados

especialmente para éste fin y que al mismo tiempo ofrecen la posibilidad de una formación especializada .

Con la psicoterapia infantil surgió la necesidad de crear espacios para que el niño, mediante el juego elabore conflictos derivados de la convivencia familiar, escolar y social ( Rodríguez, G. F. 2006 ), así como también de diseñar nuevas formas de intervención y tratamiento a partir de las ya existentes.

La terapia de juego tiene sus orígenes en el trabajo realizado por Sigmund Freud indirectamente con un niño ( caso Juanito, 1909 ). Dicho trabajo consistió en recomendar al padre del niño ciertas acciones a ejecutar con su hijo en pro de la superación de sus conflictos. Freud propone estas recomendaciones deduciéndolas a partir de la interpretación de la conducta y de los juegos que realizaba el pequeño (cit en Schaefer, 1988 ). A partir de estas acciones se despliega una serie de intentos por integrar el juego a la psicoterapia infantil y centrar en ésta actividad el medio natural por el cual se puede hacer contacto con el niño para la resolución de conflictos.

Schaefer y O' Connor ( 1988 ) hacen una reseña sobre las adaptaciones y transformación que diferentes profesionales han hecho a la Terapia de Juego, por ejemplo afirman que en 1919, Hug – Hellmuth es la primera terapeuta que formalmente integra al juego como parte esencial de la terapia infantil, pero es Melanie Klein y Anna Freud quienes adaptan la técnica psicoanalítica para el trato a infantes valiéndose del juego como herramienta para obtener insight en ellos. Sin embargo cada una se enfocó en diferentes aspectos, por ejemplo Klein se convenció de que el juego en sus pacientes se podía comparar con el uso de las verbalizaciones en un adulto y que cualquier patología en un niño se podía tratar; por su parte A. Freud utilizó juegos y juguetes para interesar al paciente en la terapia misma como en el terapeuta y consolidar su relación, ella afirmaba que esto era muy recomendable para niñas y niños neuróticos.

Alrededor de la década de los 30's comienza la construcción de nuevas propuestas basadas en diversas teorías para incluir al juego como herramienta terapéutica, esto dio como resultado diversos enfoques.

Así se vislumbraban los inicios de la técnica hoy conocida como *Terapia estructurada* que usa la teoría psicoanalítica como base para un enfoque dirigido hacia objetivos. En 1938 Levin desarrolla una técnica denominada *Terapia de Liberación* en donde el terapeuta propiciaba con materiales específicos el juego en donde la recreación de un evento traumático permitía al niño asimilar sus pensamientos y sentimientos en relación con tal suceso. En el mismo año Solomon, desarrolló una técnica denominada *terapia de juego activa* empleada con niños impulsivos en donde se le permitía expresar su ira y temor aprendiendo así a redirigir su energía hacia conductas socialmente orientadas en el juego. En 1955 Hambriedge diseñó una forma de trabajo muy parecida a la de Levin, pero

con la condición de ser más directivo y especificar más concretamente la situación del hecho traumático en el juego. *Las terapias de relación* tienen una base filosófica en la concepción teórica de Otto Rank sobre el trauma del nacimiento en el desarrollo del individuo. Taft, Allen y Moustakas trabajaron con niños en terapia de juego brindándole la oportunidad de establecer una relación profunda con el terapeuta en un ambiente de seguridad. En 1959 Carl Rogers desarrolló el enfoque centrado en el cliente y Virginia Axline lo modificó en una técnica de terapia de juego en donde la principal finalidad es resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente, facilitando su crecimiento personal (cit en Schaefer y O' Connor, 1988 ).

## 1.2 La terapia de juego

Debería de pensarse que la infancia es la etapa más feliz en la vida del ser humano, pero la realidad es que en muchas ocasiones por eventos traumáticos de la vida misma, ( como la muerte de un ser querido, enfermedad crónica de un familiar, divorcio de los padres, violencia intrafamiliar, etc o el simple desconocimiento de los padres sobre el cómo educar a los hijos ) es que el infante comienza a vivir con angustia, miedo, rebeldía, apatía o irritabilidad. Estas emociones negativas merman en el niño su potencial de aprendizaje, de creatividad, de espontaneidad, de socialización y su autoestima.

Se ha comprobado que de la mejor resolución de conflictos en ésta etapa es como se derivan mejores adolescencias, mejores vidas adultas y por lo tanto individuos más plenos y satisfechos. Para ello, es que la Terapia de juego se percibe como una propuesta de trabajo y resolución ante conflictos infantiles.

Como mencionan Esquivel, Heredia y Lucio (1999 ) los motivos por los que un niño es llevado a terapia son múltiples y muy variados, por lo general es la escuela quien detecta y reporta en el niño algún síntoma etiquetado como anormal, por ello que hace recomendaciones para su atención por un especialista. Los principales motivos y más frecuentes por los que la escuela solicita la intervención del psicólogo son por problemas de aprendizajes o de conducta, pero también es bien sabido que en muchos casos no son los niños el origen del problema sino el reflejo o síntoma de una situación familiar. La relación de pareja de los padres, de éstos con los hijos, su situación económica y social también son factores importantes que determinan en alto grado en el niño el desarrollo de habilidades de relación, autoestima, sentimientos y pensamientos que les permitan desplegar una infinidad de alternativas de crecimiento.

Algunos padres y madres de familia observan en su hijo alguna situación diferente, que les causa incomodidad y resuelven acudir con un profesional, algunos otros

prefieren aparentar que esto no ocurre y llegan a ignorar señales de alerta, hasta que el niño está inmerso en una grave situación.

Para proporcionar una atención terapéutica infantil eficaz y de calidad, que les permita intervenir con métodos y técnicas específicas para promover la superación del niño, muchos psicólogos han adoptado nuevas herramientas de atención a infantes que faciliten la solución de conflictos internos y externos. Una de estas herramientas es la terapia de juego.

CEPSYCO ( 2006 ) advierte que la terapia de juego se consolida a partir del hecho de que se retoma al juego del niño como un medio natural de comunicación y expresión, que nos permite conocer sus sentimientos y problemas en un ambiente lleno de seguridad, apoyo y confianza, que le permita recrear con materiales específicos eventos traumáticos o aversivos generando la posibilidad de posteriormente elaborar y resolver conflictos emocionales, además de asumir y asimilar la situación con consecuencias definitivas. Asimismo promueve el aprendizaje, el crecimiento y desarrollo integral del niño tanto en lo cognitivo, lo emocional y lo social.

“ La Asociación de Terapeutas de Juego ( Reino Unido ) define la Terapia de Juego de la siguiente manera: La terapia de juego es el proceso dinámico entre el niño y el terapeuta de juego, en el cual, el niño explora a su propio ritmo y con un orden individual, aquellos elementos del pasado y del presente, conscientes e inconscientes, que están afectando la vida presente del niño. La alianza terapéutica habilita los recursos internos del niño para lograr el crecimiento y el cambio. En la terapia de juego centrada en el niño, el juego es el medio primario y el lenguaje el medio secundario” (West, 2000 )

De acuerdo con Axline (1975 ) la Terapia de Juego es muy importante, beneficia al niño o niña a que aprendan a ayudarse ellos mismos, toman conciencia del poder que tienen para dirigir su vida, aceptando la responsabilidad que conlleva la libertad interna, es decir que adquieren un sentimiento de capacidad de autoestimarse y autodirigirse, incrementando sus habilidades de independencia, de aceptación de sí mismos y de asumir las responsabilidades conscientes de su persona.

De acuerdo con esta misma autora la terapia de juego le permite al niño desarrollar la habilidad para resolver sus propios conflictos de manera eficiente favoreciendo el impulso innato del ser hacia el crecimiento. Este factor de crecimiento se da a partir de que en la terapia de Juego se le brinda el espacio necesario y oportuno para que el infante exprese y actúe sentimientos acumulados de tensión, frustración, dolor, egoísmo, rechazo, agresión, inseguridad, etc., que al ser expuestos emergen a la superficie y para el menor al hacerlos conscientes pueden tener un mejor control sobre ellos y optar por la mejor resolución de conflictos.

En si, puede decirse que la terapia de juego potencializa diferentes áreas del ser al llevarla a cabo, para muestra Schaefer y O' Connor ( 1988 ) describe la principales funciones que promueve la terapia de juego:

**Biológicas**

- Aprender habilidades básicas
- Relajarse, liberar energía excesiva
- Estimulación cinestética

**Intrapersonales**

- Deseo de funcionar
- Dominar situaciones
- Exploración
- Desarrolla la comprensión de las funciones de la mente, el cuerpo y el mundo

- Desarrollo cognoscitivo
- Dominio de conflictos
- Satisfacción de simbolismos y deseos

**Interpersonales:**

- Desarrollo de habilidades sociales
- Separación – individuación

**Socioculturales**

- Imitar papeles deseados

Es así que la terapia de juego es un espacio en que además del autoconocimiento se promueve el autocontrol, distinguiendo siempre lo externo de lo interno, la realidad de la fantasía (Álvarez, F. 2006).

Por lo tanto, cuando se habla de la terapia de juego, implica una aproximación holística ( al utilizarlo como un medio para ' ayudar ' de una manera no agresiva) a los aspectos físicos, emocionales, espirituales y cognoscitivos, tanto conscientes como inconscientes; tomando en cuenta pasado, presente y futuro del niño 'completo'. La terapia de Juego se ocupa de los sentimientos de los niños, no solo de su conducta, (West, 2000 ).

García, J. ( 2006 ) afirma que la terapia de juego ofrece la oportunidad de un espacio en donde el niño se puede afligir y expresar su enojo, donde se le entienda, se le acepten estos sentimientos sin ser juzgados, reprimidos y con la única finalidad de que reconozca, ubique, aprenda o retorne a una conducta mas madura.

Como se menciona, lo anterior es posible si el ambiente en donde se lleva acabo la terapia es un espacio en donde los niños y las niñas se expresan libremente se sienten confiados, aceptados y respetados. Con relación al consultorio, Díaz C. (2002 ) menciona que la habitación donde se trabaje con el niño no requiere ser grande porque la técnica de juego no requiere mucho espacio. Las paredes deben ser lavables y conviene que el piso este cubierto.

También es primordial que se cuente con los materiales adecuados que permitan la representación simbólica de las necesidades del niño, que promuevan la catarsis y el insight, etc. Por ello se le debe proporcionar al paciente juguetes que mantengan un orden, que inviten a la exploración y de todas las posibilidades existentes elija los que más le acomoden, con los que se sienta seguro, feliz, pero que también permitan al terapeuta reconocer lo que el paciente quiere decir: identificar sentimientos, establecer una comunicación terapéutica eficiente (CEPSYCO, 2006 )

Aberasturi ( 1984 ) dice que el material sugerido, que conviene tener y que puede servir a niños de cuatro y cinco años para el proceso terapéutico es el siguiente: cubos, plastilina, lápiz, papel, lápices de colores, resistol, muñecos pequeños, trapitos, tijeras, autos, táticas, platitos, cubiertos, ( cit. en Díaz C. 2002 ).

Además se puede incluir guiñoles de la familia, familia de animales salvajes y de animales domésticos, dos o tres avioncitos, pelota, casa de muñecas con muebles, caja de herramientas, juego de doctor, punchin back, pintura digital, teléfonos, etc.

Para el ejercicio de la Terapia de juego también es recomendable el uso adecuado de reglas o normas. Estas por lo general las da a conocer el terapeuta al niño al comienzo de la terapia y debe vigilar que se lleven a cabo. Algunas pautas que se recomiendan en general son las siguientes:

- Cuando se entra al cuarto de juego ya no se puede salir hasta que termine la sesión
- El material es de todos y debe permanecer en el mismo lugar en donde se encuentra
- El material no se puede destruir
- El material no se lo pueden llevar a casa
- No se permiten agresiones físicas a los compañeros ni al terapeuta

Aunadas a las anteriores el terapeuta se encuentra en la posición de establecer otras reglas que en específico le ayuden a conllevar su sesión con un paciente o con el grupo. Por ello se dice que parte importante dentro de la terapia de juego es el rol que juega el terapeuta. Este necesita tener una actitud terapéutica: flexible, empática, capaz de dominar una situación con los medios que dispone, sin mostrarse autoritario, ni idealizando su papel, sin ansiedades, etc.

También es importante que el terapeuta le transmita al niño la certeza de que será respetado, para que el niño perciba que es una situación oportuna en la cual puede ser verdaderamente él mismo. Es decir el terapeuta debe aceptar al paciente como es en ese momento y no intentara modelarlo.

El terapeuta está encargado de realizar las sesiones diagnósticas para decidir si el niño es sujeto de terapia, si el enfoque que él maneja es el más adecuado para la situación o conflicto del paciente.

Con referencia a lo anterior, un aspecto de trabajo importante que propone en la terapia de juego es el *enfoque prescriptivo*. Este concepto subraya el compromiso del terapeuta para determinar la técnica terapéutica más adecuada para cada caso, para cada niño.

Utilizar la terapia de juego en una forma prescriptiva, significa entonces, elegir una estrategia específica para cada paciente, para cada niño, entre la gran variedad de teorías, técnicas y variaciones incluidas en la actualidad por esta categoría particular de terapia ( Schaefer, Ch. y O' Connor, 1988 ). Con el beneficio de encontrar en la amplia variedad de formas de intervención la más convincente y adecuada para cada ser, en donde éste se pueda desenvolver tranquilamente y no forzado a integrarse a una técnica ya establecida.

## **1.3 Fundamentos teóricos**

### **1.3.1 El juego en el niño**

Tanto el juego como el dibujo son actividades innatas en el niño, son actividades naturales y que le permiten al infante desarrollarse de manera integral, reconocer sus sentimientos y pensamientos y comunicarlos, pero también le permiten imaginar, crear y recrear su entorno, expresar gustos y necesidades. El juego para los infantes es tan importante como cualquier necesidad básica ( comer, dormir, etc.).

El juego es una actividad que puede describirse de distintas maneras, como se vera más adelante, ya que abarca más de una dimensión, existen espacios relacionados con el juego y objetos que facilitan la realización de un determinado juego. Sin embargo pocas veces se ha encontrado una definición exacta o completa de lo que es el juego, se le asocia como exclusivo de las niñas y los niños pero existen actividades que se han transformado para que los adultos puedan jugar.

No obstante la esencia del juego y su significado tiene su mayor valor durante la infancia, puesto que el juego cumple con una serie de funciones que permiten al niño relacionarse con su mundo, descubrir su funcionamiento y resolver conflictos.



Hoy se considera el juego como una actividad fundamental, vinculada al desarrollo infantil que permite la armonía en el crecimiento del cuerpo, la inteligencia y la personalidad. A tal grado ejerce un impacto en el niño que muchos de los recuerdos placenteros del adulto están ligados al juego de su infancia.

Para Thomae N. (2006) la ausencia de juego en un niño es un signo indudable de alerta que señala la presencia de un estado patológico, el niño normal, sano física y psíquicamente se desarrolla en un constante actividad, muestra interés por todo lo que le rodea y hace evidente su necesidad de estimulación y de nuevas experiencias.

El juego (García J. 2006 ) da la oportunidad para el crecimiento físico, emocional, cognoscitivo y social, suele ser divertido, espontáneo y creativo. A través del juego los niños aprenden acerca del mundo y sus relaciones, ensayan, someten a prueba a la realidad, expresan emociones y roles.

Desde hace tiempo el juego ha sido tema de investigación, existen diversas teorías acerca del juego que intentan explicar su origen, y la función en la vida de un niño o niña. Por ejemplo Díaz ( 1997 ) muestra algunas de las principales posturas sobre este tema, como la de Spencer que desarrollo la idea de que las especies superiores, las que tienen cubiertas sus necesidades vitales de sobrevivencia tienen la posibilidad de destinar en su tiempo libre cierta cantidad de su energía a la actividad lúdica (energía sobrante ). Groos define al juego como una expresión del carácter instintivo, que permite al individuo ejercitarse y desarrollar las capacidades necesarias para enfrentarse a la vida. Para el psicólogo Hall, el juego está determinado por la historia del hombre, es decir que las actividades evolutivas de la especie humana son las que en la actualidad se manifiestan. Por ultimo Albert Bandura, refiere que el juego tiene que ver con el comportamiento social de los individuos y esta basado en el argumento de que estos aprenden por observación e imitación, el aprendizaje por observación también es llamado moldeamiento (adquisición que hace un organismo de nuevos patrones de respuesta como resultado de observar a otro individuo ejecutar esas mismas conductas ).

Tratar de dar una definición de juego resulta complicado, pero Erikson propone una que ha sido la más utilizada y que retoma Schaefer (1988) en donde se define al juego como una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales en sí mismo. En general se piensa que el juego es la antítesis del trabajo. Es divertido. Esta libre de compulsiones de la conciencia, de impulsos y de irracionalidad.

Wallon, en 1980 ( cit. en Paracuru, 2002 ) recoge varias ideas de otros autores, pero su aporte principal se centra en considerar al juego como una actividad propia del niño, que no necesariamente es diversión y que de acuerdo con la edad va adquiriendo otro tipo de funciones, permitiendo al niño adaptarse a su medio, al

mismo tiempo que aprende y asimila todo lo que esta a su alrededor. Además propone las siguientes características para poder comprender el juego en toda su expresión:

1. El juego es placentero, divertido.
2. El juego no tiene metas o finalidades extrínsecas. Sus motivaciones son intrínsecas y no se encuentra al servicio de otros objetivos.
3. El juego es espontáneo y voluntario.
4. El juego implica cierta participación activa por parte del jugador
5. El juego guarda ciertas conexiones sistemáticas con lo que no es juego.

Según Axline ( 1977 ) cuando el niño juega libremente, está expresando su personalidad, está experimentando un periodo de pensamiento y acción independiente y esta liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir al descubierto.

A manera de conclusión puede asegurarse que la mayoría de los conceptos sobre el juego implica la exploración y a partir de estos elementos se produce un aprendizaje o representación del mundo por parte de las niñas y los niños, por lo tanto el juego es la mejor forma de conocer y comprender la conducta y el desarrollo infantil.

### **1.3.2 Tipos de juego**

De acuerdo con las etapas de desarrollo propuestas por Piaget ( 1975 ) retomada por Gómez N. y Reza S. ( 2005 ) el juego se puede clasificar siguiendo estas etapas : el juego sensoriomotor , el juego simbólico y el juego reglado.

El juego sensoriomotor hace referencia al primer año de vida del niño, implica actividades y experiencias sensoriales y motrices y la ausencia de representaciones simbólicas y argumentales. Es la etapa en la que el niño pequeño ejercita mecanismos o funciones que desarrollan su inteligencia. Este tipo de juego también es conocido como juego de ejercicio que también está presente en algunas especies animales.

El juego simbólico se hace presente entre los dos o tres años y se manifiesta hasta los cinco o seis años, en este periodo de tiempo el niño aprende a utilizar los juguetes para representar sus vivencias, superar conflictos y asimilar experiencias cotidianas. Este tipo de juego implica la presentación de un objeto, evento o situación ausente puesto que es la comparación entre un elemento dado y un elemento imaginado y su representación ficticia.

Los juegos con reglas aparecen a partir de los siete años, permiten al niño conocer las reglas, los límites y las prohibiciones del juego, obligándolo a que las respete y aprenda la importancia de su funcionamiento dentro del mundo exterior. En este tipo de juego el niño aprende a cooperar con otros, a planificar sus acciones y sufrir las consecuencias cuando no se cumple una regla.

Según Schaefer y O' Connor ( 1988 ) los juegos reglados no encajan dentro de la definición común de juego ya que existe cierto sentido de una tarea implícita. Sin embargo se ve como una fase intermedia entre el juego no reglado de los niños pequeños y el juego reglado de los adultos.

Dentro de la psicología clínica el juego ha tenido dos utilidades básicas: la del diagnóstico y la del tratamiento. Como diagnóstico se utilizó especialmente en las Escalas de Desarrollo que se basan en la observación o realización de juegos de ejercicio que sirven para determinar el nivel evolutivo del niño y en el área del tratamiento es donde el juego ha tenido su mayor utilización, ya que cada escuela psicológica ha desarrollado su propia técnica para el tratamiento de niñas y niños (Paracuru, 2002 ) proponiendo procedimientos especiales que se describirán más adelante.

Dependiendo de la orientación del terapeuta y del padecimiento del niño la utilización del juego como tratamiento se ha extendido a una gran población infantil que incluye niños maltratados, hospitalizados, huérfanos, con deficiencias en el aprendizajes o en el desarrollo social.

### **1.3.3 Desarrollo psicológico del niño**

El conocimiento del desarrollo del niño es de vital importancia ya que así nos permite entender cada una de las etapas por las que atraviesa el infante. También así se puede realizar una mejor discriminación sobre conductas anormales o patológicas causadas por algún problema específico del desarrollo o un efecto social, familiar o educativo. En este caso se revisara que consecuencias físicas, psicológicas y sociales ocasiona el maltrato en los menores, tomando en cuenta la etapa de desarrollo que esta viviendo.

Es importante mencionar que el desarrollo de la personalidad del individuo incluye diferentes aspectos como el físico, emocional, neurológico, psicológico y social. El desarrollo normal del niño hace referencia una regularidad rítmica en los procesos de crecimiento y de maduración.

Maier H. W. en 1971, ( cit. en Martínéz, V. 2002 ) reseña brevemente la teoría psicoanalítica de Erik H. Erikson y la teoría cognoscitiva de Jean Piaget para explicar el proceso de desarrollo infantil:

- Erikson toma en cuenta las influencias familiares y socioculturales para el desarrollo de la personalidad, a medida que madura el niño o la niña existe una influencia recíproca entre éste y su familia. También existe influencia del ambiente físico, social, cultural, ideológico y al mismo tiempo los procesos biológicos completan el desarrollo de la personalidad.
- Piaget apoya la idea anterior, afirmando que la adquisición de sistemas de organización no es resultado únicamente de lo social o de la maduración sino que se originan por ley de la naturaleza. Reconoce que la influencia social, ideacional, psicológica y el entorno pueden acelerar, retardar y modificar la sucesión del crecimiento individual.
- Erikson refiere que la libido aparece con el nacimiento y abarca dos polos: uno, el de los impulsos de vivir y el otro el de los impulsos de retomar una condición anterior o de menor complejidad que puede implicar una autodestrucción.

La teoría psicoanalítica del desarrollo infantil descrita por Eric Erikson en 1976, comprende ocho etapas, ( cit. en Martínez, V. 2002 ):

- La primera fase del desarrollo infantil es la CONFIANZA BASICA frente a DESCONFIANZA BASICA ( 0 a dos años ). La niña o el niño necesita de la plena satisfacción de sus necesidades para poder extender su confianza a nuevas experiencias. Si el bebé experimenta situaciones desagradables o insatisfactorias estas le crean un sentimiento de desconfianza que le ocasionará experimentar situaciones nuevas con temor.
- La segunda fase es la de AUTONOMIA frente a la VERGÜENZA Y DUDA ( 2 a 4 años ). Conforme el bebé deposita su confianza en sus cuidadores y en su entorno comienza a descubrir su autonomía al realizar su voluntad y se identifica como una unidad independiente. Por el contrario la dependencia hacia sus cuidadores crean un sentido de duda con respecto a sus capacidades y libertad.
- La tercer fase es denominada INICIATIVA frente a la CULPA ( 4 a 8 años ). Con el logro de controlar conscientemente su medio el niño dirige sus capacidades a conquistas sociales y espaciales más amplias. La contraparte, la culpa se expresa como un sentimiento de incomodidad por la autonomía que ha alcanzado, por las acciones que ejerce para el logro de la gratificación personal.

- La cuarta fase es INDUSTRIA frente INFERIORIDAD ( 8 a 12 años ). El niño dirige su energía hacia los problemas sociales que puede dominar con éxito, hacia la producción; en un sentido opuesto puede ser que el niño desarrolle un sentimiento de inadecuación e inferioridad que le fuerce a retroceder a un nivel anterior de menor producción.
- La quinta fase es la de IDENTIDAD frente a CONFUSIÓN DE ROL. El adolescente se interesa por la percepción que de él tienen los demás en cuanto a su rol y aptitudes, el lado opuesto consiste en que el individuo puede confundirse en cuanto a su rol por una marcada duda en relación a su propia identidad sexual o por una incapacidad para definir su identidad ocupacional.
- La sexta y séptima fase INTIMIDAD frente al AISLAMIENTO y GENERATIVIDAD frente al ESTANCAMIENTO respectivamente, el adulto puede disfrutar de la identidad con otros, están preparados para la intimidad, compromisos y afiliaciones. Son capaces de enfrentar el abandono, puede no involucrarse para evitar sufrir la pérdida, pero también puede ocurrir que las relaciones íntimas competitivas y combativas ocurran con la misma persona. Lo que se considera idóneo en esta etapa es combinar el amar y trabajar, donde la generatividad contra el estancamiento luchan hacia una búsqueda de logros personales tanto materiales como afectivos.
- La octava fase y última es INTEGRIDAD DEL YO frente a DESESPERACIÓN la integración yoica y la sabiduría son parte fundamental para la superación de esta fase sino la desesperación aparece en un temor a la muerte.

Erikson enfatiza que las demandas de la sociedad en cada etapa freudiana no promueven solo el desarrollo de una personalidad unida, sino que también aseguran que los individuos adquieran actitudes y habilidades que le ayuden a ser miembros activos de la sociedad.

#### **1.4 Terapia de juego grupal**

En 1905 Pratt, ( cit. en Gómez N. y Reza S. 2005 ) inicia la psicoterapia de grupo al trabajar con pacientes tuberculosos, introduciendo el sistema de 'clases colectivas'. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos.

En 1911 Moreno crea la concepción del psicodrama, aquí se encuentran varios efectos de la terapia 'por' el grupo con carácter fraternal. El psicodrama consiste, en la dramatización de los conflictos psicológicos del paciente, por parte de un equipo especializado de psiquiatras y asistentes que ofician de 'yo auxiliares', junto a la catarsis ( factor terapéutico ) la dramatización impone un libre intercambio de papeles y donde se minimiza el papel del líder formal ( Castillejo G. y Alba R. 1985 ).

Slavson creó en la década de los 40's una teoría y una técnica de la psicoterapia de juego, integrado por niños pequeños y grupos de actividad a los que se incorporó a niños de 9 a 13 años aproximadamente ( Glasserman R. y Sirlin M., 1974 ). Es interesante señalar que los niños ignoran los fines terapéuticos del grupo y lo consideran su "club " durante el tiempo que dura su asociación con él.

La grupoterapia de niños surgió en las instituciones como una necesidad práctica para tratar a más pacientes con menos tiempo – terapeuta, luego, al iniciar las experiencias privadas, la selección comenzó a efectuarse sobre bases económicas y esto contribuyó a desvalorizar la terapia de grupo en niños; se convirtió en la bolsa común donde entraban, por descarte, los pacientes que no podían pagar un tratamiento individual, mientras que en las instituciones se integraba al grupo a aquellos que no podían recibir un tratamiento individual ante la escasez de terapeutas ( Castillejo G. y Alba R. 1985 ).

Las ventajas que ofrece la terapia de grupo infantil se refieren a la facilitación en el establecimiento de una adecuada relación con el terapeuta, aumentando las oportunidades de identificación, acelerando la catarsis por dos caminos: la verbalización y el juego, incrementando la capacidad de insight por los niños mismos, brindando mayores oportunidades para la prueba de realidad y ayudando a la sublimación. Además se afirma que el grupo estimula al comportamiento social y disminuye las resistencias al conocer los problemas de otros.

Slavson considera al grupo terapéutico como un agregado de individuos que se tratan al mismo tiempo, pero cuyos problemas deben investigarse y esclarecerse separadamente. "... El grupo es simplemente un medio para la actuación individual y para proporcionar una experiencia que ayude a modificar sentimientos y actitudes" (Glasserman y Sirlin, 1974, p 16 ).

Anzieu, Anzieu – P. y Daymas ( 2001 ) definen al grupo de actividad como un centro de trabajo que permite desarrollar las posibilidades creativas y reeducar en determinadas pautas de conducta que provocan en el niño situaciones de conflicto.

Se puede decir que el objetivo de la psicoterapia de grupo es que el individuo adquiriera un yo maduro, que se percibe en la capacidad de comprenderse a sí mismo, de comprender y compartir con los demás, de dar y recibir y de tener un aceptable nivel de tolerancia a las frustraciones ( Castillejo G. y Alba R. 1985 ).

De la misma manera, se busca lograr la madurez emocional del niño, obtener un mejor insight, que pueda aceptarse tal como es, reducir sus defensas patológicas, ya que de esta manera podrá instrumentar sectores de su vida psíquica que le permitirán desarrollar una óptima capacidad para relacionarse con los demás (Glasserman y Sirlin, 1974 ).

El grupo se constituye por las múltiples formas de relacionarse entre los niños, por las modalidades para manifestarse de cada uno en particular. Por eso se dice que el proceso terapéutico en esta modalidad conlleva dos procesos: la evolución del niño dentro del grupo y el desarrollo del grupo mismo.

El nivel de integración de un grupo esta determinado por el modo en que lo estructuran sus miembros, el nivel de integración de un niño no esta definido por el grupo, sino por la patología subyacente a sus conflictos intrapsíquicos ( Castillejo G. y Alba R. 1985 ). El proceso grupal se diferencia del proceso individual del paciente aunque éste se encuentre dentro del mismo grupo, así podemos diferenciar ciertas etapas que comúnmente atraviesa todo grupo.

Glasserman y Sirlin ( 1974 ) trabajaron con grupos abiertos y retoman las fases planteadas por Schiffer reduciéndolas a tres ( cit. en Ruiz. G. 2004 ):

- ✦ Fase introductoria: comprende un periodo corto, de pocos meses. Comienza a desarrollarse la transferencia; aparecen las ansiedades persecutorias frente a la nueva situación, el terapeuta, los otros niños y la situación grupal, que se maneja con diferentes defensas.
- ✦ Fase intermedia: es la de mayor duración, en la que se crean los vínculos transferenciales con el terapeuta y con los demás integrantes. El grupo se modela de acuerdo con las fantasías que cada integrante proyecta en él, plasmando en el juego de sus propias fantasías con las de los demás miembros.
- ✦ Fase integradora: esta etapa se caracteriza por una mayor madurez emocional. Desde el punto de vista dinámico se observa la preocupación por el objeto, los intentos reparatorios y un cambio en la calidad de las defensas, ahora menos al servicio de los fines patológicos y más hacia los evolutivos.

De acuerdo con Glasserman R. y Sirlin M. ( 1974 ) estas son algunas consideraciones teóricas que se recomiendan para la congregación del grupo terapéutico:

- . Conjunto de seis a ocho infantes
- . Miembros de igual sexo con una diferencia de edad que osciló entre un año y medio y dos
- . Adecuadamente seleccionados ( excluir niños extremadamente egocéntricos, impulsivos, agresivos, aislados, retraídos ).
- . Es conveniente agrupar niños que no se han visto o tenido algún contacto entre sí (porque el grupo proporciona la oportunidad de realizar un nuevo reajuste social )
- . No hermanos
- . Solo ocasionalmente puede admitirse la visita de otros niños.

Por eso ahora la integración de un niño a un grupo terapéutico debe responder a una previa selección tomando en cuenta el grado de adaptación e integración yoica, así como la madurez de sus defensas. Los niños que entran a un grupo terapéutico deben contar con recursos suficientes para adaptarse, además de poseer flexibilidad que les permita amoldarse a las exigencias del ambiente

Los principales instrumentos terapéuticos son la atmósfera permisiva, la neutralidad del terapeuta, la aceptación, la ausencia de actitudes retaliativas, la posibilidad de expresar libremente sus impulsos, de hacer regresiones a situaciones traumáticas (Glasserman R. y Sirlin M., 1974 ).

El terapeuta en el grupo de actividad tiene una actitud permisiva, neutral ( no confundir con pasividad ) no interpreta ni participa verbalmente sino cuando se lo solicitan, en general debe mantenerse al margen del flujo emocional con el objeto de lograr la máxima interrelación entre los niños ( Glasserman R. y Sirlin M., 1974) sobre todo porque es necesario que el niño en esta etapa se integre y relacione con sus pares más que con los adultos. También se recomienda que sea flexible, empático con capacidad de dominar situaciones sin mostrarse autoritario ni dejarse influenciar por las ansiedades del grupo.

El terapeuta de niños deberá clarificar sus propios aspectos infantiles, para no hacer proyecciones e identificaciones con los pacientes, saturando la ya cargada atmósfera emocional del grupo con sus propias ansiedades.

Como todas las terapias su efectividad es variable, en unos casos la recuperación es total, en otros , donde existen profundas tensiones intrapsíquicas, no hay modificación siendo necesario complementar con terapia individual intensiva (Glasserman R. y Sirlin M., 1974 ).



Pero en general lo que se pretende es crear un ambiente favorable, en donde los medios o hechos traumatizantes que originan sus conductas negativas queden fuera y se promueva la posibilidad de trabajar, crear y establecer una interrelación constante con otros niños y un terapeuta.

## **1.5 Principales enfoques teóricos en la terapia de juego**

Como ya se había especificado, en éste apartado se hará una breve reseña de los enfoques psicológicos o corrientes teóricas que utilizan la terapia de juego como herramienta de atención terapéutica. Es importante recalcar que solo se presentarán las corrientes mas conocidas o las más utilizadas.

### **1.5.1 Enfoque psicoanalítico**

La terapia de juego psicoanalítica se desarrollo a partir de los trabajos realizados por Melanie Klein y Ana Freud, está basada en la teoría del psicoanálisis desarrollada por Freud, en donde los conceptos de *Asociación Libre*, *Transferencia* y *la interpretación* son de vital importancia para la actividad terapéutica.

En éste enfoque el juego no se utiliza como un medio para la catarsis o la abreacción (liberación afectiva ), tampoco es un método para educar sino que es una forma de conocer al niño o la niña, sus emociones y sentimientos, conflictos y resistencias. La intervención se diseña a partir de estos datos, con el fin de producir un cambio en la personalidad del infante.

Freud S. en 1907 hizo referencia al juego describiéndolo como ' la ocupación preferida y más intensa del niños es el juego, todo niño que juega se comporta como un poeta, pues crea un mundo propio o mejor dicho inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden de ideas que le agrada ' ( cit. en Jurado, 2000 ).

Melanie Klein consideraba al juego como una herramienta similar a las asociaciones libres en los adultos, lo considera un medio y no un fin. Ana Freud por su parte se enfoca al juego como una herramienta para facilitar en la niña o niño que comunique emociones, sentimientos y pensamientos.

Melanie Klein basa el análisis del niño en la existencia de un mundo interior presente en él desde su nacimiento, en donde predominan los mecanismos de proyección e introyección. Sostiene que el juego es el mejor medio de expresión del niño, puesto que empleando esta técnica se observa que él proporciona tantas asociaciones como los adultos lo hacen con los sueños, cada uno de los elementos del juego es una indicación para el observador ( Paracuru, 2002 ).

Ella asegura que el juego en el niño es la forma en que él representa sus deseos y experiencias, empleando para ello un mecanismo esencial que sería sustituir con acciones a las palabras. El niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes ( Fernández G. 1995).

Por otra parte para Anna Freud impulsadora de la escuela freudiana, aboga por una orientación psicoanalítica y sostiene que las técnicas clásicas de psicoanálisis para los adultos requieren ciertas modificaciones para poder aplicarse a los niños. Considera que los juguetes sirven mejor para evaluar el crecimiento de los niños y cree que son útiles para establecer una relación estrecha en la fase preanalítica de tratamiento que considera como preparación necesaria para una interpretación analítica efectiva.

Sin embargo los juegos libres no los considera como un sustituto de la asociación libre. Durante la etapa del análisis propiamente dicho, se usan diferentes técnicas como vías hacia el subconsciente, entre las cuales utiliza la formación de un historial casuístico del niño y la madre, el análisis de dibujo y la interpretación de sueños (Fernández G. 1995 ).

Para esta autora el juego se ve como un modo de conducta egomediadora que sirve a una variedad de propósitos psicológicos, produciendo un cuerpo substancial de datos, pero requiriendo suplementos de fuentes adicionales diferentes incluyendo a los padres; señala que el niño juega porque necesita elaborar y compensar situaciones traumáticas y liberarse del conflicto ( Paracuru, 2002 ).

La niña o el niño expresa sus fantasías, sus deseos y sus experiencias de forma simbólica a través de los juguetes, en el contenido de sus juegos, en el modo en que juega, los medios que utiliza, los cambios de juego, etc. y el terapeuta a través de la observación, la interpretación, el análisis de las resistencias y la transferencia interviene terapéuticamente.

En resumen, la Terapia de Juego Psicoanalítica utiliza al juego como un recurso para establecer contacto con la niña o el niño, como un medio de observación y como fuente de información. El análisis de las resistencias en el infante resulta un tanto difícil de realizar, por lo que el uso de metáforas ayuda invaluablemente a acceder al pensamiento del niño.

### **1.5.2 Enfoque gestal**

La Terapia Gestal es una modalidad terapéutica humanística, orientada hacia un proceso y se interesa en el funcionamiento saludable del organismo total (sentidos, cuerpo, emociones e intelecto ). Numerosos principios teóricos del cuerpo de la Terapia Gestal se relacionan de modo directo e influyen sobre el

trabajo con niños. Esto incluye el tipo de relación que se desarrolla entre el paciente y el terapeuta, el concepto de autorregulación orgánica, trastornos en la frontera-contacto, tal como lo manifiestan los niños, cómo se percibe el sentido del sí mismo a partir de esta estructura y la función de la conciencia, la experiencia y la resistencia ( Schaefer, y O' Connor, 1997 ).

La Psicoterapia Gestal es un enfoque vivencial del ser y sus procesos, se interesa por poner al paciente 'con los pies en la tierra ', con la principal finalidad de buscar el impulso para el crecimiento desarrollando potencialidades y desbloqueando pautas de detección. Con estas acciones se promueve en el paciente que incremente su nivel de 'darse cuenta', recupere el contacto consigo misma y con su ambiente, satisfaga sus necesidades orgánicas, se responsabilice de sí misma, que viva el aquí y el ahora y por último logre un buen nivel de autoapoyo.

En la Terapia de Juego Gestal se interesa en el *qué* y el *cómo* de la conducta más que en el *por qué*, en las relaciones y el contacto ( intrapersonal y interpersonal ), en el darse cuenta de aspectos de sí mismo, sentimientos, pensamientos y necesidades. Este enfoque considera que el niño no tiene que cambiar sino más bien tienen que desbloquear pautas de desarrollo, para lograrlo se trabaja con la autoaceptación y la eliminación de la exigencia ( Oaklander, V. 1988 ).

Existe un proceso específico para esta modalidad de Terapia con niños, el cual se relaciona de modo directo con los supuestos teóricos que se realizan en la Terapia Gestal. Este proceso consiste de los siguientes componentes:

- Desarrollo de la relación
- Evaluación y establecimiento del contacto
- Fortalecimiento del sentido del sí mismo y de la estabilidad en el niño.
- Incitación de la expresión emocional
- Ayudar al niño a fomentar el sí mismo
- Concentrarse en el proceso del niño
- Finalización de la Terapia

### **1.5.3 Enfoque cognitivo-conductual**

La Terapia Cognitiva Conductual surge en finales de los años sesenta, como una respuesta a la necesidad de integrar a las terapias conductuales aspectos técnicos de la teoría del aprendizaje. La terapia racional – emotivo – conductual ( TREC ) fue la primera terapia cognitivo – conductual que se desarrolló basándose en el interés de cuestionar a sus pacientes el por qué crean sus propios problemas y cuáles son las posibles soluciones

La Terapia Cognitivo Conductual es un nombre genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales como intervenciones cognitivas, basándose en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desapareciendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas y más adaptativas ( cit. en Jurado, 2001 ).

La Terapia de Juego Cognitivo Conductual ( TJCC ) se basa en teorías conductuales y cognoscitivas del desarrollo, en la psicopatología emocional y en las intervenciones que se derivan de estas teorías. Se considera aquí cada una de éstas bases teóricas y en particular con respecto a su influencia en la TJCC (Schaefer, 1997).

La Terapia de Juego Cognitivo Conductual se puede decir que enfatiza el motivar la participación del niño o niña en el tratamiento, de forma que centre su atención para el logro del control, el dominio y responsabilidad de su propio cambio.

El juego en la terapia cognitivo conducta es utilizado como un medio para que el niño o la niña aprendan habilidades o conductas alternativas a aquellas que le están ocasionando un conflicto, también es una forma de comunicación entre el terapeuta y el paciente.

## **1.6 Terapia de juego centrada en el niño**

El enfoque Existencial Humanista es un movimiento que nace después de las guerras mundiales, como respuesta al hombre trastornado y masificado, donde la falta de identidad y el sentido de la vida eran carentes o confusos. Aunque no existe una forma de trabajar uniforme dentro del enfoque, teóricos como Maslow, May, Allport o Rogers tiene su muy particular forma de abordar al hombre bajo la concepción humanista.

Existe una meta común de alcanzar " el objetivo inicial del Enfoque Existencial Humanista es que la persona se responsabilice de su propia existencia, es decir que reconozca a pesar de todas las experiencias y limitaciones físicas, condiciones que se la han impuesto, existe un grado de libertad de elección que la hace responsable de la misma " ( cit. en Casillas, A. 1999 )

Dentro del enfoque Existencial Humanista ( propuesto por Rogers ) se ha desarrollado el enfoque Centrado en la Personal el cual se basa en los siguientes principios :

- La persona es valiosa por si misma, independientemente de sus accidentes.
- La naturaleza humana es constructiva, digna de confianza.

La motivación básica del ser humano es su autorrealización por medio del cual desarrolla sus potencialidades.

La filosofía humanista considera que los impulsos agresivos son parte o elementos del hombre que surgen como producto de su enajenación en la cual éste pierde contacto consigo mismo, se cierra y adopta actitudes defensivas. Esta enajenación produce en él incongruencia y contradicción.

La salud se manifiesta al vivir funcionalmente como un organismo total, integrado y unificado.

La agresividad surge cuando el individuo requiere defensa o protección a fin de sobrevivir y desarrollarse

El aprendizaje significativo tiene que ser descubierto en la propia existencia

Se puede confiar en la persona, en su innata curiosidad y deseo de aprender.

Lafarga J. y Gómez C. ( cit. en Casillas A. 1999 ) mencionan que el ser humano desea descubrir nuevos horizontes y adquirir nuevas posibilidades, con base a estos conceptos Carl Rogers propuso un sistema terapéutico el cual se formula de la siguiente manera:

El proceso terapéutico esta fundamentalmente motivado por el impulso de la persona hacia el crecimiento, la salud y la adaptación. La psicoterapia consiste en liberar a la persona de los elementos que obstaculizan su desarrollo normal.

Este proceso está más vinculado a la expresión y clarificación de los sentimientos que a la comprensión intelectual de la experiencia.

La comprensión de las circunstancias del presente inmediato de la persona es más importante que su pasado.

La experiencia de la relación terapéutica y no la conceptualización de ésta es el elemento determinante del crecimiento en el proceso terapéutico.

Bajo la concepción teórica anteriormente descrita y con el objetivo de incidir en el campo infantil es que desarrolla la Terapia de Juego Centrada en el Niño.

La Terapia de Juego Centrada en el Niño se basa en la teoría de Carl Rogers que afirma que el desarrollo de un individuo está cimentado en una fuerza interna que lucha constantemente por la autorrealización. Por ello el individuo necesita de su propia autoaceptación, estima y valoración que le permitan ser él mismo y aceptarse totalmente (Axline, 1997 ) . La intervención terapéutica en el niño no difiere de esta concepción, solo modifica el modo en que lo hace, sigue considerando la hipótesis central de la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse.

Es importante resaltar que el ambiente en que se desarrolla el niño es un concepto fundamental para que esta fuerza se impulse hacia el crecimiento, la madurez, la independencia y la autodirección. Este ambiente que lo rodea se debe caracterizar por la aceptación total del individuo por parte de él mismo y por parte de los

demás. Esta aceptación personal le permitirá al niño conocer sus propias habilidades para dirigir su vida.

Este enfoque no retoma diagnósticos o etiquetas que el paciente trae consigo, sino más bien trabaja para que él mismo explore sus emociones y sentimientos, reconozca sus capacidades, habilidades y confíe en sus impulsos naturales de crecimiento.

Para lograr la autorrealización, el individuo necesita ser él mismo, aceptarse y ser aceptado por los demás. La autorrealización es un impulso constante a lo largo de la vida y cuando el individuo se encuentra con alguna dificultad, este impulso persiste y lucha por establecer su autoconcepto (Paracuru, 2002 ).

Una de las principales representantes de este enfoque es Virginia Axline quien refiere que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas, cuando el niño juega libremente y sin dirección está expresando su personalidad. El niño está expresando un periodo de pensamiento y acción independiente y está liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir al descubierto (Axline, 1975 ).

Para West (2000) una de las habilidades esenciales consiste en asegurar que la terapia de juego sea la opción apropiada para ese niño en particular y que se han llevado a cabo los preparativos adecuados para iniciar el trabajo de manera correcta. Desde todos los puntos de vista, la primera sesión es crucial y casi siempre nos habla acerca de las áreas que el niño escogería para explorar en las sesiones futuras.

La actuación del terapeuta es parte importante en el óptimo desarrollo de la terapia, en el desenvolvimiento de paciente dentro de esta, etc. Por lo que aquí retomadas de Schaefer y O' Connor, ( 1988 ) se reproducen algunas de las reglas básicas de la técnica que se han convertido en credo del enfoque:

1. El terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño. Debe establecerse el rapport tan pronto como sea posible.
2. El terapeuta acepta al niño como es.
3. El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y éstos los devuelve de tal manera que el niño obtiene insight dentro de la conducta.
5. El terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño por resolver sus problemas si se presenta la oportunidad. Es responsabilidad del niño hacer elecciones e introducir cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño de ninguna manera. El niño conduce y el terapeuta sigue.

7. El terapeuta no intenta apresurar la terapia. Debe entender que se trata de un proceso gradual.
8. El terapeuta solo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para concienciar al niño de su responsabilidad en la relación.

Las características personales que debe tener el terapeuta de juego según Axline (1975) y West (2000) (cit. en Casillas A. 1999) son la autenticidad, aceptación, empatía y estima hacia el niño, calidez no posesiva, actitud crítica y creencia en el proceso, así como también la sensibilidad, responsabilidad, flexibilidad, paciencia, sentido del humor, confianza, inteligencia, confiabilidad, integridad, tesón para guardar secretos. El terapeuta no debe adoptar estas actitudes y cualidades sino que deben ser parte de su personalidad.

Una actividad importante del terapeuta se encuentra en hacer un reflejo, un señalamiento o un llamado de atención en el niño para que este consciente de lo que está haciendo, de lo que está sucediendo en su alrededor, de cómo se siente él, cómo está. Es así que el hacer consciente al infante sobre sus sentimientos que pueden no ser de su agrado propicie en él la necesidad de un cambio.

El cuarto de juego, los juguetes son parte importante dentro de este enfoque, por ello se mencionan algunas aseveraciones puntuales para su óptimo funcionamiento.

El cuarto de juguetes según Axline (1975) puede ser desde un cuarto específico para este fin o bien el salón de una escuela, pero se recomienda que se encuentre fuera de zonas ruidosas, que cuente con fregadero, ventanas resguardadas, paredes y pisos protegidos con material de fácil limpieza.

Con respecto a los juguetes, West (2000) menciona que se pueden incluir: botellas para alimento infantil, una familia de muñecos, una casa de muñecos amueblada, soldados de juguete, materiales domésticos de juego incluyendo mesas y sillas, catre, estufa, vajillas, muñecas de trapo, títeres, un escenario para títeres, gises de colores, arcilla, pinturas, arena, agua, pistolas de juguete, autos pequeños, aeroplanos, un teléfono de juguete, papel para dibujar, fotografías de personas.

Materiales de juego para niños mayores, Guernsey (1988) (cit. en Casillas A. 1999) menciona que puede hacer presentes juegos que pongan en práctica el juego de competencia, como por ejemplo un tiro al blanco, miniaturas de boliche y básquetbol ó juguetes que proporcionen la autoexploración y expresión como grabadoras, equipo "científico", estetoscopio, algo de equipo médico y equipo de oficina.

Axline ( 1975 ) dice que los niños que son remitidos a terapia de juego son generalmente niños agresivos, inquietos y ruidosos ya que no solo generan problemas a los demás sino también así mismo. Aunque se debe mirar a otra parte de niños que se encuentran igualmente necesitados de ayuda pero que debido a que son tranquilos, callados y que no ocasionan problemas, se les abandona o relega.

Axline ( 1975 ) y West ( 2000 ) coinciden en cuáles son los niños que se pueden beneficiar con la Terapia de juego, por ejemplo los que muestran problemas tales como:

- ♣ Conducta inmadura
- ♣ Dificultades en la vinculación
- ♣ Maltrato físico o emocional
- ♣ Abuso sexual
- ♣ Sufrir de problemas psicosomáticos
- ♣ Trastornos en la alimentación
- ♣ Enuresis, encopresis o ambas
- ♣ Decir mentiras
- ♣ Respuestas emocionalmente inadecuadas
- ♣ Mutismo por elección
- ♣ Retraimiento, berrinches, brotes de violencia
- ♣ Trastornos del aprendizaje y aprovechamiento escolar, entre otros.



## **CAPITULO 2 MALTRATO INFANTIL**

### **2.1 Introducción**

Desde el momento preciso de la concepción de un ser humano hasta su muerte, este atraviesa por una serie de complejos procesos de desarrollo. Puede decirse que la infancia es la etapa más importante porque conlleva una cantidad inmensa de sentimientos, sensaciones y conocimientos que se traducen en experiencias que conforman la base para su crecimiento y desarrollo futuro.

En esta etapa donde diversos autores se abocan a investigar, analizar y describir los fenómenos y/o situaciones que por su naturaleza influyen en el desarrollo cognitivo, psicológico y social del niño hay uno que ha tomado importancia dentro del círculo de teóricos en las últimas décadas es el Maltrato Infantil. Es un tema complejo por la diversidad de factores que influyen para su aparición, álgido por su naturaleza y sobretodo culturalmente un reto.

Desde la antigüedad hasta nuestros días y en cualquier parte del mundo, el maltrato infantil ocurre. Hasta hace poco tiempo fue tolerado e inclusive estimulado por considerarse un derecho inalienable de los padres o de los adultos, bajo la excusa de la corrección, pero evidentemente esta situación se aleja del concepto de educación familiar, de la crianza de los hijos, etc.

Desde la perspectiva cultural en nuestro entorno, el Maltrato Infantil se constituye una práctica común de crianza, es también una conducta aprendida, que cuenta con cierto estatuto entre las normas morales y legales de crianza y educación de los hijos, muchas veces este modelo se traduce como una necesidad para garantizar la "buena educación" de los hijos. Esta forma de crianza atenta contra cualquier derecho que tiene todo ser.

Esta forma de crianza deja de ser una expresión de disciplina o castigo para convertirse en una expresión de agresión, violencia y odio hacia los infantes que en algunos casos hasta hace suponer la existencia de una alteración mental en los padres o madres de familia.

El Maltrato Infantil en cualquiera de sus expresiones y ejercido por cualquier persona es una violación al derecho de existir de todo infante. En este caso, se atenta contra los Derechos de la Infancia. En el marco de la política social en el ámbito mundial prevalece la convicción de la protección, atención y asistencia hacia las niñas y los niños en cualquier circunstancia, convirtiéndose en un grupo prioritario de atención, que por su misma condición de vulnerabilidad y dependencia requiere del diseño e implementación de programas y actividades encaminadas a la búsqueda y logro del desarrollo integral y pleno del ser humano.

Bajo esta convicción la ONU ( Organización de las Naciones Unidas ) aprueba en 1989 La Convención de los Derechos de las Niñas y los Niños, (ratificada por 110 países, entre ellos México ). Este documento presenta la situación actual de la niñez y que concibe una nueva forma de atención para ellos “ No se les debe atención por su condición de mujeres y hombres del mañana, sino por su realidad presente como seres humanos con plenitud de derechos a los que por su especial condición evolutiva y situación de natural desigualdad, requieren en justicia y un trato con equidad” (Ulloa, 2000. pág 22 ).

Este nuevo enfoque hacia la niñez origina una serie de acciones y reformas de diversa índole (social, educativa, jurídico, de salud, etc.) con las que se pretende mejorar la condición actual de la Infancia.

México es un país que no se encuentra ajeno a este proceso de reformas y reconceptualizaciones a favor de la infancia. A través de diversas instituciones gubernamentales comprometidas con las niñas y los niños, se logra enfocar nuevos conceptos, disponer nuevas acciones de atención, protección y asistencia hacia ellos que garanticen su desarrollo integral.

En el Distrito Federal se cuenta con la Ley de los Derechos de las Niñas y Niños para que a partir de los derechos reconocidos en la Constitución Mexicana se reconozcan los derechos complementarios, delimitar las responsabilidades de cada en la sociedad, se establezcan mecanismos en el orden jurídico y social, para la adecuada atención e integración social de las niñas y niños.

Hoy en día, la Convención de los Derechos de las Niñas y los Niños y la Ley de los Derechos de las niñas y los niños en el Distrito Federal se consolidan lentamente como ejes rectores de la atención, asistencia y educación hacia los niños, que en base a éstas se trabaja para construir un mejor futuro para próximas generaciones, en donde se erradiquen conductas y acciones aberrantes en relación con los tratos y atención hacia las niñas y los niños; éstas leyes promueven un concepto amplio sobre lo qué es el maltrato infantil que a continuación se describe.

## **2.2 Antecedentes**

Desde las grandes civilizaciones antiguas se tienen indicios sobre acontecimientos en donde los malos tratos hacia las niñas y los niños eran infligidos bajo diversas creencias. Lloyd de Mause (1974) es un autor que se interesó por realizar un recuento histórico sobre la infancia, en donde los castigos, malos tratos, la crueldad y el abandono aparecen como una constante.

En algunas civilizaciones el infanticidio era el medio para deshacerse de los niños con defectos físicos ó como control de la natalidad. En América Latina, Loredó Abdala (1994) realiza un recuento de las sociedades precolombinas en donde destaca los sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los aztecas para calmar a sus deidades y así recibir favores de los mismos. Los grupos mazahuas obligan al niño desobediente a mantener la cabeza inclinada sobre el humo que se producía al quemar chiles secos. En el código mendocino se encuentran castigos al menor que en la actualidad se consideran crueles pero que en sociedades guerreras como la mexicana, con una teocracia que imponía su religiosidad y mística guerrera por medio del terror, se piensa que dichos castigos eran congruentes.

En el siglo XIX el tema se aborda bajo la intención de construir conciencia entre los médicos sobre la problemática existente y la cual era desconocida por ellos, o tal vez porque resultaba inconcebible que los padres inflijan tales agresiones a los menores.

El francés Ambroise Tardieu, fue el primero en publicar en 1860 un estudio titulado "Estudio medico legal del tratamiento cruel y brutal hacia los niños"( Sanz D. y Molina A., Pág. 32 ), que habla sobre el fenómeno basado en los hallazgos en las necropsias de 32 niños, 19 de los cuales murieron quemados o por asfixia; acuñó el término *maltrato* y propició las bases para una investigación más profunda y amplia, pero es bien sabido que para que esto ocurriera, fueron varios los años que debieron pasar . Este trabajo será mas tarde reconocido como la descripción del Síndrome del Niño Maltratado. Fue el mismo Tardieu quien al publicar un libro sobre violación descubrió miles de casos de abuso sexual infantil.

El caso que despertó nuevamente la inquietud de los estudiosos sobre el tema, es el caso de *Mary Ellen* (Marcovich, J. 1978 ). Una pequeña que en 1874 sufría maltrato por parte de sus padres, que al ser denunciados por los vecinos, la niña tuvo que ser defendida por la Sociedad Protectora de Animales ya que no se consideraba al Maltrato Infantil como un acto delictivo, rebajando su condición de ser humano a la de una criatura en la escala zoológica. Esta situación generó que se fundaran las primeras Sociedades para la prevención de la Violencia hacia el Niño.

En Inglaterra a pesar de la falta de documentación médica, médicos ingleses del siglo XIX fundaron en 1883 la primera English Society for the Prevention of Cruelty en la Ciudad de Liverpool y en 1885 se fundo en Londres la London Society que analizo 762 casos de niños con diversos tipos de lesiones y muerte de 25 de ellos. (cit. en Loredó, A. 1994 )

En el siglo XX las acciones y las investigaciones sobre el tema incrementan y la dirección de estas no consisten en la simple observación y puntuación del fenómeno, su realización es con la intención de profundizar, concientizar y divulgar entre los profesionales esta situación y descubrir el por qué de estas lesiones y quienes las realizan.

Henry Kempe es un autor multicitado por sus trabajos realizados sobre el Maltrato Infantil, es sumamente conocido por su simposium realizado en 1960 sobre abuso infantil. Este artículo muestra el término *Síndrome del Niño Apaleado o golpeado* (Gallardo, C. 1998 ). Es hasta este momento en que puede afirmarse que la conceptualización del maltrato infantil aparece tal y como lo entendemos actualmente.

Para 1963 Fontana introduce la denominación Niño Maltratado, concepto más amplio que el de Henry Kempe, porque en esta nueva expresión abarca todo tipo de violencia ejercidas en la persona del niño, señalo que es factible observar una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etc. por falta de atención de los adultos, que comienza a vislumbrarse como una agresión silenciosa, común, pero muy importante por las consecuencias que desencadena.

Para 1965 Kempe nuevamente hace una aportación con el termino "Niño abusado" lo cual hace que en esta categoría se incluyan no solo a las niñas y los niños que sufren de maltrato físico y emocional sino también a los infantes abusados sexualmente.

Con el transcurso del tiempo, nuevas modalidades de maltrato se han descrito y el Síndrome de Munchausen en Niños es uno de ellos, Asher fue el primero en mencionar al barón de Munchausen para denominar con este apellido al conjunto de síntomas 'dramáticos e increíbles' que refería un grupo de sus pacientes, sin embargo fue Meadow el primero en presentar esta rara entidad en pediatría, (Loredo, A. 1994 ) que posteriormente se presentara su definición, así también existen otros términos como el abuso y negligencia fetal y el síndrome del niño sacudido, todos estos se han acuñado con la intención de elaborar un marco teórico mas amplio y convincente para el fenómeno del maltrato y proteger a la infancia.

En cuanto a la información que puede reunirse en torno a la situación que ha prevalecido en México, se observan claramente algunas dificultades: la escasez de bibliografía, mínimas estadísticas sobre el tema y la inexistencia de indicadores adecuados para medir su impacto total. Por la naturaleza del fenómeno, en nuestro país existe un subregistro de casos por lo tanto las cifras de incidencia no son precisas. El primer caso de Maltrato Infantil diagnosticado en México, ocurrió en 1965 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional ( SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL DF, 2000 ).

En México, se puede decir que a partir del trabajo realizado por Riojas y Manzano (cit. en Loredo, A. 1994 )se toma plena conciencia del problema. Este trabajo detecto casos a través de estudios radiográficos que se convierten en la voz del niño agredido. Desde los 80's las reuniones científicas pediátricas y psiquiátricas han proliferado, así mismo han aparecido artículos periodísticos en diversos medios de información popular, lo que ha condicionado una mayor sensibilidad al respecto no solo en la comunidad médica sino en la sociedad en general que se puede atestiguar con las asociaciones civiles y gubernamentales que atienden el problema del maltrato infantil.

Sin embargo algunos de los datos con los que se cuenta, confirman que en México el maltrato sigue y se hace presente en reiteradas ocasiones. De 1984 a principios de 1991 se atendieron en el Departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría 173 casos de maltrato, sin embargo esta cifra ascendió de 20 a 25 nuevos casos por año ( SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL DF, 2000 ).

Otras cifras las reporta el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia ( DIF ) que informa que entre 1995 y 1999, se detectaron 23 000 casos de niños maltratados cada año y en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría y de la Universidad Nacional Autónoma de México (CAINM – INP – UNAM ), sin ser un centro de referencia para la asistencias de niños víctimas de violencia, se diagnostican y atienden entre 30 y 35 casos nuevos cada año. ( cit. en Corchado, S., Loredo, A., Perea, A. y Villa, A., 2004 ).

En una encuesta realizada en el 2003, en el Distrito Federal que llevo a cabo el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI) mostró que la violencia infantil tiene lugar en el 30.4% de todos los hogares ( cit. en Ruíz, G. 2004 ). Estos datos dan motivo para señalar que el fenómeno del Maltrato Infantil es una realidad creciente en México, por lo tanto se considera como un grave problema de salud.

Continuando con los datos de víctimas de maltrato infantil en México, cifras oficiales del INEGI en el 2006 reportan una incidencia en el año 2004 de 59.2% de casos comprobados de denuncias recibidas por maltrato infantil, distribuyendo el porcentaje de menores atendidos por tipo de maltrato de la siguiente manera: en primer lugar con 27.6 % la omisión de cuidados, otorgando un 23.7% al maltrato físico , seguido del maltrato emocional con un 21. 1% y por último se encuentra la explotación laboral y el abuso sexual.

### 2.3 Definición

El fenómeno de la violencia contra las niñas y los niños ( maltrato infantil ) por sus repercusiones en la salud, en la economía y en el bienestar social de las comunidades ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1999 como un problema de salud pública en el mundo ( cit. en Corchado et al. 2004 )

Definir que es el maltrato infantil o el síndrome del Niño Maltratado es una tarea ardua y difícil por considerar su enorme complejidad, como ya se mencionó existen diversos factores biopsicosociales que ayudan y otros que entorpecen su estudio, como por ejemplo la diversidad de definiciones sobre Maltrato Infantil, la falta de sensibilidad y conocimiento del profesional de la salud para el diagnóstico y la atención, procesos legales ineficientes, largos y humillantes, dificultad para la investigación y asistencia social y sobre todo las conductas como el ocultamiento, la creencia en mitos y la indiferencia de las familias, de la sociedad y de los servidores públicos permiten que este fenómeno continúe en el nivel actual.

Las siguientes son solo algunas de las definiciones que se citan con mayor frecuencia cuando se busca definir el maltrato infantil, conjuntando todos los factores que intervienen.

El maltrato es una acción producto de infinidad de circunstancias complejas que rodean al niño, estas se concretizan regularmente en actos u omisiones de un adulto hacia un infante, capaces de producir daños físicos y/o emocionales (González A. y Colaboradores, 1993 ).

Una definición muy interesante del Maltrato infantil es la que presento Eduardo Primero en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría en México, D.F. en 1992 ( cit. en Loredó, A. 1994, pág. 9 ) en la que señala que el maltrato a los niños es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, integro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y por tanto su conformación personal, social y profesional.

La definición de Maltrato que parece ser la más apropiada para este trabajo por ser la que conjunta diferentes aspectos y factores, es la que propone Pérez en 1986 (cit. en Ruíz, G. 2004 ): " Un niño - y se considera como tal para ese efecto, a toda persona menor de 18 años - es maltratado o abusado cuando su salud física o mental o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones o por omisiones llevadas a cabo por el padre o la madre u otras personas responsables de su cuidado, o sea que el maltrato se produce por acción, por descuido o por negligencia ".

El menor maltratado es definido como aquel menor de 18 años que es objeto de violencia física, emocional o ambas, por actos de acción u omisión intencional que le produce lesiones físicas, mentales o cualquier otro daño ( Ulloa, 2000 ).

Aunque en la definición se establece que la situación no es accidental es necesario enfatizar la intencionalidad del mismo, se debe aceptar que es un problema social y que por lo tanto comprende aspectos médicos, legales, sociológicos y políticos. Se ha observado que para que ocurra el maltrato se presentan tres elementos fundamentales: una niña o niño, un agresor y un motivo.

Es importante esta definición para determinar qué tipo de población es la que se encuentra en esta situación y sobre esto trabajar con ella, ayuda en gran medida ya que hace una distinción entre las formas de maltrato (acción y omisión ), delimita la edad de un individuo para considerarse maltrato infantil y ayuda a identificar las consecuencias físicas y emocionales que conlleva.

La forma más común de maltrato infantil, se manifiesta específicamente en el ámbito intrafamiliar que corresponde al patrón general en el que predominan las agresiones físicas, la violencia que sufre el menor es casi siempre un hecho recurrente y no aislado; es seguido por abuso sexual y finalmente negligencia, antes conocida como privación social ( Corchado, et al. 2004, p 417 )

En los últimos años se han empezado a reconocer otras formas de maltrato y con ello a incrementado el espectro clínico del síndrome, como por ejemplo el '*Síndrome de Munchausen*' un padecimiento que se debe enfocar como una forma de maltrato en la que el niño es víctima de un adulto quien provoca reiteradamente o simula la existencia de una enfermedad; '*el Abuso y Negligencia Fetal*' con este concepto se designa a todo acto que de una manera intencional o negligente cause lesión alguna al producto en gestación ( cit. en Loredó, A. 1994 ). En este apartado se puede enumerar situaciones como la ingesta de alcohol, tabaco y/o drogas durante el embarazo, deficiente atención médica al binomio madre – hijo, exposición a medicamentos sin supervisión médica durante el periodo de gestación que pueden ser altamente teratógenos.

## 2.4 Clasificación

Cada autor realiza una clasificación sobre el maltrato a infantes, pero a grandes rasgos puede definirse las siguientes categorías que ayudan a una mejor comprensión y que se han organizado en torno a dos grandes dimensiones: activo - pasivo y físico – emocional, dentro de estas se pueden observar algunas especificaciones. La siguiente tabla puede ayudar a comprender mejor la tipología de los malos tratos (Arrubarrena 1994):

MALTRATO INFANTIL	ACTIVO	PASIVO
FÍSICO	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO FÍSICO
	ABUSO SEXUAL	
EMOCIONAL	MALTRATO EMOCIONAL	PSICO-ABANDONO 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.

#### ✦ MALTRATO FÍSICO

El maltrato físico hace referencia a ocasionar daños en el cuerpo de la niña o el niño, hacer uso de castigos corporales en forma frecuente, lo que puede producir huellas en forma de hematomas, moretones, quemaduras o fracturas, que a corto o mediano plazo ocasionan incapacidad temporal, permanente y pueden ocasionar hasta la muerte.

#### ✦ MALTRATO PSICO- EMOCIONAL

El maltrato emocional son actitudes dirigidas exclusivamente a dañar la integridad psicológica y emocional del niño, infundir en él miedo o devaluación de sí mismo. Pueden ser manifestaciones verbales o gestuales que humillan y degradan al niño. Por lo general los daños son ocasionados en las áreas afectiva, psicológica e intelectual del infante, en su auto concepto y autoestima, a causa del continuo uso de palabras, acciones, insultos, humillaciones, burlas, etc.

Gorbarino ( cit. en Loredó, A. 1994 ) identificó cinco tipos de maltrato psicológico: a) *Rechazo* que implica conductas que indican abandono, como el no mostrar afecto ni reconocimiento a los logros del niño; b) *Terror* que significa amenazar al niño imponiéndole castigos vagos o extremos con los que se crea un ambiente impredecible al utilizar prácticas de amedrentamiento; c) *Indiferencia* constituye la falta de disponibilidad psicológica de los padres; d) *aislamiento* con lo que los padres evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de la relación social de manera positiva y activa; y por último e) *corrupción* se dice que los padres al encontrarse en un ambiente aversivo para el niño refuerzan conductas antisociales desviadas.

#### ✦ ABUSO SEXUAL

La definición que establece el Nacional Center for Child Abuse and Neglect en Estados Unidos señala el problema como: ' contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando se emplea el primero para la estimulación sexual del perpetrador o de otra persona, asimismo se considera que puede cometer abuso sexual la persona menor de 18 años cuando es bastante mayor que la víctima, el perpetrador esta en una posición de poder o de control sobre el niño ' (cit. en



Loredo A. 1994 Pág. 41 ). Puede decirse a grandes rasgos que el abuso sexual o maltrato de tipo sexual es todo acto ejecutado por un adulto o adolescente sobre un niño para estimularse y gratificarse sexualmente, pudiendo realizarse con o sin el consentimiento del menor, pues son actos para los que el infante carece de madurez y desarrollo cognitivo necesario para evaluar su contenido y consecuencias. Se considera también desde el obligar al menor a ver o mirar libros, revistas o películas con temas pornográficos, participar en actos de tipo sexual ( desde el exhibicionismo hasta la penetración vaginal o anal ). En este rubro puede mencionarse el incesto, abuso y violación.

#### † NEGLIGENCIA

Es un aparente descuido hacia el niño pero en realidad esta ocultando una manifestación de rechazo y falta de afecto. La negligencia puede ser física, emocional o educativa y cada una de ellas se presenta en diferentes grados que va de lo moderado hasta lo grave con fases que pueden variar de periodicidad hasta convertirse en crónicas.

#### † ABANDONO

Puede decirse que existen dos formas de abandono el físico y el emocional; el físico hace referencia a ' aquellas conductas de omisión en los cuidados físicos por parte de los padres o del cuidador permanente... y en lo que respecta al abandono emocional se define como la inexpresividad y desinterés afectivos por parte de los cuidadores , es decir como la ausencia de respuesta emocional, verbal y física a las manifestaciones amorosas del niño' (cit. en Ruiz, G. 2004 ). De esta forma se observa un desprendimiento total del niño, no proporcionándole alimentos, ropa, seguridad, atención médica y recreación. Esta forma de maltrato ocasiona problemas sociales tales como la indigencia, mendicidad y el fenómeno del niño de la calle.

A partir de las definiciones mencionadas se evidencia la complejidad del concepto de maltrato infantil, de toda la gama de acciones que se pueden tipificar dentro de este problema; así también se hace presente la importancia de tener claridad sobre el concepto con el fin de identificar las situaciones que se encuentran dentro de este marco y que sea una excelente base para la creación y proyección de acciones para su disminución y consolidar su erradicación.

## 2.5 Etiología y factores de riesgo

Respecto a la etiología son diversas las explicaciones que se han dado a las causas del maltrato infantil. Entre ellas se encuentran *la teoría psicoanalítica sobre la agresión, la teoría del aprendizaje social y el estudio de los factores de riesgo* (en Ruiz, G. 2004 pág. 23 )

1. **Teoría psicoanalítica sobre la agresión.** En general, ésta teoría ha descrito que probablemente los sentimientos de culpa, la identificación con el niño, el desplazamiento de la agresión y los sentimientos paranoides, sean la razón de algunos actos agresivos. Independientemente de los mecanismos responsables, esta teoría presupone personalidades inadecuadas y síntomas de estrés en los padres, que combinados, hacen que vuelvan a utilizar mecanismos de defensa primitivos para reducir la ansiedad.
2. **Teorías conductistas o de aprendizaje social.** Según estas teorías las probabilidades de que un niño o un adulto determinados manifiesten agresividad así como fuerza y la intensidad de su comportamiento agresivo dependerán del tipo de recompensas o castigos que hayan recibido en el pasado; de la presencia e influencia de los modelos agresivos y del punto en el que la agresión haya conseguido aliviar su enojo, su hostilidad y les haya llevado a canalizar los fines a los que aspiraban. Es decir, desde esta perspectiva el haber tenido o tener modelos agresivos contribuye a que se recurra a la agresión contra los niños.
3. **Factores de riesgo.** 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.

Puede decirse que los factores de riesgo favorecen la presencia del maltrato infantil pero no son determinantes para que éste suceda, sino que en realidad se puede afirmar que la reincidencia de los actos, la magnitud de su presencia y la comunicación en la unidad familiar es lo que realmente puede generar este problema. Algunos de los factores de riesgo que se han analizado dentro del tratamiento del maltrato infantil se describen a continuación.

La causa fundamental por la cual los niños son abandonados, rechazados o maltratados obedece en gran parte al rechazo de las madres a procrear ( DIF – DF 1999 ). Es frecuente encontrar que el niño maltratado es un niño rechazado, no planeado y no deseado, convirtiendo la maternidad en un estado de frustración y rencor que se deposita en el futuro ser.

Entre los factores más comunes que predisponen a los niños en una situación de riesgo para sufrir maltrato podemos encontrar aspectos relacionados con él: características físicas, biológicas o psicológicas que lo hacen desagradable a los padres, situaciones de conflicto entre la pareja y/o una dinámica familiar donde predomina la incomunicación, la intolerancia y la agresión.

Los factores de riesgo detectados en el niño son las dificultades para establecer las primeras conductas de apego con las figuras maternas, alteración de la conducta externa, niño con baja tolerancia a la frustración, inquieto, hiperactivo, irritable con llanto fácil, niño con deficiencias mentales y sensoriales.

El factor socioeconómico resulta importante de analizar. Si bien es cierto que el ser pobre no determina que exista maltrato infantil en la familia, si se puede afirmar que es en este sector de la población donde los actos violentos se presentan a consecuencia y en primera instancia como un fenómeno asociado a las condiciones y calidad de vida de las familias.

Calidad de vida significa la valoración cuantitativa y cualitativa de todas las condiciones que le hacen posible a un individuo vivir con dignidad. Cuando las condiciones necesarias o básicas son limitadas o ausentes la pobreza impera y genera deficiencias en el tipo de vivienda, la alimentación, el vestir, la atención médica, etc.

La historia de vida de los padres también influye, es decir, se ha identificado en estudios que las madres y padres que en su infancia vivieron en un ambiente de violencia y maltrato, ahora de la misma manera se relaciona con sus hijos, por lo que puede decirse que pasa a través de las generaciones y esto es el origen para nuevos trastornos en las relaciones padres – hijos. Esto indica que las perturbaciones psicosociales de niños maltratados y tratados con negligencia tienden a ser crónicas sino se atienden (Schaefer, 1988. Pág. 255 ).

La madre es principalmente la persona responsable de la crianza de los hijos y que por lo tanto es quien ejerce mayor maltrato tanto físico como emocional, bajo argumentos que le validan su autoridad ( DIF – DF, 1999 ).

Aunque los porcentajes que determinan que las madres y padres que ejercen maltrato sobre sus hijos padecen una enfermedad mental o tienen una personalidad anormal son mínimos, se reconoce más bien que carecen de la capacidad para asumir la responsabilidad de educar, proteger, asistir y amar a sus hijos.

La existencia de adicciones como el alcoholismo o la drogadicción en algún miembro de la unidad familiar en donde se presenta el fenómeno del maltrato ha sido establecida en diversas sociedades. México no esta exento de esta situación ya que los niveles de alcoholismo y uso de sustancias nocivas en la población joven esta en franco incremento.

Existen factores ambientales que acrecientan la tensión emocional del agresor como son el hacinamiento, la sobrepoblación y el desempleo. Es casi seguro que la inestabilidad ocupacional de los padres sea importante como detonador para que el menor sea agredido, un porcentaje muy bajo de agresores masculinos

tienen una ocupación estable y en el caso del agresor femenino la mayoría esta dedicada al hogar ( Loredó, A. 1994 ).

## **2.6 Efectos y consecuencias del maltrato infantil**

Un aspecto importante del Maltrato Infantil reside en las consecuencias o reacciones que presentan los infantes, ya que altera su pensamiento, sus sentimientos, emociones y en general la conducta, por lo que es necesario realizar una puntuación de las consecuencias detectadas en las niñas y niños maltratados.

Las lesiones físicas constituyen un alto porcentaje de presencia en niñas o niños maltratados, pueden ser desde hematomas hasta fracturas o amputaciones. La muerte del infante también es una posibilidad. También es conocido que los niños maltratados tanto física como en la privación emocional pueden presentar retardo en su crecimiento y desarrollo llegando a producirse cuadros de desnutrición, Powell y colaboradores ( cit. en Loredó, A. 1994 ) estudiaron la reserva hipofisiaria y suprarrenal de un grupo de 10 pacientes con privación afectiva y hallaron que seis de ellos tenían disminución de la secreción de la hormona de crecimiento y corticotropina; las cifras disminuidas de dicha hormona se corrigieron al desaparecer el maltrato y permanecieron en los cuatro restantes.

Es muy difícil precisar la incidencia real del abuso sexual infantil en México ya que los informes se reducen a su mínima expresión, principalmente porque el efecto psicosocial confirma que es un hecho muy traumático para la víctima y a veces para su familia (Loredó A. 1994 ), enfermedades de transmisión sexual, alteraciones físicas, etc. son solo algunas de las consecuencias físicas que presentan los menores abusados. El abuso sexual también ocasiona que las niñas y los niños sufran alteraciones emocionales no solo por el daño que se les inflige, sino también por la reacción que tengan sus padres para con ellos.

Entre las secuelas que caracterizan al abuso sexual tienen efectos a corto y largo plazo, Soria y Hernández en 1994 ( cit. en Chávez, C. 2002 ) mencionan que los efectos de la agresión sexual se encuentran: ansiedad, agitación, terrores nocturnos, miedos, fobias, alteraciones de la alimentación y del sueño, baja concentración mental, mismos que varían dependiendo de factores como la edad en que ocurrió la agresión sexual, duración temporal del abuso, proceso psicosocial de adaptación, apoyo emocional familiar, nivel de violencia ejercida por el agresor y cercanía afectiva con el agresor entre otros factores.

Los niños maltratados evidenciaban trastornos de conducta, hiperactividad, de adaptación. En el plano cognitivo suelen presentar retraso en su desarrollo, dificultades para el aprendizaje o un bajo rendimiento escolar, ausentismo, disminución en sus habilidades perceptivas, el lenguaje, etc ( DIF – DF 1999 ).

En Enero del 2000 E. Milling Kinard ( cit. en Gadea, L. 2000 ) publicó en la revista Child Abuse and Neglect una investigación sobre como perciben los niños maltratados su nivel académico y el grado de aprovechamiento real que tienen. Kinard llegó a la conclusión de que aunque los niños maltratados tienen significativamente menores calificaciones en aprovechamiento que los niños no maltratados, cuando se analizaron las diferencias entre la percepción y el nivel real de competencia, los niños maltratados tienden mas a sobreestimar su nivel de competencia que los niños no maltratados, esto hace suponer que los niños maltratados se perciben carentes de soporte maternal y afecto y probablemente inflan su nivel de competencia académica como una forma de elevar su propia imagen.

Entre otros aspectos emocionales la desconfianza, la disminución de la estima personal, hostilidad hacia los demás, indiferencia, depresión y labilidad emocional son solo algunos de los principales síntomas que manifiesta el menor y que le impide establecer relaciones interpersonales o puede causarle serias dificultades en el contacto social y la regulación de sus emociones.

Cuando el maltrato infantil es la forma de relación padres – hijos, los niños pueden responder de manera pasiva a esta situación (triste, sumiso, lejano, depresivo ) o comportarse rebelde y agresivo (por lo general con sus compañeros de clases, amigos o hermanos). Hay que reconocer sin embargo que no todos los niños y niñas tienen la misma respuesta aunque indudablemente, para todos significa un hecho traumático. Por lo anterior, no es recomendable que aunado a lo humillante y desgastante que pudo haber sido una vivencia de maltrato, se cargue a la persona adulta con etiquetas o adjetivos que lo describan a partir de lo que vivió en su infancia, es decir que no se le estigmatice.

Connors y Schamess ( cit. en Ruiz, G. 2004 ) afirman que la supervivencia de un niño en un ambiente violento depende de la capacidad que tenga para adaptarse al mismo, mientras mantiene una relación emocional con el cuidador abusivo, con este fin los niños desarrollan estrategias defensivas que alteran la forma en que ven al mundo y pueden tornarse nocivas para la adaptación en ambientes que no son nocivos, estas defensas pueden ser la escisión, la negación, la identificación proyectiva, la somatización y el aislamiento del afecto.

Todo tipo de maltrato sea físico, emocional, psicológico o sexual, por abandono, negligencia o intencional, siempre atenta contra el desarrollo sano del niño, como se ha podido evidenciar su efecto puede ser devastador en la vida y en la personalidad del infante, por lo que no solo es importante tomar en cuenta la experiencia del maltrato y el sufrimiento que genera sino también la huella que deja en las niñas y los niños, y como esta se puede convertir en una forma perpetua de relación en estos futuros padres con sus futuros hijos.

## **2.7 Indicadores que ayudan a identificar a un menor maltratado.**

En relación con la sintomatología y el diagnóstico del niño maltratado, se han encontrado diversos indicadores que pueden sugerir diferentes formas de maltrato, es decir hay indicadores físicos y psicológicos que se mencionan a continuación.

Un problema muy importante en la detección del maltrato infantil es que la mayoría de las veces solo se utilizaban las marcas visibles, lesiones físicas graves, traumatismos por golpes que sean muy aparentes en los menores ó se detectan en Hospitales, pero hoy en día se utilizan otras formas para no dejar de lado a los niños que parecen normales y que no tienen marcas visibles aparentes.

La simple observación es un método comúnmente utilizado, el niño maltratado denota desnutrición, conductas agresivas, aislamiento, cansancio, bajo rendimiento escolar y ausentismo, descuido personal, retraimiento, lesiones frecuentes, enfermedades de transmisión sexual, retraso psicomotor, hostilidad y llanto constante o una indiferencia total al medio, en su piel se pueden observarse cicatrices múltiples y mal estado de higiene. La Historia clínica dirigida y una relación profunda del desarrollo psicoafectivo y del contexto familiar complementan la información del ambiente en que se desarrolla el menor.

Las pruebas psicológicas adquieren importancia en la detección del Maltrato Infantil sobre todo cuando no se tiene información directa y veraz, facilitando la implementación de técnicas y acciones terapéuticas adecuadas a cada caso. Las pruebas reúnen datos a pesar de las actitudes manifiestas o conductas de encubrimiento y negación del problema. Pero sobre todo ayudan a conocer el estado interno que prevalece en el infante como consecuencia de la agresión y como verdaderamente esta viviendo esta situación. Es importante reconocer la ventaja que estas tienen para obtener datos confiables sin enfrentar al niño con su agresor. " La batería de pruebas que se aplican a los niños con síndrome de maltrato infantil contienen pruebas de inteligencia, afectividad, personalidad, psicopedagogía y adaptación social " ( Gadea, L. 2000, pág. 15 ).

## **2.8 Aspectos jurídicos**

Loredo A. ( 1994 ) refiere que se ha definido a los niños maltratados como los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, emocional o ambas, ejecutados por conductas de acción u omisión pero siempre causados en forma intencional, no accidental, por padres, tutores o personas responsables de los menores.

Hasta hace algunos años el Artículo 249 del Código Penal para el Distrito Federal resultaba anacrónico, ya que establecía la posibilidad de que los padres o tutores, en ejercicio del derecho de corrección, hicieran uso de la violencia física, es decir, a la luz de este precepto legal se podía inferir lesiones a hijos o pupilos, siempre y cuando éstas fueran leves ( de acuerdo a la ley, son heridas leves aquellas que no poden en riesgo la vida y tardan en sanar 15 días ). Además el tutor no debía abusar de su derecho a corregir con crueldad o innecesaria frecuencia.

El artículo fue retomado y quedo redactado de la siguiente manera: ' al que ejercitando la patria protestad o la tutela infiera lesiones a los menores o pupilos bajo su guarda, el juez podrá imponerle, además de la pena correspondiente a las lesiones, suspensión o privación en el ejercicio de aquellos derechos ' ( cit. Ruiz G. 2004 ).

Con una intención más clara de proteger a la niñez, en 1980 nuevamente la Constitución establece el deber que los padres tienen de preservar el Derecho de las niñas y los niños a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, dejando que la ley secundaria determine los apoyos a la protección de ellas y ellos, a cargo de las instituciones públicas ( Ulloa, 2000 ).

En ese sentido, la ONU, consciente de la situación por la que millones de niñas y niños viven alrededor del mundo, aprobó en 1989 un documento único en su clase sobre Derechos Humanos, La Convención sobre los Derechos de las Niñas y los Niños, que a partir de su vigencia ha generado un movimiento universal de análisis de la situación de la infancia.

Así mismo en 1992 se publicó el decreto por el que se reformó el Artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciéndose que ' el Congreso de la Unión y los legislativos de los estados en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección a los Derechos Humanos que otorga el orden jurídico mexicano, los que conocerá de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que vigilen estos derechos. Formularán recomendaciones públicas autónomas, no vinculatorias ni denuncias y quejas ante las autoridades respectivas. Estos organismos no serán competentes tratándose de asuntos electorales, laborales y jurisdiccionales. El organismo que establezca el Congreso de la Unión conocerá de las inconformidades que se presentan en relación con las recomendaciones, acuerdos u omisiones de los organismos equivalentes de los estados '. ( Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos, 1997 ).

En el 2000 se creo La Ley de los Derechos de las Niñas y los Niños en el Distrito Federal tiene como marco los derechos reconocidos en la Constitución Mexicana y la propia Convención sobre los Derechos de las Niñas y los Niños.

En esta ley el tema del maltrato infantil están relacionados con los Artículos 3-XV – XVI – XIX, 5 –A-IV, 5 B – VII, 5 E – I, 9 – I, 20 – II, 22, 23 – III – IV – V – VIII – IX – X, 45, 46, 48, 49. Donde se delimitan responsabilidades en la sociedad a favor de la infancia, a través de la función protectora o tutelar y determinar los lineamientos precisos para la implementación de políticas y el desarrollo de sus respectivas funciones y acciones de gobierno por los diferentes organismos administrativos.

La protección jurídica a los menores tiene, en el caso de que éstos sean víctimas de cualquier forma de maltrato, las siguientes finalidades ( cit. en Ruíz G. 2004 ):

- Evitar que sigan causando daños al menor
- Colocar al menor bajo la protección de las instituciones públicas, sustrayéndole de ser necesario del influjo pernicioso de sus agresores.
- Resolver sobre la custodia, tutela, patria potestad y pensión alimentaria en beneficio del menor.
- Decidir la responsabilidad penal de los agresores.

México cuenta con una Dirección General de Protección y Defensa del Menor y una Subdirección de Atención al Maltrato Infantil en el DIF - DF, con leyes que protegen y con servicios especializados para el manejo de casos. En nuestro país existen instituciones de asistencia social como: casas cuna, internados para niños y adolescentes, casas hogar y hogares sustitutos, que proporcionan albergue temporal o permanente a los individuos que padecen abandono por diferentes motivos



## **CAPITULO 3 LA TERAPIA DE JUEGO PARA NIÑAS Y NIÑOS VICTIMAS DE MALTRATO**

### **3.1 Antecedentes**

La revisión bibliográfica expuesta en el capítulo 1 sobre la Terapia de Juego y el análisis teórico del fenómeno del Maltrato Infantil en la sociedad mexicana reseñado en el capítulo 2 se convierten en el marco de referencia para desarrollar un esquema de atención a través de la terapia de juego, demostrando las posibilidades terapéuticas que ofrece para la intervención y tratamiento de niñas y niños que se encuentran o encontraban en una situación de crisis emocional que puede desencadenar algunas alteraciones en su desarrollo.

El trabajo terapéutico con niños gravemente traumatizados es un área novedosa, el maltrato de niños se inclinó a tratarse como un trastorno médico, de hecho como una urgencia médica. Se considera al niño como la víctima inocente que necesita tratamiento inmediato por los daños sufridos y protección para un futuro, pero en ocasiones la resistencia de los padres al cambio, la aceptación de estos sobre el maltrato a sus hijos es un impedimento para el logro de la meta de la terapia.

Se ha maltratado a los niños de manera emocional, física, sexual, así también de manera ritual u organizada ( por ejemplo paidofilia, organizaciones de prostitución infantil, pornografía y satanismo ). Esto propicia que en general sea al niño angustiado, depresivo, que presenta acting out y que se encuentra en la etapa posterior de revelación a quien se canaliza a terapia de juego.

Todos los niños en edad preescolar y escolar temprana que muestran perturbaciones emocionales son candidatos para la terapia de juego diseñada especialmente para niñas y niños víctimas de maltrato.

El conocimiento actual sugiere que son necesarios varios tipos de intervención efectivos, es vital el restablecimiento de la paternidad buena y confiable, posiblemente con trabajo enfocado en historia personal y habilidades sociales. La terapia individual centrada en el niño, considerada como primer paso para la intervención, puede el niño percibirla demasiado atemorizante por lo que debe considerarse otras opciones antes que ésta ( West J. 2000 ).

A pesar de que cada niño tiene formas propias para enfrentar un ambiente de maltrato es necesario definir y tratar áreas comunes de un trauma psicológico, que pueden resumirse de la siguiente forma ( Mann E. y McDermott J. 1998 ):

1. Temor al ataque físico o abandono que conduce a la depresión y ansiedad. Esto dispara defensas de agresión, desconfianza y problemas con el control de impulsos.
2. El fracaso para cumplir las expectativas distorsionadas de los padres, conduce a las relaciones objétales defectuosas, luchas por la dependencia, internalización de una autoimagen de 'niño malo' con baja autoestima. Aumenta la depresión existente.
3. Dificultad para lograr la separación y autonomía. El niño se mantiene 'escindido' entre el yo y los demás.
4. Los múltiples rechazos, ubicaciones fuera de casa, incluyendo hospitalizaciones, prolongan y aumentan la ansiedad de separación y la ambivalencia sobre el apego a los cuidadores adultos.

Es probable que los niños que experimentaron maltrato excesivo presenten una serie de problemas psicosomáticos e interpersonales y perturbaciones psicosexuales, en el caso de que hayan sufrido abuso sexual. Puede presentarse de manera aguda el 'Síndrome de la mercancía dañada': baja autoestima, falta de confianza, expectativa de engaño, inestabilidad, enojo reprimido, confusión en los límites del rol, seudomadurez, conducta regresiva y desarrollo retrasado ( estas características no son exclusivas de niños que sufren de maltrato sino que también se aplican a la mayoría de jóvenes extremadamente dañados ). Algunos niños a los que se maltrato de manera extrema, en ocasiones exhiben trastornos por estrés postraumático (recuerdos alucinatorios, ansiedad aguda, depresión, memoria deficiente ), además puede que muestren signos de victimización lo que también se conoce como 'Síndrome de Estocolmo ' debido a que apoyan al perpetrador y son hostiles hacia el ' salvador '. Además puede presentar problemas como culpa residual, miedo generalizado a personas y situaciones extrañas así como temor al terapeuta de juego ( West J. 2000 ).

Marvasti ( cit. en Chávez, C. 2002 ) señala que el juego es un medio natural para la expresión de un trauma y la Terapia de juego se utiliza para ayudar a los niños victimizados a expresar e integrar el trauma mediante la expresión de sentimientos de ira y odio dentro de un ambiente seguro y libre de prejuicios.

El juego es en particular útil, ya que la mayoría de los niños víctimas de maltrato más aún que los niños en general, expresan sus sentimientos y fantasías más profundas en forma más rápida a través de la acción que de la verbalización (Mann E. y McDermott 1998 ).

Para atender a niños víctimas de maltrato la Terapia de Juego se considera una excelente opción porque es útil para prevenir la cristalización e internalización de los efectos del ataque físico, rechazo y negligencia, así como interacciones padre – hijo perturbadas y trastornadas en la estructura de la personalidad del niño ( cit. en Schaefer y O' Connor, 1988 ).

Al mismo tiempo ésta terapia le proporciona al niño la experiencia de un medio diferente, seguro, donde pueda separar un mundo exterior de las demandas de los padres y se intenta que abandonen patrones que tienen la posibilidad de inculcar el maltrato, que pueden perpetuar la conducta maltratadora, pues al igual que cualquier conducta puede ser habitual, los niños aprenden dicha conducta, la internalizan y la utilizan como una forma de comunicación ( Zarba 1986, cit. en Gaytan, 1995 ).

Es bien sabido que el trato abusivo y negligente por parte de los padres, con frecuencia pasa a través de las generaciones y que las raíces de futuros trastornos en las relaciones padre – hijo se encuentran en la infancia. Esto indica que las perturbaciones psicosociales de niños maltratados y tratados con negligencia tienden a ser crónicas si no se atienden ( Mann E. y McDermott J. 1998 ).

Retomando, en la Terapia de Juego centrada en el niño se tiene la oportunidad de adquirir el control y aprender a ejercer el poder; la terapia de juego alienta la expresión de sentimientos genuinos y ofrece una oportunidad para el desarrollo de una relación confiable y consistente en un adulto coludidos que el niño pudo haber experimentado (West J. 2000 ).

Schaefer y O' Connor ( 1988 ) consideran que la terapia de juego ayuda principalmente a las niñas y niños maltratados a:

- Entender sus conflictos internos, así como obtener una visión más integrada de sí mismos.
- Relacionarse con los demás
- Tratar de que canalizar su agresión por medio del juego
- Controlar pensamientos y emociones
- Elevar la autoestima
- Externar sentimientos y fantasías a través de la acción.

Por su parte Salomón ( 1940 ) ( cit. en Schaefer y O' Connor, 1988 ) menciona los siguientes valores terapéuticos:

- Liberación de hostilidad hacia padres, hermanos, etc.
- Aliviar sentimientos de culpa
- Oportunidad de expresar libremente todas las fantasías de amor
- Incorporación de sugerencias terapéuticas hacia el crecimiento
- Desensibilización por medio de la repetición

De acuerdo con Mc Dermont y Chor ( cit. en Gaytan. F. 1995 ) opinan que la terapia de juego aplicada a estos niños parece ser una técnica indicada para ellos, debiendo seleccionar juegos y materiales determinados, así como estrategias diseñadas para tratar sus problemas específicos centradas en la búsqueda de soluciones nuevas y mejores adaptadas.

Mann E. y McDermott J. ( cit. en Schaefer y O' Connor, 1988 ) afirman que la meta de la Terapia de juego es ayudar a los niños a dominar las múltiples tensiones del maltrato, a corregir o prevenir desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro. Así también mencionan algunos de los tipos de psicopatología que comúnmente es observada en niños víctimas de maltrato físico tratados en psicoterapia: daño total en el funcionamiento del yo relacionado con defectos intelectuales, estados de pánico como resultados de traumas infligidos o temidos, distorsiones graves de las relaciones objétales con falta de confianza en los demás, autoconcepto bajo y control de impulso alterado.

Parece claro que para el trabajo terapéutico con niños maltratados, quizá sea necesario un enfoque multifacético, con facilidades para el trabajo directo y enfocado en el niño, cuyo propósito sea una nueva paternidad, crecimiento y aprendizaje en el más amplio sentido ( incluyendo grupos y familias ) ( West J. 2000 ).

Así, en vista de que los niños víctimas de maltrato presentan déficit de atención, ansiedad, impulsividad, depresión, etc. se recomienda que para permitir la expresión segura de la actividad motora se necesita un salón de juegos separado (no esquina de juego ) lo bastante amplio para que permita la movilidad del niño y la separación cuando se sienta temeroso de la situación. Debe estar relativamente planeado, bien alfombrado y solo tener juguetes seleccionados para la sesión. Las sillas y mesa deben moverse con facilidad, las paredes deben ser lavables y la decoración segura. Los materiales de plástico son los mejores. Si el salón presenta mucho material , juguetes, muebles, computo, etc. es posible que el terapeuta pase más tiempo en el establecimiento de límites que en la sesión misma ( Mann E. y McDermott J. 1998 ).

La selección de juguetes esta fuertemente relacionada con la edad de los infantes, la etapa en que la terapia se encuentra y el hecho de que sea víctima de maltrato. Entre las recomendaciones se encuentran:

- ◆ No costosos, reemplazables, relativamente indestructibles y seguros.
- ◆ Deben permitir y facilitar la expresión de sus experiencias y fantasías.
- ◆ Los materiales de juego ambiguos ( barro, papel mache, inclusive lápiz y papel ) pueden confundir al niño.
- ◆ Evitar juguetes que representen un poderoso significado simbólico ( como soldados, tanques, pistolas ).
- ◆ Para los preescolares, la casa de muñecas y el teléfono son casi siempre suficientes para el periodo por completo de la terapia

En la Terapia de Juego para víctimas de maltrato infantil Mann E. y McDermott J. (cit. en Schaefer y O' Connor, 1988 ) puntúan algunas indicaciones para el ejercicio de la propuesta, como por ejemplo:

- ♣ Iniciar el tratamiento cuando el ambiente familiar se encuentre estable tanto para evitar algún nuevo ataque ( maltrato físico ).
- ♣ Asegurar que el niño no considere la terapia de juego como una continuación de la investigación o una réplica de la circunstancia uno a uno del maltrato.
- ♣ Prever que la terapia misma no sea un motivo para que aumente el riesgo de maltrato.
- ♣ La elección de materiales de juego y el diseño de las estrategias de intervención deben ser principalmente para ésta problemática.
- ♣ El cuarto de juego expreso para proporcionar un ambiente seguro como requisito imprescindible para el éxito de la terapia.

West ( 2000 ) advierte que los niños que han sido maltratados de manera excesiva pueden necesitar una combinación de tratamientos, como por ejemplo:

- \* Terapia individual
- \* Terapia de grupo
- \* Trabajo con grupo de compañeros
- \* Trabajo familiar
- \* Trabajo de protección
- \* Reeducación, restablecimiento de las relaciones paternas
- \* Educación sexual
- \* Trabajo de historia de vida
- \* Trabajo en torno al enojo y la pérdida

Así también se recomienda que cuando se trabaja con este tipo de niños el terapeuta debe estar en contacto constante con sus propios sentimientos y reacciones que pueden interferir en el proceso del tratamiento, pues existe a menudo la tendencia a sobreidentificarse con el niño, especialmente si el terapeuta ha tenido poco contacto con los padres. La furia y desprecio a los padres que maltratan al niño pueden provocar lastima y fantasías que no caben en las necesidades reales del niño y descuidan los aspectos positivos del vínculo entre éste y sus padres ( Gaytan F. 1995).

### **3.2 Terapia de juego centrada en el niño y trabajo enfocado**

West ( 2000 ) sugiere la terapia de juego centrada en el niño para intervenir con infantes que han sufrido o sufren de maltrato. Identifica algunas indicaciones y sugerencias de trabajo, entre ellas se encuentran las siguientes:

Con niños severamente maltratados o traumatizados, es recomendable hacer uso de una combinación de aproximaciones, en las que se incluye la terapia de juego centrada en el niño, aunque con niños más pequeños la terapia de juego por si sola puede ser suficiente.

Si el niño o la niña continúa dentro de la familia donde él o ella estuvieron viviendo cuando ocurrieron el o los incidentes traumáticos, la terapia familiar puede considerarse esencial. Los niños maltratados pueden beneficiarse de un trabajo que promueva su protección (manteniéndose seguros al decir no, etc.) y educación sexual. Pero debido a que la relación autocentrada y destructiva de los padres que abusan de sus hijos, el tratamiento conjunto a menudo está contraindicado (Malone, 1979. cit. en Mann E. y McDermott J.)

Para West (2000) el trabajo enfocado puede introducirse de manera cuidadosa dentro de las sesiones de terapia de juego con niños muy maltratados, traumatizados o ambos; para ayudarles por ejemplo a:

- Identificar y expresar emociones de manera apropiada
- Propiciar el trabajo en torno al enojo
- Mantenerse protegido
- Experimentar patrones de parentesco más positivos y aprender los roles infantiles apropiados.
- Aprender como debe cuidarse a los bebés y a los niños pequeños.
- Instruirse sobre la socialización y habilidades con el grupo de pares.
- Empezar una labor de historia de vida
- Confrontar los eventos traumáticos

El trabajo enfocado puede llevarlo a cabo alguien más, pero si el terapeuta de juego se va a involucrar, es necesario que tanto él como el niño tengan claras las diferencias entre trabajo enfocado y trabajo centrado en el niño. Por ejemplo:

- ◆ Quizá existan cambios en la confidencialidad. El terapeuta puede transmitir información a los padres, tutores, custodio, trabajador social, maestro, policía, etc.
- ◆ El terapeuta puede retar al niño, en especial cuando se observan discrepancias verbales o no verbales.
- ◆ Es factible introducir ejercicios y materiales especiales diseñados para obtener información o enfocarse en temas específicos.
- ◆ El terapeuta será más directivo.

Las opiniones varían en cuanto al hecho y conveniencia de alentar a los menores a confrontarse con los eventos traumáticos, de compartir lo que sucedió y los sentimientos evocados por los incidentes. Si esto se considera importante y el niño no aborda el material de manera espontánea sería de utilidad un enfoque más estructurado (Friedrich, 1990, página 71; cit. en West, 2000).

A diferencia de los niños pequeños y con menos complicación de sus antecedentes la respuesta a la terapia de juego será más rápida que algunos niños a los que se maltrató en exceso y que podrían progresar de manera inconstante con la presencia de periodos depresivos que parecen regresivos y caóticos.

El terapeuta no puede prometerle al niño maltratado que va a tener una atmósfera segura con sus padres, pero se le puede garantizar que se encuentra protegido de violencia dentro del consultorio y lo más importante es que dentro de este espacio el niño puede expresar los sentimientos temerosos, de ira, inseguridad y tristeza.

Por todo esto la técnica de la terapia de juego resulta ser la más eficiente para trabajar con este tipo de niños ya que les permite expresarse mejor en acción que en verbalización, esta última en ocasiones resulta ser difícil de lograr. El ausentarse por momentos de sus agresores en un ambiente de confianza, libertad y respeto provoca en ellos un sentimiento de bienestar.

Los niños gravemente traumatizados merecen la mejor ayuda que puedan ofrecerles quienes los cuidan y los profesionales con entrenamiento y experiencia apropiados.

### **3.3 Introducción del niño maltratado a la Terapia de Juego**

Mann E. y McDermott J. ( 1988 ) Aseguran que se puede pensar que el niño tiene la capacidad de jugar con sus conflictos en forma creativa, tomando conciencia de su entorno, lo que le ayuda a extender sus relaciones de forma más independiente y adaptativa; pero en las niñas y niños maltratados no presentan estas características y habilidades por lo que La Terapia de juego para ellos debe modificarse al grado de parecer no terapéutica . Estas estrategias especiales de las que los autores hablan se presentan a continuación.

- ♦ *Enseñar a jugar.* Algunos niños no aprendieron a jugar, se encuentran fijados o regresivos a un nivel primitivo, sin imaginación, inhibidos, confundidos, temerosos, incapaces de tomar un juguete con un propósito. En casos extremos no pueden ni siquiera identificarlos.
- ♦ *Alimentación.* Para los niños que sufrieron maltrato o negligencia y se les privó de la alimentación física básica, no pueden jugar por diversión, por lo que el alimento ( la comida ) es el reforzador más fuerte. Un síntoma frecuente que presentan estos niños es robar, esconder o acumular comida como sustituto del amor paterno.

Algunos autores como Gardner ( 1979 ) ( cit. en Schaefer y O' Connor,1998) señaló el riesgo de perpetuar patrones psicológicos si el terapeuta compensa una carencia de afecto con comida como símbolo de amor, pero también descubrieron que a menudo no se puede trabajar sin ella y que se puede utilizar terapéuticamente.

- *Proporcionar constancia de objeto.* Una situación especial que se considera con este tipo de población es la de permitirles que se lleven a casa un juguete pequeño, puesto que así se mantiene un lazo concreto con el terapeuta. Los múltiples rechazos han ocasionado que los niños se vuelvan desconfiados y buscan señales de que el terapeuta no los ha olvidado.

El que existan dibujos o pinturas de los niños en la pared de cuarto de juego les asegura que el terapeuta los recuerda como personas reales.

Los cambios o cancelaciones de cita pueden provocar en el niño sentimientos de desilusión, aislamiento, temor o ira, por lo que se recomienda evitarse ya que estos niños tienen poca tolerancia a que se les maneje impredeciblemente.

- *Tolerancia a la dependencia y regresión.* En niños maltratados la postura de dependencia puede volverse abrumadora una vez que el distanciamiento inicial entre el paciente y el terapeuta termina. Esperar que los niños maltratados sean independientes puede generar más frustraciones y reacciones en el niño que mejoras.

Una manera de ubicar a los niños fuera de esa regresión y dependencia que se permite en el cuarto de juegos y que no existe afuera, en su realidad, es a través de la introducción de ' tiempo de platica ' cinco minutos antes de que termine la sesión el terapeuta platica con el niño.

### **3.4 Etapas de la terapia de juego para niñas y niños víctimas de maltrato.**

Mann E. y McDemortt J. ( 1998 ) sugieren que dentro de un proceso terapéutico de juego con niñas y niños víctimas de maltrato se puede advertir diferentes etapas con duración fluctuante. Estas son las siguientes:

*FASE I* Establecimiento de la empatía y aprender cómo jugar ( meses 1 a 3 ) En esta etapa se da en el encuentro y reconocimiento del terapeuta con el paciente y viceversa, se establece el rapport.

*FASE II* Regresión y abreacción del trauma ( meses 4 a 7 ) El niño traumatado comienza a evidenciar el tema de trabajo, sentimientos, deseos, etc. y por ende habrá episodios de regresión y muestras de dependencia hacia el terapeuta.



**FASE III** Comprobación de relaciones reales, desarrollo del control de impulso y autoestima ( meses 8 a 14 ): La muestra de mejores conductas de adaptación y conocimiento de su realidad son para el terapeuta indicios del éxito de dicho proceso terapéutico.

**FASE IV** Terminación ( sesiones 1 a 3 ). Es posible que ante tal hecho el paciente comience a dar muestra de su renuencia a la conclusión de este proceso por lo que el terapeuta debe establecer el tipo de enlace con el niño y que sea el mejor modo de conclusión en donde él se siente conforme y atendido.

**Seguimiento** Algunos terapeutas están seguros de los beneficios del rastreo de casos y de la confirmación de los resultados del proceso terapéutico que llevo el niño, por lo que se sugiere contar con un modo de seguimiento.

### **3.5 Intervención y tratamiento**

En la búsqueda de soluciones para desterrar el maltrato infantil y/o minimizar las consecuencias que conlleva en los individuos y sus familias; la mayoría de los trabajos de investigación se refieren a la atención de las personas maltratadas y en casos extremos hasta promueven la propuesta del cambio de hogar del menor, pero es notorio que pobremente se aborda la necesidad de la intervención y tratamiento psicológico de las niñas y los niños víctimas de maltrato.

Respecto al tratamiento son escasos los estudios que refieren resultados relativos a intervenciones psicoterapéuticas realizadas con niñas y niños víctimas de maltrato; algunos hacen referencia a niñas y niños que se encontraban bajo acogimiento residencial y otros a grupos de psicoterapia. Pero independientemente de la modalidad de atención se visualiza a la Terapia de Juego como una forma de corregir, reparar o prevenir desviaciones o mal adaptaciones en el desarrollo psicosocial de los niñas y niños maltratados.

Hoy en día se reconoce con más claridad la importancia del tratamiento psicológico individual para estos niños y por ello modalidades de atención como la terapia de grupo, modificación de la conducta, psicofarmacológica y terapia familiar se interesan por reestructurar sus técnicas de tratamiento. ' La Terapia de Juego fue la forma básica de tratamiento para los niños en las décadas de 1940 y 1950, tal vez porque se utilizaba para casi todos los problemas dio paso a estos enfoques nuevos y más significativos ' ( Schaefer, 1988. pág. 256 ).

Existen algunos estudios que se enfocan al uso de la Terapia de Juego en niños y niñas que han desenvuelto en un ambiente donde la violencia prevalece; como por ejemplo *Beezeley y colaboradores* ( 1976 ) ( cit. en Mann E. y McDermott) mencionan casualmente que algunos niños víctimas de maltrato necesitarán y se beneficiaran con los tipos tradicionales de psicoterapia pero no hablan de qué

niños deben seleccionarse para qué tipo de problemas o forma de psicoterapia. Sin embargo descubrieron que los niños maltratados que permanecían en terapia de Juego por un año, cuando menos mostraban mejoría significativa en la habilidad para confiar en los adultos, verbalizar sentimientos, se mejoró su autoestima y su capacidad de sentir placer, ( cit. por Schaefer y O' Connor, 1988).

Green ( 1978 ) informo que 15 de cada 16 niños en terapia, cuando menos durante 9 meses , exhibían mejoras significativas en el control de impulsos, funcionamiento cognoscitivos y relaciones objétales. Consideraba que el pronóstico empeoraba si el niño era pequeño cuando sufrió o comenzó a sufrir del maltrato. En general descubrió que las desviaciones en el desarrollo y el grado de psicopatología eran más graves en estos niños que en los que habían sido maltratados en una edad posterior ( Mann E. y McDermott, 1988 ).

Cohn ( 1979 ) evaluó 11 programas de tratamiento para maltrato infantil y descubrió que sólo tres proporcionaban tratamiento directo a un pequeño número de niños. Todos los niños mostraron una mejoría significativa, mientras que el éxito con los padres no fue frecuente ( Mann E. y McDermott, 1988 ).

Una Institución que por su condición de brindar apoyo terapéutico a víctimas de abuso sexual es importante de retomar su metodología de intervención para niñas y niños, ésta es *La Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas A.C. (ADIVAC)* que se funda en 1990 por la necesidad de brindar atención humana y sensible a personas agredidas sexualmente, así como ofrecer cursos de prevención y capacitación. Tiene la misión de incidir en la sociedad para erradicar la violencia de género por medio de la capacitación, la promoción de los Derechos Humanos y elevar la autoestima de adultos, adolescentes, niñas y niños por medio de la atención y uso de programas preventivos.

Se ofrece atención psicoterapéutica tanto a personas que han vivido agresión sexual como a sus familiares. La atención se da por separado a niñas y niños, adolescentes y adultos en sesiones individuales o de grupo con la atención de terapeutas especializados.

Es necesario puntualizar que se considero la exposición de ADIVAC dentro de este trabajo por considerarse una importante fuente de atención terapéutica para niñas y niños, sin embargo no pudo obtenerse mayor información con respecto a la Terapia de juego que utilizan en la atención de infantes víctimas de maltrato sexual.

Por otra parte, Kot ( 1995 ), Landreth y Sweeney ( 1997 ) ( cit. en Ruiz G. 2004, ) estudiaron la efectividad de la terapia de juego individual intensiva con niños quienes experimentaron violencia doméstica en comparación con un grupo control. Niños entre 4 y 9 años participaron en sesiones diarias de terapia de juego individual de 45 minutos cada sesión durante doce días consecutivos. Kot ( 1995 )

encontró que los niños que habían experimentado violencia doméstica mostraron una mejoría significativa en su autoconcepto, una reducción de los problemas conductuales externalizados, recuperación en todas las conductas problema y manifestaron restablecimiento significativo de la proximidad en el juego.

*Gaytan Fernández* ( 1995 ) realiza una investigación bibliográfica para determinar a La Terapia de Juego como una manera de comunicación para las emociones de los niños maltratados, en donde la define como un medio adecuado para el tratamiento y diagnóstico del niño que ha sido ó es víctima de maltrato. Confirma que las lesiones emocionales así como las alteraciones que provoca el maltrato en el menor son motivo de múltiples síntomas, de limitaciones en su desarrollo psicosocial, de trastornos psicopatológicos y de un inadecuado comportamiento en general; ratifica que ésta terapia ayuda a corregir o reparar o prevenir desviaciones, alteraciones en el desarrollo psicoemocional proporcionando elementos terapéuticos para canalizar sus agresiones, expresar sentimientos y fantasías a través de la acción, aumentar la autoestima, mejorar sus relaciones con los demás y darles una visión más integrada de si mismo.

*Tyndall – Lind* ( 1999 ) (cit. en Ruiz G. 2004 ) encontró que los grupos de terapia de juego intensiva con niños que habían vivido violencia doméstica maximizaba los efectos de la terapia de juego en una intervención. Ella utilizo tres estrategias intensivas: terapia de juego grupal, parejas de hermanos y tratamiento diario. Los niños quienes recibieron terapia intensiva de grupo de hermanos por 45 minutos en doce sesiones diarias consecutivas, mostraron mejoría en su autoconcepto, una reducción en los problemas conductuales, en la conducta problema externalizadas, en los problemas conductuales internalizados, en la agresión y en la ansiedad y depresión.

El *Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña* ( El COPC ) es una corporación de orden público con personalidad jurídica propia y con plena capacidad para el cumplimiento fiel de sus objetivos. A lo largo del año 1998, un grupo de trabajo de intercomisiones, formado por: José M. Alonso Varea, de la Comisión de Psicología Social y Comunitaria, José A. Hernández de la Comisión de Psicología Jurídica y M. Dolores Petitbó de la Comisión de Psicología Clínica y de la Salud, ha trabajado para diseñar una "*Guía de actuación del Psicólogo en el abuso sexual y otros maltratos en la infancia*".

En este documento se describe detalladamente la intervención del psicólogo en la prevención, detección, evaluación y tratamiento de casos de abuso sexual y maltrato infantil. A continuación se retoman los puntos más sobresalientes para el desarrollo de la intervención terapéutica. En cuanto al tratamiento afirma que éste siempre será precedido de una evaluación clínica que permita determinar los recursos de las víctimas y de su entorno protector. En el momento de la revelación la intervención ha de ser preferentemente de apoyo, tanto al menor como al

núcleo familiar no abusador. Así también en las intervenciones terapéuticas deberán establecerse criterios que permitan evaluar la eficacia de los tratamientos.

Al iniciar el tratamiento individual de las víctimas las técnicas que se vayan a utilizar se adaptarán en función de la edad y características del niño. La intervención terapéutica se realizara mediante el juego. Las técnicas pueden ser aplicadas de modo individual, familiar y por grupo de víctimas; si se efectúa el tratamiento individual con la víctima será preciso no olvidar su entorno familiar del que se hará un seguimiento y/o se prestara apoyo.

El contenido del tratamiento localizará los aspectos más afectados, teniendo en cuenta que se derivaran de la proximidad relacional con el agresor, las circunstancias y actos abusivos, la existencia o no de malos tratos, el apoyo familiar y social y de la capacidad individual para afrontar y superar conflictos.

La frecuencia de las sesiones deberá adaptarse a la situación en que se encuentre la víctima y su núcleo familiar. En el momento de crisis que sigue a la revelación, las visitas tendrán que ser más frecuentes para contener las emociones procedentes de la evocación de los hechos, de la culpabilidad por haber roto el silencio y de los temores que de ello se derivan.

La duración del tratamiento está relacionado con las circunstancias del desarrollo cognitivo y psicosocial ( en los preescolares los hechos se olvidan, si no se repiten de nuevo y consigue normalizarse la actitud del entorno). Es conveniente hacer periodos de tratamiento cortos, con objetivos claros y asegurar la asistencia cuando se requiera. Cuando se trabaja en el mismo dispositivo con la victima y con el agresor es preciso que los terapeutas sean diferentes.

*Nana's Children Mental Health Foundation* ( Fundación para la Salud Mental de Niños Carenciados ) ( 2006 ) es una organización sin fines de lucro que se localiza en los Estados Unidos de Norteamérica ( es específico en el estado de Phoenix, Arizona ). Comenzó atendiendo a 53 niños en el 2001 y hoy día brinda servicios de Terapia de Juego a más de 390 niños.

Esta fundación se dedica a brindar apoyo para la salud mental con un enfoque multidimensional ( abordaje educativo y terapéutico ) a niñas y niños en etapa escolar que se hallan en una situación de desamparo y/o carencia como consecuencia del contexto de violencia familiar, abuso, crisis por desastres naturales, etc. en que se encuentren. Utiliza la Terapia de Juego involucrando el uso sistemático de juegos para ayudar a los niños y niñas a lidiar con situaciones de vida, desarrollar patrones de conducta más adecuados, aprender formas efectivas de resolver problemas, adquirir experiencias sociales y también alcanzar una mejor destreza académica. Como el juego es universal entre los niños y multicultural resulta una herramienta invaluable.

Sin embargo la Fundación tiene claro que la relación entre la Terapia de Juego y el rendimiento académico es un punto que debe ser explorado y desarrollado.

*Díaz Carmona* en el 2002 realizó un reporte laboral con el propósito de mostrar la práctica de la Terapia de Juego como una posibilidad de intervención en los niños preescolares que presentan desajustes afectivos – sociales, así como enfatizar la necesidad de considerarla un recurso valioso en un ambiente educativo con el fin de apoyar a los niños. Los resultados mostraron que tras un ciclo escolar de intervención terapéutica de juego los niños al disponer de un espacio en donde aprenden a ayudarse a si mismo para hacer frentes a las exigencias de los adultos, logran comunicar ideas y sentimientos, enfrentan frustraciones y dificultades cotidianas, se logra consolidar un individuo mejor integrado. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños que se consideraron para este trabajo, lograron identificar y expresar el motivo por el cual estaban asistiendo a terapia de juego, permitiendo una evaluación favorable en sus actitudes que les permitieron adaptarse tanto a los compañeros de aula como a su familia, reflejando más seguridad y mostrándose sonrientes.

Este trabajo resulta importante y necesario ya que los niños que son o fueron maltratados presentan ciertas alteraciones en sus sentimientos y emociones que ocasiona que manifiesten alteraciones o desajustes efectivos, sociales o ambos.

Por otra parte en el 2004, *Ruiz González* muestra la propuesta y los resultados de la intervención terapéutica a través de la terapia de juego en grupo de niños maltratados que se encuentran en acogimiento institucional. El objetivo de su propuesta consiste en ayudar a los niños a disminuir los síntomas de depresión, la ansiedad y el sufrimiento psicológico relacionado con la experiencia de maltrato y su acogimiento residencial temporal, a través de la intervención basada en la psicoterapia de juego grupal. El grupo fue integrado con 9 niños ( 4 niñas y 5 niños) con edades entre 9 y 11 años de edad, que se encuentra temporalmente en el albergue y que su ingreso a este fue por alguna situación de maltrato. La intervención psicoterapéutica se diseñó con 12 sesiones semanales con una duración que osciló entre 90 y 120 min., las sesiones fueron coordinadas por una pareja terapéutica, quienes se encargaron de realizar las evaluaciones grupales e individuales por sesión. Entre los resultados que mostraron los participantes fueron: coherencia y congruencia entre las ideas que expresaban con los sentimientos y conductas manifestadas, mejora de la atención y la concentración, la capacidad de imaginación y creatividad, mejor capacidad de escucha, reportaban una sensación de alivio después de hablar de sus sentimientos y pensamientos, mejora en el estado anímico, aumento en la capacidad de insight y comprensión así como de la interacción que tenían con los demás.

*Gómez Navarrete y Reza Soriano* en el 2005 promueven el uso de la psicoterapia de juego dentro del ámbito escolar como una forma de descubrir y manejar el maltrato infantil, así también enfatizan la terapia de juego, la consideran como un recurso valioso en un ambiente educativo con el fin de apoyar a los niños. La muestra se realizó con 52 niños en edad escolar de ambos sexos que cursaban del segundo al sexto año de primaria ( cuyas edades oscilan entre los 7 y los 14 años ) y que presentaron indicadores de sufrir algún tipo de maltrato; la investigación se realizó en una escuela primaria Pública en el D.F. La terapia de Juego favoreció tendencias evolutivas en los niños, lo cual les permitió plantear y elaborar sus conflictos por medio del juego, mejoraron su autoestima, su socialización y su expresión verbal, así también se mejoró su confianza en sí mismo, su seguridad y el aprovechamiento escolar.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL EN LOS CADI's y CAIC's DEL DIF-DF**

### **JUSTIFICACIÓN**

Con los contenidos teóricos expuestos en los capítulos anteriores, se corroboran diferentes aseveraciones que fortalecen la necesidad de contar con un programa de atención psicológica para niñas y niños víctimas de maltrato infantil.

El maltrato infantil es un suceso que se encuentra con tal frecuencia en nuestra sociedad, que en ocasiones no se le presta la atención debida; el INEGI ( cit. en Ruiz, G. 2004 ) muestra que la violencia hacia los infantes tiene lugar en el 30. 4 % de los hogares mexicanos; la población infantil según cifras del censo de población del año 2000 indica que el 33% de la población se encuentra entre los 0 – 14 años, así que estas cifras dejan entre ver la magnitud del problema.

Los modelos de atención infantil CADI \* ( Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil ) y CAIC \* ( Centros de Asistencia Infantil Comunitarios ), pertenecientes al DIF – DF\* (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Distrito Federal ) atienden alrededor de 7000 niñas y niños entre los 45 días de nacido a 5 años 11 meses ( \* Anexo 8 ), a través de servicios de alimentación, medicina preventiva, higiene personal, actividades de recreación y educación. Así al considerar la población atendida por el DIF – DF y los niveles de incidencia del maltrato, la presencia de éste en las comunidades en donde los centros existen se considera que será elevada.

Además, si se consideran los efectos nocivos que tiene el fenómeno del maltrato sobre los infantes, que revierten en su desarrollo psicológico, social y emocional, devastando las posibilidades de un desarrollo armónico, integral y óptimo; la necesidad de una atención psicológica oportuna para estos niños es vital.

En este apartado lo que se pretende es elaborar la propuesta de un programa de prevención, detección y tratamiento de niñas y niños víctimas de maltrato, que sea específico para los modelos de atención infantil CADI y CAIC, respaldados por el DIF – DF

#### **Objetivo general:**

Diseñar y elaborar un programa que prevenga, detecte y atienda la problemática del maltrato infantil en niñas y niños de 5 años a 5 años 11 meses que asisten a los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil y Centros de Asistencia Infantil Comunitarios pertenecientes al DIF . DF; que se ubican en zonas de baja, media y alta marginalidad y vulnerabilidad.

**Objetivos específicos:**

- Contar con una alternativa de atención psicológica profesional e inmediata, adecuada para las niñas y niños detectados como víctimas de maltrato.
- Sensibilizar y actualizar al personal educativo y asistencial que atiende a las niñas y niños en dichos centros con relación a la problemática del maltrato las consecuencias que pueden existir en ellos y la mejor forma de apoyar la superación y desarrollo personal.
- Proporcionarles a padres y madres de familia y comunidad en general nuevas alternativas y habilidades pacíficas para la crianza de sus hijos y de sus relaciones interpersonales que favorezcan un ambiente propicio para el óptimo desarrollo integral del menor.

Parte importante es el contar con una propuesta de atención psicológica para niñas y niños detectados como víctimas de maltrato y/o abuso sexual; a través de la terapia de juego grupal centrada en el niño, que coadyuve al infante a resarcir los efectos nocivos del maltrato y apoyar su autoconcepto, su estima propia que fortalezcan su desarrollo integral.

Así es como nace la necesidad de realizar una propuesta propia para el tratamiento de niñas y niños víctimas de maltrato que asisten a los centros CADI y CAIC, que responda a su naturaleza, a sus necesidades, al tipo de población que atiende, al perfil del profesional educativo que trabaja con los infantes, al tipo de comunidad en donde se encuentra insertado tal centro, etc.

Esta última, es la parte más importante de este trabajo, en donde la Terapia de Juego Grupal Centrada en el Niño será la base fundamental para la intervención y tratamiento de estos pequeños detectados como maltratados.

Para lograr el diseño de dicha propuesta, primeramente es necesario conocer el esquema del PPAMASI ( Programa de Prevención y Atención al Maltrato y Abuso Sexual Infantil, perteneciente a la Dirección de Asuntos Jurídicos del DIF - DF ) con las adecuaciones pertinentes para su aplicación en dichos modelos ya que servirá para:

- ★ Prevenir conductas, actitudes de maltrato o cualquier expresión de violencia hacia los infantes a través de pláticas y/o talleres en donde participen los padres de familia, niñas y niños y comunidad en general.
- ★ Detectar familias que viven violencia intrafamiliar y/o maltrato infantil que puedan ser sujetos de atención y a través de sus actividades proporcionarle a los padres y madres conocimientos y herramientas para la educación de sus hijos; por eso a continuación se describe el programa y posteriormente se expone el diseño de la propuesta.



## **Programa de “ Prevención y atención al maltrato y abuso sexual infantil“**

*El Programa de Prevención y Atención al Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PPAMASI)* originalmente pertenece a la Dirección de Asuntos Jurídicos del DIF-DF, pero aquí se presenta con las adecuaciones pertinentes para la intervención en los CADI's y CAIC's del DIF – DF.

El Programa PPAMASI consiste básicamente en la impartición de talleres sobre maltrato y abuso sexual infantil; dirigido a tres niveles de población: niñas y niños, profesores y madres y padres de familia. El DIF – DF se encarga del primer taller y los siguientes son impartidos por diversas instituciones con quien previamente ya se realizó una coordinación para dicho efecto.

El DIF – DF que es el organismo rector del programa proporciona los requerimientos económicos, didácticos, técnicos y humanos para el óptimo desarrollo del programa, con miras a obtener un alto grado de calidad en la intervención. El personal que se requiere para la impartición de su taller es de Psicólogos, para garantizar el adecuado manejo del tema, de la situación familiar y del contexto comunitario que se promueve en los centros y principalmente asegurar que la atención psicológica a los menores detectados como maltratados será la mejor que se pueda brindar.

Los talleres tendrán una duración aproximada de 45 minutos, en donde se abordara el tema correspondiente. Con padres y madres de familia y profesores se disiparán dudas, se harán canalizaciones pertinentes, etc.; con niñas y niños se realizará una actividad manual que reafirme los conocimientos, el tema y las posibles soluciones que se hayan abordado durante el taller, así como permitirles el desenvolvimiento social y la aceptación de sus ideas, pensamientos, sentimientos, etc.

La edad de las niñas y niños que se propone atender con este programa de intervención es de 5 años a 5 años 11 meses, que serian los mas grandes que asisten a los centros, esto en base a que su nivel de madurez en las áreas cognoscitiva, social, motriz y de lenguaje se encuentran mejor desarrolladas demostrando actitudes y habilidades de autonomía, independencia y autosuficiencia lo que facilita y permite la realización y participación de los niños en las actividades propias de la terapia de juego grupal.

Además, se considera que si a una edad temprana en el niño se comienza con un proceso de atención psicológica los resultados son más favorables para resarcir daños en su proceso de crecimiento y maduración, el desarrollo de su personalidad, etc., ocasionados por la situación adversa.

Los talleres y las Instituciones que los imparten, son los siguientes:

*PARA NIÑAS Y NIÑOS*

- ◆ TALLER 1 DIFERENCIACIÓN ENTRE BUEN TRATO Y MALTRATO.  
Desarrollo Integral para la Familia en el Distrito Federal ( DIF-DF )
- ◆ TALLER 2 PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL  
Centro Comunitario de Salud Mental ( CECOSAM )
- ◆ TALLER 3 DERECHOS HUMANOS  
Comisión de Derechos Humanos en el Distrito Federal ( CDHDF )
- ◆ TALLER 4 RESOLUCIÓN PACÍFICA DE CONFLICTOS  
Hospital Psiquiátrico ' Samuel Ramírez ( HP'SR' )

*PARA PROFESORES, PADRES Y MADRES DE FAMILIA:*

- ◆ TALLER 1 DIFERENCIACIÓN ENTRE BUEN TRATO Y MALTRATO.  
Desarrollo Integral para la Familia en el Distrito Federal ( DIF-DF )
- ◆ TALLER 2 PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL  
Centro Comunitario de Salud Mental ( CECOSAM )
- ◆ TALLER 3 DERECHOS HUMANOS  
Comisión de Derechos Humanos en el Distrito Federal ( CDHDF )
- ◆ TALLER 4 RECONOCIMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE LA  
VIOLENCIA PROPIA  
Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar ( UAVIF )
- ◆ TALLER 5 HABILIDADES PACÍFICAS DE CRIANZA  
Instituto Nacional de la Mujeres ( INMUJERES ).

La intervención con el PPAMASI comienza con la selección del CADI o CAIC en donde se llevara a cabo programa, éste se determina por la situación de la comunidad donde se encuentra el centro ó por petición franca de los directivos del mismo. Se comunica con el director o responsable del centro y se acuerda con él las fechas en que se efectuará cada uno de los talleres, el lugar y hora de los mismos; una vez estipulados estos datos se les informa a cada institución de su fecha, hora y lugar de intervención. Desde este momento hasta el último taller la presencia del personal del DIF – DF en el centro es necesaria.

Antes del primer taller se aplican una ENCUESTA DE ENTRADA ( ANEXO 2 ) a madres y padres de familia y profesores, para realizar un diagnóstico. Después comienza la impartición de talleres, a partir de este momento se inicia la detección de casos de maltrato y/o abuso sexual, que se atenderán de manera especial, es decir, se centrará la atención en el desenvolvimiento del niño durante los talleres, se abordara a los padres de familia e inspeccionar su apertura a tratar el tema y permitir la asesoría de nuevas alternativas para la crianza de sus hijos.

Al término de la impartición de los talleres se vuelve a aplicar otra cédula a madres y padres de familia y a profesores denominada ENCUESTA DE SALIDA ( ANEXO 2). Se realiza con ésta un concentrado que se compara con la primera y se producen resultados que verifican la eficiencia y desarrollo del programa.

El periodo que usualmente dura este programa de intervención es de aproximadamente tres a cuatro meses, en donde diariamente los psicólogos están presentes en el centro para que la comunidad los conozcan, las familias sientan confianza y apoyo para exponer y resolver sus problemas.

La detección de niñas y niños maltratados comienza a realizarse desde las encuestas de entrada que se realizan a las madres y padres de familia, donde se identifican algunas actitudes y conductas que sugieran el uso de la violencia en casa; también con la impartición del primer taller que aborda el tema del maltrato, a cargo de un psicólogo donde la dinámica del mismo conduce al grupo a expresar si sufren algún tipo de maltrato además de conocer las posibilidades y redes de apoyo que tiene el niño ya sea con familiares, amigos, profesores, etc.

La actividad manual que se les pide a las niñas y niños en este primer taller consiste en pedirles que elaboren un dibujo libre, proporcionándoles hojas blancas y colores de madera, para permitirles que expresen sus sentimientos ante el tema, con la intención de que sirva como instrumento de diagnóstico para el maltrato.

Una vez que se han detectado niñas y niños víctimas de maltrato y a la par de trabajar con sus familias para mediar la situación y garantizar la integridad física, psicológica y emocional de los infantes, se proponen una nueva alternativa de atención a niñas y niños víctimas de maltrato y/o abuso sexual de manera inmediata, oportuna y de calidad, que resulta ser la Terapia de Juego Grupal Centrada en el Niño para niñas y niños víctimas de maltrato que asisten a los CADI's y CAIC's del DIF – DF.

### **Propuesta de Terapia de juego grupal centrada en el niño, para el tratamiento de niñas y niños víctimas de maltrato que asisten a los CADI's y CAIC's del DIF-DF**

Siendo el PPAMASI el punto de partida para la prevención del maltrato y abuso sexual infantil, así como el mecanismo de detección de niñas y niños víctimas de maltrato en los CADI's y CAIC's se procede a exponer el diseño de la propuesta de tratamiento para estos infantes.

Debido a que el programa no cuenta con una estrategia de intervención para niños detectados como víctimas de maltrato, que cumpla con el propósito de brindar atención psicológica a las niñas y niños en edad preescolar con la intención de

disminuir síntomas de depresión, ansiedad, y sufrimiento psicológico relacionados con la experiencia del maltrato y de alguna manera garantizar su pleno desarrollo, favoreciendo su autoconcepto y autoestima; por ello se determino proporcionar terapia de juego grupal con un enfoque centrado en el niño.

El por qué utilizar la terapia de juego se debe a la razón de que se considera el medio más eficaz de intervención con niños, el juego es particularmente útil, ya que la mayoría de los niños víctimas de maltrato, aún más que los niños en general expresan sus sentimientos y fantasías más profundas en forma más rápida a través de la acción que de la verbalización, porque permite el distanciamiento necesario de los sucesos traumáticos con el uso de materiales simbólicos además de que ayuda a los niños a dominar las múltiples tensiones del maltrato, corrigiendo y previniendo desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro.

La modalidad de terapia grupal se eligió debido a que, en comparación con la terapia individual es mucho más aplicable en instituciones donde no existe una cantidad suficiente de profesionales que puedan atender de manera individual las demandas de atención psicológica en la población infantil. Esta modalidad de intervención ofrece importantes ventajas: se puede atender a más niños en menos tiempo con calidad y eficiencia, se les permite compartir sus preocupaciones con otros y es una oportunidad para aprender a relacionarse de otra manera con los demás.

Los grupos son de especial valor para los infantes maltratados, que como mecanismo de autoprotección se han apartado con hostilidad de los adultos. En estos grupos tienen la oportunidad de relacionarse con personas de su misma edad, con características emocionales y sociales semejantes. Además al poder compartir sus sentimientos y pensamientos con otro, los ayuda a disminuir tensiones internas que les causan perturbaciones y diferentes síntomas ( temores, pesadillas, inquietud, desobediencia, agresión, timidez, etc. ).

Se considero que el enfoque Centrado en el niños es el más conveniente para esta estrategia de intervención ya que en el DIF – DF reconoce al niño con habilidades, actitudes y aptitudes para tender hacia el equilibrio y la armonía en los aspectos físico, intelectual, emocional, afectivo y social. Por ello en los centros infantiles de brinda atención integral, en los que se promueve el desarrollo infantil con atención de calidad, calidez en el trato, respeto, libertad, igualdad de oportunidades, así como el fomento de las actitudes necesarias para su incorporación a la vida.

## PROCEDIMIENTO

En el diseño de la estrategia de intervención se definen cuatro etapas, cuyos objetivos específicos y actividades se resumen en el siguiente cuadro:

Escanzar todo

No está carpeta

limeth

ETAPA	NOMBRE	ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECIFICOS
Etapa 1	Conformación del equipo terapéutico e integración del grupo de terapia de juego	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión teórica de la propuesta de intervención y del procedimiento</li> <li>2. Revisión de logística</li> <li>3. Confirmación del cuarto de juego.</li> <li>4. Integración del grupo de terapia conforme a los infantes detectados como posibles víctimas de maltrato</li> </ol>	3 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formar y consolidar el equipo terapéutico.</li> <li>- Conocer y manejar la estrategia de intervención</li> <li>- Comprobar que el material necesario está presente.</li> <li>- Integrar el grupo de terapia de juego centrada en el niño, con las niñas y niños detectados como posibles víctimas de maltrato que asisten al CADI o CAIC.</li> </ul>
Etapa 2	Diagnóstico y evaluación inicial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sesiones de juego diagnóstico.</li> <li>2. Revisión del expediente del niño que existe en el Centro infantil.</li> <li>3. Integración del expediente terapéutico</li> <li>4. Entrevista inicial con padres y niño.</li> <li>5. Primera sesión de grupo.</li> </ol>	1 mes y 15 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corroborar la necesidad terapéutica del niño.</li> <li>- Confirmación de los integrantes del grupo de terapia de juego</li> <li>- Conocer los antecedentes de cada niño</li> <li>- Conformar el expediente para el uso terapéutico incluyendo instrumentos psicológicos.</li> <li>- Solicitar el apoyo de los padres de familia, explicar en que consiste el proceso y el encuadre.</li> <li>- Conocer al niño desde su propia perspectiva (cómo se percibe, su situación actual, etc.)</li> <li>- Informarle al niño sobre el grupo terapéutico e invitarle a participar.</li> <li>- Establecer el encuadre terapéutico y conocer las expectativas personales ante el proceso.</li> </ul>

Etapa 3	Intervención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fase inicial ( 2 sesiones ).</li> <li>2. Fase intermedia ( 7 sesiones ).</li> <li>3. Fase final ( 3 sesiones ).</li> </ol>	3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer rapport con el grupo terapéutico.</li> <li>- Identificar a cada uno de los integrantes del grupo, reconocimiento entre ellos mismos y del espacio que compartirán.</li> <li>- Proporcionar un espacio en donde la intervención se lleve a cabo con el firme propósito de ayudar a cada integrante a minimizar las consecuencias del maltrato, desarrollar habilidades que le permitan mejorar su autoconcepto, autoestima y valía personal que lo fortifican para su desarrollo integral.</li> </ul>
Etapa 4	Evaluación final y seguimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevista de devolución de resultados.</li> <li>2. Revisión de casos a un mes</li> <li>3. Revisión de casos a tres meses</li> <li>4. Revisión de casos a seis meses.</li> <li>5. Sesiones de psicoterapia individual</li> </ol>	Sesiones esporádicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar que la intervención se proporcionó fue eficiente y logro su objetivo.</li> <li>- Proporcionar contención y orientación psicológica a niñas y niños que aún lo requieran.</li> <li>- Canalizar a instituciones de salud mental que proporcione psicoterapia individual a casos que aún requieran atención.</li> </ul>

## **ETAPA 1 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO TERAPEUTICO E INTEGRACIÓN DEL GRUPO DE TERAPIA DE JUEGO**

### **EQUIPO TERAPÉUTICO**

Es de vital importancia para el éxito de ésta propuesta de intervención que los psicólogos que se harán cargo del grupo de la terapia de juego, conozcan perfectamente el diseño, la intención, las etapas, el procedimiento así como la fundamentación teórica de la misma. Además es necesario que posean las herramientas teóricas y las habilidades prácticas para el manejo de la terapia de juego grupal con un enfoque centrado en el niño.

También es importante que conozcan y manejen los formatos que se utilizarán en este proceso, que verifiquen que estén presentes antes de ser utilizados, etc. y sobretodo que no tengan dudas sobre su llenado.

Igualmente es responsabilidad del equipo terapéutico confirmar que el cuarto de juegos sea el adecuado, que cuente con los implementos y materiales necesarios, acordes a la edad y situación de las niñas y niños además de ser funcionales para el trabajo terapéutico.

### **LUGAR**

Se estima necesario contar con un espacio dentro del mismo centro infantil, ya que la mayoría de las comunidades en donde se encuentran los centros infantiles son marginadas, en ocasiones el traslado del niño a otro espacio es motivo para rechazar la ayuda por cuestiones de no tener dinero ni para el pasaje.

Por ello se considera mejor opción contar con un espacio dentro del mismo centro, con las dimensiones adecuadas necesarias para funcionar como cuarto de juego y proporcionar ahí la terapia de juego. Es importante que se encuentren cerca un sanitario con lavamanos.

Por lo general los CADI's siendo instalaciones oficiales cuentan con aulas de usos múltiples que pueden adaptarse perfectamente a las necesidades básicas para la atención psicológica. Por el contrario en los CAIC's que mayoritariamente son casa – habitación con adecuaciones para el trabajo con niños, es necesario que antes de iniciar el programa se verifique si cuenta con un espacio con privacidad en el cual la terapia de juego pueda ser posible.

### **HORARIO**

El horario de atención que se manejan en los centros CADI es de 7:30 a 16:30 y en los CAIC es de 9:00 a 12:00 y de 14:00 a 17:00. Por otro lado debido a que en ocasiones las madres y padres de familia argumentan que no cuentan con los recursos económicos para priorizar la atención psicológica de sus hijos, se piensa que la posibilidad que existe en los centros CADI es de designar entre 90 y



120 minutos de terapia de juego dentro del mismo horario de atención y en los CAIC de proponerla al término de horario de clases, solicitándole a los padres que asistan más tarde a recogerlo.

Es importante reconocer que la propuesta anterior depende en gran medida de las posibilidades del mismo centro y de la disposición de los padres de familia.

## MATERIALES

Los juguetes del cuarto deben presentarse para actividades que permitan el desahogo emocional, la agresión, la disociación, también para representar el juego simbólico, imaginativo y que permita la expresión de sentimientos. Los juguetes tienen el potencial de actuar como símbolos transformadores y para contar una historia. Entre los tipos de juguetes que más se recomiendan o que sería indispensable se encuentran:

- Muñecas de diferentes tipos ( varón, mujer, bebés, adolescentes, con lo más posible de ropa )
- Biberones, chupones y mantas
- Casa de muñecas ( con mobiliario para todos los cuartos )
- Comida ( trastes y muebles acordes ) en ocasiones es informativa, ya que nos habla de lo que el niño hace con la comida imaginaria o con los refrigerios reales.
- Juguetes de construcción, ladrillos, lego, bloques y rompecabezas
- Pinturas, papel, tijeras, pizarrón, gises, plastilina, arcilla, barro ( el que existan las pinturas de los niños en la pared les asegura que el terapeuta, los recuerda como personas reales )
- Muchos niños víctimas de maltrato necesitan sentir que existe una distancia entre ellos y el terapeuta adulto, la comunicación verbal directa al principio es muy amenazante por lo tanto se descubrió que un par de teléfonos son una excelente forma de comunicarse a distancia
- El juego con agua, con arena, barro, papel mache, plastilina sacos de frijoles, pintura condados. collage, escultura.
- Los títeres son esenciales para el trabajo con las niñas y niños, por lo que recomienda que se encuentren seres mágicos ( hada, bruja, diablo, rey, princesa, etc. ) y seres reales ( padres, hijos, abuelos, hermanos, etc.)

También es necesario contar con cojines para sentarse en suelo de manera cómoda para el inicio y término de cada sesión.

## PARTICIPANTES

Los criterios para la integración del grupo terapéutico son los siguientes:

- a) Ser niñas y niños de 5 años a 5 años 11 meses
- b) Asistan al CADI o CAIC en donde se lleva a cabo el PPAMASI
- c) Haber sido detectado como posible víctima de maltrato

El número de integrantes se propone que sea de 8 a 10 niños, indistintamente del sexo al que pertenezcan, con la atención de dos terapeutas por grupo.

## *ETAPA 2 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN INICIAL*

### SESIONES DE JUEGO DIAGNOSTICO

La observación del juego es necesaria para diagnosticar en el niño pequeño. Una vez que se tiene una probable lista de participantes es importante realizar con cada uno una serie de sesiones de juego diagnóstico, en éste se determina cómo está el niño, cómo se encuentra emocionalmente, cómo se siente y cómo lo traduce, cómo está en su pensamiento, ideas y actividad.

Para el terapeuta, el juego diagnóstico le proporciona la percepción del menor respecto de sí mismo y de su función dentro de la familia, reproduce en cierta medida las vivencias reales cotidianas, informa sobre la plasticidad y reactividad del niño. En el juego puede estar presente la compulsión del niño por repetir el trauma de manera simbólica.

Los juegos del niño en las primeras sesiones diagnosticas nos darán cuenta de los conflictos a los que responde la sintomatología por un lado y a la consecuencia del desarrollo en la que se ubica su padecimiento de acuerdo con las diferentes etapas del desarrollo psicosocial del niño.

Es importante, entonces que el terapeuta observe los siguientes aspectos del niño dentro del juego diagnóstico:

- ★ Entrada al cuarto de juegos
- ★ Inicio de las actividades de juego
- ★ Energía gastada en el juego
- ★ Ritmo y tono del juego
- ★ Creatividad y verbalizaciones
- ★ Movimientos corporales
- ★ Integración y productos del juego
- ★ Características del juego apropiadas para su edad

Se consideran tres sesiones de juego diagnóstico sin pruebas psicológicas para construir un panorama de cómo se encuentra el niño en lo cognoscitivo, lenguaje, afectos, conducta, relaciones interpersonales, autonomía, etc. y con esto corroborar la necesidad terapéutica en el niño.

## CONFORMACION DEL EXPEDIENTE TERAPEUTICO

Una vez corroborado la necesidad terapéutica de la niña o niño víctima de maltrato se procede a conformar su expediente terapéutico. Es importante conocer los antecedentes de cada niño o niña que nos permita ubicar dentro de un contexto a este infante y dar la pauta para la conformación de un propio expediente; para ello en cada centro se cuenta con un expediente integrado con la información más relevante del menor (antecedentes y situación familiar, nivel socioeconómico, información de salud y alimentación, aspectos pedagógicos y de formación, etc. ).

El expediente terapéutico se pretende conformar con la historia clínica del menor (ANEXO 3 ), a través de los datos e información que se obtengan de la entrevista inicial con las madres y padres de familia y con el niño o niña. Así también es importante reconocer que al encontrarse en un centro de desarrollo infantil las maestras son parte importante para la obtención de información, por lo que se considera que en algunos casos esta parte docente también pueda ser entrevistada, todo dependerá de las posibilidades existentes.

Así también se considera necesario aplicar evaluaciones psicológicas que den mayor información sobre el estado psicológico y anímico del niño, de sus sentimientos, emociones y afectos, de sus relaciones familiares y amistosas, de la percepción de sí mismo y de su entorno, de su desarrollo cognitivo y sus competencias.

Posteriormente este expediente también incluirá los registros de observación personal de las terapeutas ( ANEXO 4 ), en donde se incluyan diferentes criterios de observación en cuanto a la dinamita grupal e individual. Estos formatos serán llenados al término de cada sesión.

Así también se incluirá los autoregistros que es una forma de autoevaluación en la que los participantes en cada sesión realizaran un dibujo libre con la consigna de expresar como se sienten al terminar la sesión.

## EVALUACION PSICOLOGICA

Para el logro de este fin se propone la aplicación de tres tests proyectivos, con los cuales se considera abarcar la personalidad del niño, su desarrollo psicológico y su entorno próximo.

Cuando se trabaja con niños es de suma importancia evaluar su percepción visomotora, debido a que esta función interviene de manera sustancial en todo el proceso de aprendizaje. Al evaluar la percepción visomotora se puede conocer el nivel de madurez neurológica del niño, así como detectar si existe alguna alteración a nivel cerebral; debido a que la percepción y la coordinación motora dependen en gran medida de la maduración y de las condiciones en que se encuentra el cerebro. Por consiguiente si se evalúa esta función, podrá determinarse si existe un retraso en la maduración del sistema nervioso central, o

bien, si presenta una lesión neurológica que afecte la construcción visoespacial (Esquivel, Heredia y Lucio. 1999) .

Con la ejecución de *LA PRUEBA GESTALTICA VISOMOTORA DE LAURETTA BENDER* , pueden evaluarse funciones de inteligencia, percepción visual, habilidades motoras, memoria, atención, funcionamiento neurológico y aspectos introyectados como uso y abuso de recursos, control de impulsos, limpieza, orden, exactitud y organización. La calificación de tal prueba se realizara a través de la escala de maduración de Koppitz ( ANEXO 5 ).

Por otra parte, en la actualidad se usa con frecuencia el dibujo del niño como instrumento para medir la inteligencia, quizás el que hoy tiene mayor difusión es el test del Dibujo de la Figura Humana de Goodenough, que basándose en la universalidad del tema de la figura humana y en la existencia de unas fases evolutivas por las que pasan todos los niños al dibujarla, permite a partir del dibujo de un hombre, medir la inteligencia del dibujante y da como resultado un cociente de inteligencia.

De aparición más reciente es el *DFH DE MÜSTENBERG KOPPITZ* que aunque basado en el Goodenough lo mejora notablemente al integrar la afectividad. Se compone de una lista de 30 ítems evolutivos, que están en relación con la edad y la maduración y una parte afectiva a través de los indicadores emocionales, es por ello que se considera como una excelente opción para este trabajo ( ANEXO 6 ).

A través de la creación gráfica, el sujeto expresa sus sentimientos. Al dibujar la figura humana se expresa la imagen corporal, es decir, la concepción interna del que el individuo tiene de su propio cuerpo y de sus funciones en un mundo social y físico. Como dice Machover la forma en que está dibujada la persona no depende solo del grado de inteligencia o de la aptitud artística, sino que en ella influyen factores afectivos y el equilibrio de la personalidad total ( Salvador, A. 2001 ).

Si las relaciones afectivas del niño con los otros seres humanos, sobre todo con aquellos que componen su círculo familiar y de los que depende estrechamente , le devuelven una imagen de si mismo amada y comprendida, el niño sabrá ver sus aspectos positivos y negativos dando como resultado figuras humanas completas y armoniosas. Al contrario cuando estas relaciones son poco satisfactorias por falta de amor y comprensión, la imagen corporal que proyecta en sus dibujos es desorganizada, valorizada y hasta monstruosa.

Por ultimo, *LA PRUEBA KINETICA DEL DIBUJO DE LA FAMILIA* de Burns y Kaufman ( 1972 ) tienen un gran valor diagnóstico, con ella se puede conocer las dificultades de adaptación al medio familiar, los conflictos edipicos y de rivalidad fraterna. Además de los aspectos emocionales refleja el desarrollo intelectual del niño ( cit. en Esquivel, Heredia y Lucio. 1999 ).

Hay que enfatizar que la prueba kinética de la familia se utiliza más para evaluar aspectos emocionales en el niño, las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en este sistema, los medios de comunicación que existen y sobretodo la dinámica familiar. Al realizarla el niño muestra como el concibe su propia familia aunque esta no sea la realidad, lo que importa es su propia representación.

#### **ENTREVISTA INICIAL CON MADRES Y PADRES DE FAMILIA MALTRATADORES.**

La entrevista es uno de los instrumentos esenciales para el psicólogo, se hace con la finalidad de comprender al individuo. En esta propuesta de atención se visualiza el uso de la entrevista abierta, en donde se le permita a los padres de familia exponer sus sentimientos, orientándoles acerca de las inquietudes que manifiestan en cuanto a la relación con sus hijos y su formación, así también es importante recordar que al mismo tiempo se encuentran en un proceso de orientación a través de los talleres del Programa de Prevención del Maltrato.

Por lo tanto la finalidad de la entrevista con madres y padres de familia radica en conocer más de cerca la situación familiar, personal y las intenciones de cambio que existen en ellos. Así mismo se les informa del proceso terapéutico en el cual se incluirá a su hijo o hija y la importancia de su apoyo efectivo durante éste, para obtener buenos resultados en ellos. Y de manera lateral obtener datos para la historia clínica del niño que se incluya en el expediente terapéutico tales como puede ser:

- Datos de identificación del niño
- Antecedentes personales de desarrollo del niño
- Antecedentes heredofamiliares
- Dinámica familiar
- Descripción de la conducta actual

#### **ENTREVISTA INICIAL CON LA NIÑA O NIÑO VICTIMA DE MALTRATO QUE PARTICIPARA EN EL GRUPO TERAPEUTICO.**

La finalidad de esta entrevista inicial ( ANEXO 7 ), es conocer al niño desde su propia perspectiva, es decir, como se percibe a si mismo, su situación actual y el problema que vive. Así como identificar situaciones que sean causa de molestia o sufrimiento, para ello se diseño una guía, que comprende los aspectos esenciales que se deben abordar con el niño, antes de iniciar el grupo terapéutico.

Principalmente se busca informar al niño sobre el grupo terapéutico que se conformara en su centro y con compañeros del mismo; e invitarle a participar en este y conocer las expectativas que podría tener al participar en el grupo.

También es importante, una vez que el niño ha aceptado la participación en el grupo terapéutico, comentarle la normatividad que regulará la actividad y la intervención dentro del cuarto de juguetes.

### PRIMERA SESION DEL GRUPO TERAPEUTICO

En esta sesión resulta importante que los integrantes se reconozcan, así como a las terapeutas, expresen sus inquietudes, deseos, dudas e ideas que existen acerca del grupo y la actividad que ahí se realizará. Es necesario que por parte de las terapeutas transmitan al grupo la certeza de que individualmente serán respetados, aceptados y garantizar que pueden expresarse y ser ellos mismos.

Aunque la libertad de expresión es fundamental durante las sesiones es el momento oportuno para realizar el encuadre de las siguientes sesiones, vale preponderar que la expresión de sentimientos es aceptada, lo que no es valido expresarlos directamente en la acción ( agresiones físicas o verbales a compañeros o terapeutas). Con mucha frecuencia es en la primera sesión en donde se nivela el trabajo que el niño tiene que realizar y los aspectos para la manera en que lograra tal hecho.

Por parte del terapeuta es recomendable poner de manifiesto su disposición hacia el niño, hacia el grupo. Mostrar que seguirá cada acción sin cuestionarla, dejara que el grupo guíe la sesión, tan solo hará reflejos de emociones y sentimientos que permitan al participante hacerse consciente de lo que esta haciendo, de cómo se siente, etc. que tal vez no sean las más adecuadas, pero el mismo niño es quien debe ser el factor de cambio.

El cuarto de juegos es parte vital para el proceso terapéutico por lo que el reconocimiento de éste por parte de los pacientes, de su contenido, se plantea como una necesidad imperiosa.

Por ultimo, en esta primera sesión se propone que entre todos se disponga un nombre para grupo terapéutico como parte de esta identificación y con el cual se reconozcan como parte de él e identifiquen las acciones que dentro de él se llevan a cabo.

### *ETAPA 3 INTERVENCIÓN*

El periodo de intervención comprende 12 sesiones semanales, con una duración entre los 60 y 90 minutos. Las sesiones serán coordinadas por dos terapeutas quienes de forma independiente realizarán el registro de observación de cada sesión, que en reunión semanal analizarán e integrarán sus observaciones que propiciara la evaluación de los avances de cada integrante del grupo y de la dinámica grupal.

Las fases de la intervención con el grupo terapéutico son inicial, intermedia y final. En la fase inicial se pretende lograr la relación psicoterapéutica con el grupo, realizar el encuadre terapéutico, promover la integración grupal estableciendo una

adecuada cohesión y comunicación entre los participantes y favorecer un ambiente de confianza y seguridad para el niño.

Durante la fase intermedia básicamente se pretende ayudar a disminuir los niveles de ansiedad en el niño, reflexionar y hablar en grupo las problemáticas tanto individuales como grupales. También se intenta favorecer la identificación de sentimientos como reacciones naturales a diferentes situaciones, descubrir sentimientos suprimidos y formas de expresarlos. Por lo tanto que expresen sus pensamientos y fantasías en relación a las vivencias que han tenido.

Parte esencial de ésta fase de intervención es favorecer la mejora de la autoestima en el niño, su autoconcepto, que incremente su confianza natural, disminuyendo sentimientos de desamparo e impotencia, reconociendo sus habilidades, competencias, actitudes y sentimientos que lo hacen un ser único.

La fase final incluye el cierre de la psicoterapia grupal, favoreciendo que identifiquen y expresen lo que sienten y piensan, en este caso es importante valorar la autoconfianza que el niño se tiene, si exhibe una disminución en las conductas problemas. Durante esta fase se recomienda hacer evaluaciones en cinco pautas principales:

1. Temor al ataque físico y abandono, muestra defensas contra la agresión, desconfianza y problemas en el control de impulsos.
2. Actitud ante el fracaso para cumplir expectativas de los padres.
3. Dificultad para lograr autonomía y separación.
4. Ansiedad de separación y la ambivalencia sobre el apego de los cuidadores adultos.
5. Las percepciones del progreso del niño por quien se encuentra más cercano y tiene mayor contacto con él y que en estas situaciones comparten la vivencia.

Algunas estrategias que pueden utilizarse para la finalización del proceso terapéutico son las siguientes:

- Preguntar al niño como se siente y sugerirle que va bien, que va creciendo, comentarle que los niños no siempre asisten al cuarto de juegos y que su persona ha crecido.
- Los recordatorios tangibles (regalos ), para algunos terapeutas son considerados como positivos y terapéuticos. También se recomienda proporcionarles algún dato o forma, donde ellos puedan hacer contacto con las terapeutas en el momento que lo necesiten.
- En la sesión final si el niño no comenta específicamente el hecho, es necesario que las terapeutas tomen la iniciativa, es importante dar lugar al enojo, tristeza, pérdida, etc.

## ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN.

Las sesiones se contemplan con un inicio, desarrollo y cierre. El inicio de la sesión se basa en realizar una breve bienvenida con todos los participantes, realizando cada uno un breve comentario de cómo se encuentra.

En este momento también se llevara a cabo un recuento de las sesiones anteriores, para ello se contara con la ayuda de un cartel con el nombre del grupo terapéutico y dividido en el numero de sesiones. En cada celda los pequeños colocarán un recorte que muestre la actividad que realizo en esa sesión. Esto tiene la finalidad de mantener presente los temas y sentimientos que ha abordado al realizar una determinada actividad en la sesión previa.

Posteriormente, se continúa con el tiempo para jugar, en donde el grupo realiza libremente la actividad. El grupo se modela dependiendo de las fantasías. Ideas, temores, etc. que cada participante proyecta hacia el, internalizando lo plasmado en el interjuego de sus propias fantasías con las de los demás miembros.

Por último, el cierre de la sesión consiste en tener un tiempo para pensar y compartir. Nuevamente en asamblea los participantes tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos de manera verbal, qué hicieron, qué les gusto, qué no les gusto, etc. y posteriormente plasmarlo en un dibujo libre con la finalidad de ser regalado a las terapeutas e integrarlo a su expediente terapéutico personal.

A través de los dibujos podrá expresar sentimientos y deseos que no se atreve a sacar por otros medios pues traerían por respuesta la censura, el castigo y los sentimientos de culpa. Más aun expresara conflictos que ni siquiera son conscientes, pues están cargados de dolor y angustia. Los padres podrán ayudarle a elaborar y resolver sus conflictos si conocen y comprenden sus sentimientos, problemas y dudas.

El dibujo libre puede ser motor del equilibrio emocional, de la salud mental, pues al permitir al individuo expresar sus sentimientos mas conflictivos de manera socialmente aceptada, le descarga de tensiones, le relaja. En segundo lugar, estimula el tipo de comunicación interpersonal, profunda y enriquecedora. Por ultimo en lo que llamamos su valor terapéutico por excelencia, aunque los anteriores también lo son, el dibujo libre es un vehículo inmejorable para elaborar los conflictos emocionales y buscarles solución.

A pesar de que recoger los materiales es parte del encuadre que se manifiesta al grupo, aquí se menciona porque es preciso identificar que con esta actividad es una forma de enseñar hábitos y a la vez se les permite de manera simbólica reparar y estructurar.



Terminada la sesión las terapeutas proceden al llenado del reporte de observación de la sesión individual y grupal. Estas observaciones se pretenden giren entorno a los siguientes puntos:

1. El análisis del terapeuta acerca del proceso y contenido de las sesiones de juego, en particular de las resoluciones o dificultades de los principales temas del juego.
2. La energía que pone al niño en las sesiones y la interrelación con su grupo, la calidad de las defensas y de sus habilidades de solución.
3. La dinámica grupal, la comprensión del terapeuta de juego acerca del progreso de cada niño a través de las etapas terapéuticas y la naturaleza de la relación del niño con su entorno.

Se considera que con la descripción anterior de la estructura de las sesiones se trabaja conforme a la técnica de la terapia de juego con un enfoque centrado en el niño, en donde a este último se le permite la dirección de cada sesión, el abordaje de los temas que él permita y la conclusión de los mismos, sin embargo, se presenta a continuación una breve descripción y diseño de lo que se pretende trabajar en cada una de las fases de la etapa de intervención, solo como una herramienta didáctica para el terapeuta, que le permita en algún momento dado dar dirección a las acciones de los participantes y generar más dinamismo en la sesión.

#### FASE INICIAL

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
RECONOCIMIENTO GRUPAL E INTERPERSONAL DE LOS PARTICIPANTES.	Establecer rapport con el grupo terapéutico. Identificar a cada uno de los integrantes del grupo, Reconocimiento entre ellos mismos y del espacio que compartirán	* Presentación personal de los integrantes * Exposición de las normas que rigen el cuarto de juegos. * Recorrido por el centro para ubicar los lugares que se utilizarán durante el proceso. * Asamblea de bienvenida y comunicación grupal * Juego libre * Observación de la dinámica grupal e individual * Acompañamiento * Señalamientos * Facilitación para la resolución de conflictos en las sesiones	Tapetes o cojines Gafetes Lápices de colores Hojas blancas Cartulinas Caja de juguetes Laminas con las normas grupales y del cuarto de juegos.	4 horas. ( 2 sesiones )

## FASE INTERMEDIA

TEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
DIFERENCIACIÓN DEL MALTRATO Y EL BUEN TRATO.	Que el niño: Conozca las acciones del maltrato.	* Asamblea de bienvenida y comunicación grupal.	Tapetes o cojines.	14 horas
RECONOCIMIENTO Y EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES.	Expresa sus sentimientos y emociones.	* Juego dirigido por el niño.	Gafetes de lápices de colores	( 7 sesiones )
MANIFESTACIÓN DEL CONFLICTO.	Distinga sus habilidades y aptitudes.	* Observación de alianzas	Cartulinas	
AUTOCONCEPTO Y VALIA PERSONAL.	Se reconozca como un ser único, especial y valioso.	* Observación de las emociones y sentimientos expresados por los niños	Revistas	
CONFIANZA EN SÍ MISMO	Identifique sus capacidades y limitaciones.	* Acompañamiento en la expresión de conflictos individuales	Resistol	
LA AUTORREALIZACIÓN A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE SUS POTENCIALIDADES.	Distinga las posibilidades de ayuda con las que cuenta.	* Acompañamiento en la expresión de emociones y sentimientos.	Tijeras	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Aprenda nuevas formas de comunicación efectiva	* Dibujo libre	Caja de juguetes	
			Caras de cartón	

## FASE FINAL

TEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
CIERRE DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO	Que el niño: Identifique los aprendizajes que obtuvo	* Asamblea de bienvenida y comunicación grupal	Tapetes o cojines.	5 horas
IDENTIFICACIÓN DE APRENDIZAJES	Reconocimiento propio en cuanto a sus sentimientos, emociones, gustos, deseos, necesidades, fantasías, habilidades, potencialidades, etc.	* Juego libre	Gafetes de lápices de colores	( 3 sesiones )
DESCUBRIMIENTO DE MI SER		* Elaboración de dibujos libres relacionados con el tema de la terminación de las sesiones.	Cartulinas	
		* Despedida formal de los integrantes del grupo terapéutico.	Revistas	
			Resistol	
			Tijeras	
			Caja de juguetes	

## *ETAPA 4 EVALUACIÓN FINAL Y SEGUIMIENTO*

Esta etapa comprende el recuento de cada sesión, para ello el reporte de observación de cada terapeuta es parte significativa para elaborar un reporte final, en donde se conjunte con la información que proporcione cada niño ( con su dibujo libre ) y con la dinámica grupal que prevaleció y la aportación de cada participante.

Se sugiere realizar una entrevista de devolución de los resultados del proceso de la terapia, en reunión con los padres se conversa acerca de los avances y resultados que se perciben en el niño.

La asistencia al centro infantil por parte de las terapeutas se considera realizarlo a un mes, tres y seis meses, para platicar con ellos, verificar su situación y corroborarlo con sus maestras. Solamente para aquellos niños en quienes no se determine ampliamente una mejoría con su desenvolvimiento terapéutico, se considera invitar a continuar con el proceso de terapia de manera individual. En platica con sus padres se le informara de esta posibilidad, los beneficios de continuar así como indicarle algunas instituciones de salud mental que sean opción para su atención.

## CONCLUSIONES

Se debe considerar que el maltrato infantil ha ocurrido desde los albores de la humanidad, aunque las facetas que ha tenido desde entonces no son las actuales.

El fenómeno es universal y por lo tanto puede observarse en cualquier momento y lugar del mundo sin que importen ideales políticos, religiosos, morales, sociales ni económicos, entre otros. No todos los pueblos estudian y aceptan esta problemática que constituye una realidad actual que requiere de toda la capacidad adulta para combatirla y erradicarla.

Las definiciones de maltrato infantil son tan diversas como el número de autores que abordan el tema y en su mayoría la referencia conceptual es clara; es común hablar de castigos físicos o maltrato corporal pero poco se habla del abandono, la negligencia y del abuso sexual. En general puede decirse que es todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño.

Cualquier tipo de maltrato es amenazante para el infante. El daño grave y devastador que causa ésta situación en el niño, es perjudicial para su salud mental, el desarrollo de la personalidad, alterando seguramente las áreas afectiva, cognoscitiva, motriz y del lenguaje, provocándole una gran inseguridad, baja autoestima, autoconcepto distorsionado, malas relaciones interpersonales, ansiedad, etc.

Las lesiones emocionales así como las alteraciones que provoca en el menor, son motivo de múltiples síntomas, de limitaciones en su desarrollo psicosocial, de trastornos psicopatológicos y de un inadecuado comportamiento en general.

La Terapia de Juego es una técnica que permite descubrir y manejar el maltrato infantil, proporcionándoles a los pequeños la oportunidad de exponer sus sentimientos y emociones y posteriormente resolver sus trastornos emocionales o conflictos a través del juego. Se considera que ésta terapia es quizás la más completa y satisfactoria para aplicarla a este tipo de niños, ya que sin ayuda profesional ahora y en un futuro sus trastornos serán difíciles de superar.

La conveniencia de la Terapia de Juego radica en que el juego por si mismo es una oportunidad para el crecimiento físico, emocional, cognoscitivo y social, con frecuencia es placentero, espontáneo y creativo; puede ser utilizado como herramienta principal para corregir, reparar o prevenir desviaciones en su desarrollo psicosocial, así como proporcionar elementos terapéuticos para canalizar sus agresiones, expresar sentimientos y fantasías a través de la acción, aumentar su autoestima, mejorar sus relaciones con los demás y proporcionarles una visión más integrada de sí mismos, ofreciéndoles un espacio seguro y un ambiente adecuado

en donde existe la libertad de expresarse garantizando la aceptación y entendimiento de ellos mismos. Es muy importante que el sitio para la atención de estos pacientes ofrezca privacidad, tranquilidad y seguridad.

Diversas investigaciones refieren que el uso de la Terapia de Juego en niños víctimas de maltrato les permite mejorar su autoconcepto, autoconfianza, su funcionamiento cognoscitivo, afectivo, control de impulsos, relaciones objetales, conducta, niveles de ansiedad y depresión.

La Terapia de Juego con el enfoque Centrado en el Niño se considero la mejor opción para el trabajo con niños maltratados debido a que se basa en la hipótesis central de la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse, ya que se basa en la no - directividad y la confianza en que el niño busca aquello que necesita para su propio bienestar y desarrollo. Además se puede utilizar como una medida preventiva ya que los infantes son potencialmente el desarrollo de nuestra sociedad y en ellos existe la esperanza y el interés de que se conviertan en personas mejores utilizando de manera óptima su libertad, creatividad y responsabilidad.

Los niños maltratados son seres en pleno desarrollo, merecen la oportunidad de que se les escuche y se comprenda su mundo interno a través del juego, que es la mejor medida autocurativa y más natural que ofrece la infancia. Se intenta que con esta terapia los niños que ahora son sujetos pasivos del maltrato no se conviertan en un futuro en sujetos activos del maltrato.

El proceso de la Terapia de juego debe empezarse después de que el ambiente hogareño del niño se ha estabilizado lo suficiente para prevenir un nuevo maltrato o la negligencia continua. El niño a través del juego aprende lo que es su mundo y sus relaciones, tiene la oportunidad de ensayar y someter a prueba la realidad, explora emociones y roles; por lo que él en la terapia puede experimentar un mundo diferente, ausentarse de su realidad maltratadora.

Es necesario entender y aceptar que la atención integral del fenómeno de maltrato requiere de un esfuerzo de la sociedad como un todo, es decir, que todos los miembros que la conforman deben crear una conciencia y una cultura donde los niños merezcan ser respetados.

Por ello el DIF –DF en su objetivo primordial de construir mejores condiciones de vida para las niñas y niños en edad preescolar, favoreciendo su desarrollo integral, es como diseña nuevas intervenciones comunitarias en sus Centros Infantiles que permitan el logro del objetivo. En este caso se promueve el Programa de Prevención, Detección y Atención del Maltrato y Abuso Sexual Infantil en los CADI's

y CAIC's , colocando la atención en la Propuesta de Terapia de Juego Grupal con un enfoque centrado en el niño.

Esta propuesta se diseña específicamente para las niñas y niños víctimas de maltrato que asisten a los CADI's y/o CAIC's del DIF – DF, su implementación es la parte operativa por lo que su efectividad, las adecuaciones y los logros se pueden considerarse hasta ese momento, en el de su aplicación.

Esta propuesta de atención se ofrece como una acción oportuna, inmediata, eficaz, de calidad en donde los niños y niñas víctimas de maltrato pueden obtener una ayuda para evitar el avance de los daños provocado por su situación o proporcionar los elementos necesarios para resarcir los mismos.

Al utilizar como escenario de las sesiones terapéuticas en el mismo centro infantil se pretende garantizar la asistencia de los participantes, ya que en ocasiones la situación económica precaria en la que viven, prioriza otras circunstancias ( como la alimentación, el vestido, etc. ) antes que la atención psicológica. El desconocimiento por parte de los padres sobre los efectos nocivos del maltrato también es un elemento que entorpece las acciones de atención.

Con la intervención psicológica en el grupo de niños y niñas víctimas de maltrato y el acompañamiento del terapeuta, se pretende que a través del desarrollo del juego mismo, de cada participante dentro del grupo y con los materiales adecuados, se permita individualmente la expresión y reconocimiento de sus conflictos, vivencias, sentimientos, emociones, deseos, frustraciones, fantasías, necesidades, conductas problemáticas, etc.

Los anterior con la finalidad de que el niño se perciba como un ser único e irreplicable, con una historia de vida especial y que en este momento se encuentra como parte de un grupo en donde puede encontrarse a sí mismo y descubrir características propias que posiblemente desconoce. Por lo tanto se puede conformar o mejorar, en cada participante el concepto que tiene de sí mismo, sus potencialidades que pueden fortalecer sus desventajas o limitaciones, su confianza natural en él mismo y en los demás, permitiéndole una autorrealización a través del conocimiento de sí mismo y de su auto aceptación.

Así también, se pueden reducir los niveles de desamparo, de inferioridad, ansiedad, agresión y depresión que puede presentar el niño o niña víctima de maltrato, permitiendo establecer redes de ayuda y atención ( maestros, amigos, padres, abuelos, vecinos, etc, ) a través de una comunicación efectiva y de un buen conocimiento personal.

# ANEXO 1

## INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

### A) Tabla de Indicadores que manifiestan maltrato infantil\*

Indicadores	Abandono físico o negligencia	Maltrato físico	Maltrato emocional
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Suciedad y 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 debido a negligencia por parte del adulto.</li> <li>· Periodos prolongados sin supervisión del adulto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lesiones cutáneas (moretones, mordeduras, heridas, cortes, pinchazos, pellizcos, marcas de cable, marcas de cinturones o quemaduras).</li> <li>· Lesiones internas (dislocaciones, lesiones en glóbulos 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>· Retazo en el crecimiento</li> <li>· Enfermedades psicosomáticas</li> <li>· Accidentes frecuentes</li> </ul>
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>· El niño duerme en clase o esta 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>	<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 extrema</li> <li>· Se queja excesivamente o se mueve con incomodidad</li> <li>· Se siente rechazado y no apreciado</li> <li>· Baja autoestima</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 del sueño.</li> </ul>



## **B) Factores de riesgo a considerarse en las diferentes formas de maltrato infantil^**

<b>Maltrato físico</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres</li><li>2. Problemas de salud mental de alguno de los padres</li><li>3. Ausencia de uno de los padres en el hogar</li><li>4. Incapacidad para mantener una relación educativa adecuada</li><li>5. Historia parental de malos tratos</li><li>6. Falta de redes de apoyo</li></ol>

<b>Abandono o Negligencia</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Graves problemas de apoyo material en la familia</li><li>2. Problemas de violencia entre los progenitores</li><li>3. Alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres</li><li>4. Ausencia de uno de los padres en el hogar</li><li>5. Falta de redes de apoyo</li></ol>

<b>Abuso sexual</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alcoholismo o drogadicción de algunos de los padres</li><li>2. Conflictos en la relación de pareja</li><li>3. Progenitores con historia sexual o emocional traumático</li><li>4. Aislamiento social</li><li>5. Madre no protectora</li></ol>

<b>Maltrato psicológico</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Estilos educativos autoritarios</li><li>2. Progenitores que no dedican tiempo a sus hijos, hogar, etc. por parte de alguno de los padres.</li><li>3. Actitudes de devaluación o rechazo hacia la infancia</li><li>4. Problemas de salud mental de algunos de los padres</li></ol>

**\*Tomado del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el DF  
( Texto inédito)**

# ANEXO 2

**ENCUESTAS DE ENTRADA Y DE SALIDA**

## INVENTARIO DE PRACTICAS DISCIPLINARIAS

\*CHIQUNI Y. y AYALA H.

INSTRUCCIONES: SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA

1. ¿ Premia a su hijo cuando presenta conductas adecuadas?
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
2. ¿ Cuando da una instrucción a su hijo y éste le discute, usted se retira del lugar y no continúa con la instrucción?
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
3. ¿ Al negarle una petición a su hijo y éste le discute, usted cede a dicha petición?  
Nunca  
Casi nunca  
Algunas veces  
Casi siempre  
Siempre
4. ¿ Es usted consistente al aplicar sanciones cuando su hijo desobedece las reglas establecidas?
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
5. ¿ Cuando su hijo le pide un permiso, y usted no está de acuerdo; trata de buscar alguna otra alternativa que satisfaga a ambos?
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
6. ¿ Su pareja y usted actúan de la misma forma están de acuerdo en la manera de disciplinar a su hijo?
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
7. ¿ Proporciona sanciones a su hijo cuando éste le desobedece?
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
8. ¿ Utiliza el pegar como estrategia de disciplina?
  - a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre

9. ¿ Cuando existen diferencias entre su hijo y usted por su mala conducta, terminar peleados y dejar de hablarse por un tiempo?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
10. ¿ Cuando le llama la atención y castiga injustamente a su hijo, (este responde de manera desafiante)?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
11. ¿ Utiliza frases negativas o humillantes hacia su hijo para lograr su buena conducta?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
12. ¿ Para que de un permiso solicitado por su hijo, le pone condiciones que debe cumplir a cambio del permiso dado?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
13. ¿ Considera que las instrucciones que le da a su hijo, son suficientemente claras para que su hijo las entienda?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
14. ¿ Se preocupa por saber cuales son las inquietudes, necesidades y preocupaciones de su hijo (por ejemplo cual es su situación escolar )?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
15. ¿ Se preocupa por conocer a los amigos con los que se relaciona a su hijo y cuales son los lugares que frecuenta sin su supervisión directa?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
16. ¿ Dedicar parte de su tiempo para resolverle dudas y ayudar en sus tareas escolares a su hijo?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre

17. ¿ Dedicar parte de su tiempo para compartir algunas actividades con su hijo como lo son el juego, recreación y conversación?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
18. ¿ Siente que no logra que su hijo entienda las razones por las cuales se le está sancionando, aunque le dé explicaciones al respecto?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
19. ¿ Siente que muchas veces no corresponde el castigo elegido por usted, con la severidad de la infracción?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
20. ¿ Utiliza únicamente una estrategia para disciplinar y resolver la mala conducta del niño?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
21. ¿ Toma en cuenta todos los posibles factores causantes de la mala conducta del niño para entender y lograr la modificación de esa conducta?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre
22. ¿ Trata de tranquilizarse y controlar su enojo cuando le llama la atención a su hijo?
- a) Nunca
  - b) Casi nunca
  - c) Algunas veces
  - d) Casi siempre
  - e) Siempre



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

# DIF-DF

SECRETARÍA DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA FAMILIA  
DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DE ASISTENCIA FAMILIAR  
SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LOS TERAPEUTAS

## CONSULTA DE ENTRADA

1. ¿Cómo te tratan en tu casa?



Juegan contigo	Te dicen groserías	Te hacen caso
Te pegan	Platican contigo	Te gritan

*Elaborado por  
Pedga. Josefina Hernández Rivera*

Elaborado por Pedga. Josefina Hernández Rivera



2.- ¿Cómo te tratan en la escuela?



Te hacen caso	Te gritan	Juegan contigo
Te castigan	Platican contigo	Te pegan

Elaborado por  
Dra. Lucía Hernández Rivera



### 3.- ¿Cómo te sientes cuando alguien te pega o te grita?



Triste



Enojado



No Sabes  
que Hacer



Con Miedo



Con Sueño

### 4.- ¿Quién te trata mal?



Papá



Mamá



Abuelo



Abuela



Hermano



Hermana



Compañero



Compañera

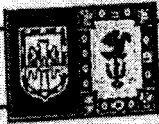


Maestra

Otro

*Elaboración por:  
Alfonso Sánchez*





GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

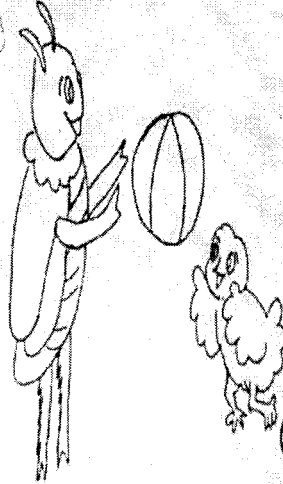
# DIF-DF

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ASISTENCIA SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

5.- ¿Alguien ha tocado tu cuerpo a escondidas?



Si



No

¿Quién?

---

---

*Elab. por...*

# ANEXO 3

**HISTORIA CLINICA**

**DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR ( Padre, madre, hermanos, relaciones familiares, casa, con quienes convive, etc.):**

**HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL ( embarazo, enfermedades, duración, parto, nacimiento, etc.):**

**HISTORIA DEL DESARROLLO ( alimentación, sueño, control de esfínteres, psicomotricidad, etc.):**

**HISTORIA ESCOLAR (separación, actitudes, aprovechamiento, etc.):**

**DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ( gustos, actitudes, aptitudes, relaciones interpersonales, emociones, sentimientos, actividades, tiempo libre, disciplina, aprendizajes, etc. ):**

# ANEXO 4

## REGISTRO DE OBSERVACIÓN

## REGISTRO DE OBSERVACIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_

SESIÓN No.: \_\_\_\_\_

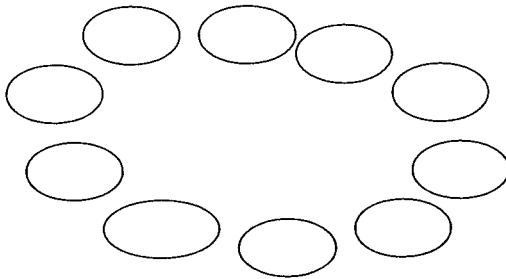
TERAPEUTAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PARTICIPANTES: 1.- \_\_\_\_\_  
2.- \_\_\_\_\_  
3.- \_\_\_\_\_  
4.- \_\_\_\_\_  
5.- \_\_\_\_\_  
6.- \_\_\_\_\_  
7.- \_\_\_\_\_  
8.- \_\_\_\_\_  
9.- \_\_\_\_\_  
10.- \_\_\_\_\_

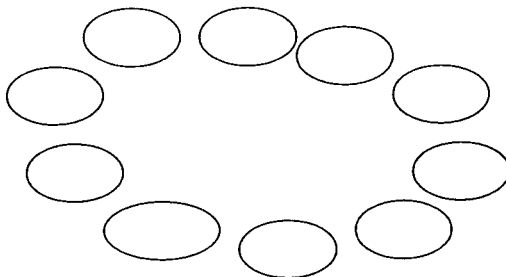
OBJETIVOS DE LA SESIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1 ANALISIS GRUPAL

Inicio de la sesión



Final de la sesión



**Técnicas utilizadas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Resumen de la sesión :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Temáticas centrales :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dinámicas propiamente grupales ( ataques dirigidos al terapeuta, subagrupamientos, cohesión grupal, roles de los pacientes )** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dinámicas propiamente psicoterapéuticas ( resistencia, transferencia, contratransferencia, defensa, catarsis, insight) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# ANEXO 5

**LA ESCALA DE MADURACIÓN DE KOPPITZ PARA  
LA PRUEBA GESTALTICA VISOMOTORA DE BENDER**



**ESCALA PARA OBTENER EL GRADO DE MADURACIÓN SEGÚN E. KOPPITZ**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Grado escolar: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Puntuación cruda: \_\_\_\_\_ Nivel de maduración: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**FIGURA A**

- 1a Distorsión de la forma \_\_\_\_\_
- 1b Desproporción \_\_\_\_\_
- 2 Rotación \_\_\_\_\_
- 3 Integración \_\_\_\_\_

**FIGURA 1**

- 4 Círculos con puntos \_\_\_\_\_
- 5 Rotación " \_\_\_\_\_
- 6 Perseverancia & \_\_\_\_\_

**FIGURA 2**

- 7 Rotación \_\_\_\_\_
- 8 Integración ¿ \_\_\_\_\_
- 9 Perseverancia & \_\_\_\_\_

**FIGURA 3**

- 10 Círculos por puntos \_\_\_\_\_
- 11 Rotación & \_\_\_\_\_
- 12 a Integración \_\_\_\_\_
- 12 b Línea continua" \_\_\_\_\_

**FIGURA 4**

- 13 Rotación " \_\_\_\_\_
- 14 Integración \_\_\_\_\_

- " Altamente significativa DN
- ¿ Altamente significativa DN 6 años
- & Altamente significativa DN 7 años
- ° Significativo de 5 a 7 años
- ! Significativo de 8 a 10 años

**FIGURA 5**

- 15 Círculos \_\_\_\_\_
- 16 Rotación \_\_\_\_\_
- 17 a Desintegración de la forma \_\_\_\_\_
- 17 b Línea continua" \_\_\_\_\_

**FIGURA 6**

- 18 a Curvas sustituidas por ángulos \_\_\_\_\_
- 18 b Ninguna curva " \_\_\_\_\_
- 19 Integración \_\_\_\_\_
- 20 Perseveración & \_\_\_\_\_

**FIGURA 7**

- 21 A Desproporción \_\_\_\_\_
- 21 b Distorsión de la forma \_\_\_\_\_
- 22 Rotación \_\_\_\_\_
- 23 Integración \_\_\_\_\_

**FIGURA 8**

- 24 Distorsión \_\_\_\_\_
- 25 Rotación " \_\_\_\_\_

**INDICADORES EMOCIONALES**

- Orden confuso ! \_\_\_\_\_
- Línea ondulada \_\_\_\_\_
- Círculos sustituidos por rayas \_\_\_\_\_
- Aumento proa. De tamaño \_\_\_\_\_
- Gran tamaño \_\_\_\_\_
- Tamaño pequeño ! \_\_\_\_\_
- Segunda tentativa ! \_\_\_\_\_
- Expansión ° \_\_\_\_\_
- Línea fina \_\_\_\_\_
- Repaso del dibujo \_\_\_\_\_

# ANEXO 6

**INDICADORES DEL DESARROLLO EN EL  
DFH DE KOPPITZ**

**INDICADORES ESPERADOS**

Cabeza

Ojos

Nariz

Boca

Cuerpo

Piernas

**Indicadores excepcionales**

- Pupilas
- Piel dos dimensiones
- 5 dedos
- Brazos unidos a hombros
- Proporción
- Fosas nasales
- Perfil
- Codos
- 2 labios
- Rodillas

**ROPA**

- 0 – 1 prenda de vestir      Esperado
- 2 – 4 prendas de vestir      Excepcional

**INDICADORES ESPERADOS**

- Cabeza
- Ojos
- Nariz
- Boca
- Cuerpo
- Piernas
- Brazos

**INDICADORES EXCEPCIONALES**

- Pies dos dimensiones
- Proporción
- Fosas nasales
- 2 labios
- Codos
- Perfil
- Brazos unidos a hombros
- Rodillas

**ROPA**

- |                         |             |
|-------------------------|-------------|
| 0 – 1 prenda de vestir  | Común       |
| 2 – 3 prendas de vestir | Frecuente   |
| 4 prendas de vestir     | Excepcional |

## **INDICADORES EMOCIONALES COMO SIGNOS CUALITATIVOS.**

1. Integración pobre de las partes.
2. Sombreado de la cara.
3. Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos.
4. Sombreado de las manos, cuello o ambos.
5. Asimetría marcada de las extremidades
6. Figuras inclinadas
7. Figura pequeña
8. Figura grande
9. Trasparencias

### **DETALLES ESPECIALES**

10. Cabeza pequeña
11. Ojos bizcos o desviados
12. Dientes
13. Brazos cortos
14. Brazos largos
15. Brazos pegados al cuerpo
16. Manos grandes
17. Manos omitidas
18. Piernas juntas
19. Genitales
20. Monstruo o figura grotesca
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras
22. Nubes

### **OMISIONES**

23. Omisión de los ojos
24. Omisión de la nariz
25. Omisión de la boca
26. Omisión del cuerpo
27. Omisión de los brazos
28. Omisión de las piernas
29. Omisión de los pies
30. Omisión del cuello

# ANEXO 7

**GUIA PARA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL CON NIÑOS**

## GUIA PARA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL ( CON NIÑOS QUE INTEGRARAN EL GRUPO DE TERAPIA DE JUEGO )

### 1. *Establecimiento del rapport.*

Establecimiento de un sentimiento de mutua confianza y comprensión (pedirle su autorización para tomar nota de los aspectos más importantes ).

- Presentación de las terapeutas
- Platica informal sobre el niño. Hablar un poco sobre él y por qué cree que lo hemos llamado. Su familia, la constitución y dinámica ( relaciones entre sus miembros ), sentimientos hacia ellos

### 2. *Presentación del grupo y establecimiento de encuadre psicoterapéutico.*

Pedirle al niño que escuche con atención, para que primero conozca y luego decida si quiere o no participar en el grupo.

- Objetivo general: los niños que en él participen puedan conocerse más a sí mismos, hablen de aquellas cosas que les inquietan, de sus pensamientos, sentimientos y conductas, para que puedan sentirse mejor y más tranquilos.
- Cómo estará integrado el grupo. En el grupo van a participar 8 o 10 niños, compañeros de tu escuela, de la misma edad.
- Lugar y horario donde se realizarán las sesiones.
- Duración de cada sesión y del proceso terapéutico.
- Explicar el tipo de actividades que se realizarán en el grupo. La forma en que vamos a trabajar es por medio de JUEGOS Y ACTIVIDADES con diferentes materiales, PENSANDO Y HABLANDO sobre lo que le sucede a cada uno de los niños que estén en el grupo.
- Rol de las terapeutas y de los integrantes del grupo. Se le explicara brevemente al niño que las terapeutas estaremos a cargo del grupo, planearemos y coordinaremos las actividades que realicen en cuarto de juegos. Los niños participaran en todas las actividades que aquí se realicen, si así lo desean. Podrán proponer juegos y actividades.
- Confidencialidad. ' Todo lo que se diga dentro del grupo, incluyendo lo que se platica en la entrevista inicial es secreto y no se le dirá a nadie. Solo aquellas cosas que pongan en peligro a algún niño o a ellos mismos ( poner algunos ejemplos ).
- Mención y explicación de las reglas del trabajo en grupo. Estas reglas estarán escritas e ilustradas en unos carteles que se pegaran a la entrada del cuarto de juegos, mismos que permanecerán en ese lugar durante todas las sesiones, como una forma de recordatorio
  - \* Cuidarse a si mismos ( buscar seguridad física y emocional, prevenir situaciones que puedan ser peligrosas para ellos, etc. )
  - \* Cuidar a los demás ( evitar responder a las provocaciones de otros, tratar de arreglar los problemas hablando y no se puede solicitar la ayuda de las terapeutas )

- \* Cuidar el lugar y los materiales ( Dejar en buen estado el lugar y los materiales, si se utiliza algo recogerlo y cuidarlo, solo utilizar el material que va a necesitar o con el que se esta trabajando y utilizarlo en el momento que se haya designado para ello.
- \* Participar ( hablar acerca de sus inquietudes, así como participar en actividades y juegos que se realicen. ‘ En el grupo puedes decir y expresar todos tus pensamientos y emociones aunque estos sean agresivos, pero no se puede permitir que rompas cosas, que dañes a algún compañero, al terapeuta o a ti mismo. Avisar antes de ir al baño o si quiere salir.

3. *Aceptación voluntaria de ingreso al grupo*

- Hacerle la invitación al grupo y darle la opción de participar o no.
- Informarle que después en caso de desearlo se puede salir del grupo, él tendrá que hacérselo saber al grupo.

4. *Investigar sobre los temas de interés, inquietudes y expectativas*

- Los que le gustaría que se trabajará en el grupo
- Las actividades que sugiere
- Los temas que le gustaría que se abordarán

5. *Identificación de problemáticas que le gustaria trabajar* ( a través de algún dibujo pedirle que nos exprese que le gustaría cambiar de su vida.

6. *Cierre.* Se le recordar la fecha de inicio de las sesiones y el horario. Despedida.



## ENTREVISTA INICIAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Como le gustan que le llamen: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

En el centro infantil:

Cómo son sus relaciones con iguales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cómo es su relación con profesores, intendentos, cocinera, etc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presenta alguna conducta sobresaliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familia:

Constitución:

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dinámica familiar ( relación entre los miembros de la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sentimientos hacia los miembros de su familia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por qué cree que le hemos llamado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aspecto y actitud del niño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Queja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Concepto que el paciente tiene de si mismo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Concepto que el paciente tiene de otras personas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manera en que las terapeutas trataron al niño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manera en que el niño trato a las terapeutas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acepta ingresar al grupo                      SI (     )                      NO (     )

Actitud del niño frente al grupo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interese, inquietudes y expectativas ( lo que le gustaría trabajar, actividades y temas que sugiere )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ANEXO 8

**REMEMBRANZA SDIF - DF**

**MODELO CENTROS ASISTENCIALES DE DESARROLLO  
INFANTIL (CADI ) DEL DIF – DF**

**MODELO CENTROS ASISTENCIA INFANTIL  
COMUNITARIOS ( CAIC ) DEL DIF – DF**

## **Remembranza SDIF – DF**

El devenir de nuestra sociedad desde las remotas culturas hasta nuestros días manifiesta múltiples testimonios sobre el papel que ha desempeñado la acción asistencial en beneficio de los más necesitados, para muestra la historia del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia que a continuación se resume (DIF – SEP, 1997).

En 1929 Carmen García de Portes Gil funda la Asociación Nacional de Protección a la Infancia ' la gota de leche ', con lo que podría considerarse el origen formal del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. A partir de este evento se realizan más actividades y se fundan diversas instituciones que apoyen la asistencia social, como por ejemplo en 1933 se funda Casa Coyoacan para niños huérfanos.

No es sino hasta 1961 cuando se constituye en el Instituto Nacional de Protección a la Infancia ( INPI ), con servicios asistenciales principalmente los desayunos escolares; para 1968 se crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, que para 1975 se reestructura dando origen al IMPI ( Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia. En 1977 se unifican ambas instituciones y oficialmente nace el *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*, que se encuentra comprometido a dar respuestas acordes y oportunas para auspiciar y procurar la integración social del individuo y de las organizaciones sociales, a pesar de las adversidades.

Posteriormente en el año de 1987, el DIF Nacional asume únicamente la atención del DF y zona metropolitana, desde entonces, cada entidad federativa se hizo cargo de la operación y seguimiento de programas de manara independiente; diez años más tarde se separa esta forma de operación quedando estipulado la conformación del SNDIF ( quien organiza y norma el trabajo de todos los estados incluyendo el Distrito federal ) y del DIF-DF ( eje rector de la asistencia social solamente en el Distrito federal ).

*El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal DIF – DF*, forma parte del SN DIF; a través de los diversos programas que sustenta busca una sólida consolidación de esfuerzos en torno a la protección de la infancia, integración de la familia y atención a las comunidades en desventaja. Con ellos trata de contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población y cuyo objetivo primordial es el de proporcionar apoyo a las niñas y niños, sus familias así como a las comunidades de escasos recursos económicos donde estos pequeños se desenvuelven. Bajo este contexto se encuentra el modelo ahora denominado Centros de Asistencia Infantil Comunitarios CAIC y el modelo Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil, que se describirán más adelante.

El DIF – DF cuenta con una Dirección de Atención al Desarrollo Infantil ( DADI ), con la misión de mejorar las condiciones de calidad de vida de las niñas y niños, de sus familias y la comunidad en zonas marginadas y vulnerables, a través de servicios de carácter asistencial orientados a la prevención, atención, promoción y organización para la participación comunitaria, que se abocan a tratar problemáticas que actualmente enfrenta nuestra sociedad, como puede ser desintegración, violencia, marginación, discriminación, maltrato, discapacidad, drogadicción, etc.; por lo que se pretende que a través de crear nuevas acciones de intervención comunitaria se disminuyan los efectos nocivos de dichas situaciones.

En la organización operativa, administrativa y funcional de la DADI, es la SUBDIRECCIÓN DE CADI – CAIC, quien se encarga de la normatividad y operación de ambos modelos ( Modelo CADI y Modelo CAIC ) en el Distrito Federal, para ello se conforma un grupo de profesionales multidisciplinarios que diseñan e implementan nuevas acciones enfocadas al mejoramiento de la atención que se brinda en cada uno de los Centros, se formulan nuevas estrategias o se reinventan las ya existentes, con el fin de proporcionar una educación eficiente y de calidad al individuo que le permita desarrollarse creativamente y con confianza.

Con esta intención de prevenir y atender problemáticas más frecuentes en la población infantil que asiste a los CADI's y los CAIC's, es que se transforman los ejes rectores de la atención hacia las niñas y los niños. Considerando el ejercicio de los Derechos de las Niñas y los Niños como principal pilar de las acciones a implementarse en el Modelo CADI y el Modelo CAIC y la instrucción gubernamental de abordar el tema del Maltrato y Abuso Sexual Infantil se promueve la elaboración y diseño de acciones dirigidas hacia la prevención, detección y atención de las niñas y los niños que sufren esta realidad adversa para su óptimo desarrollo.

## **Modelo Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil ( CADI ) del DIF - DF**

La guarderías infantiles surgen oficialmente en el año de 1887, con la fundación de la 'Casa Amiga de la Obrera No. 1', como respuesta a la necesidad de dar atención a las hijas e hijos de madres que se incorporaban a la vida productiva del país.

En 1917 la Constitución Política contempló en su artículo 123 la obligatoriedad a los patrones de brindar el servicio de cuidado de los hijos de madres trabajadoras, concretando este proyecto hasta 1928 año en que se funda 'Casa Amiga de la Obrera No. 2'.

En 1937 la Secretaría de Salubridad y Asistencia funda 9 guarderías y supervisa sus instalaciones sanitarias. En 1963 el entonces Instituto Nacional de Protección a la Infancia ( INPI ) crea los Centros de Orientación Nutricional cuyo propósito inicial fue brindar a los infantes de escasos recursos económicos, apoyo alimentario y orientación nutricional a madres de familia. Dos años más tarde estos centros incorporaron acciones de integración, planificación familiar y atención educativa a nivel preescolar en Jardines Estancia ( en coordinación con la SEP ).

En el periodo de 1972 – 1976 surgen los Centros de Desarrollo de la Comunidad, en zonas con severas problemáticas familiares y comunitarias, donde se establece que estos centros ofrezcan entre otras acciones el servicio de guardería, denominándolos 'Centro de Desarrollo Infantil ( CDI )'.

Para el año 1983 al incorporarse los servicios de asistencia de la Secretaría de Salubridad al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia ( DIF ), son transferidas 20 Estancias Jardines Infantiles.

Ante la diversidad de características de las modalidades de atención en 1991 se ve la necesidad de reorientar el servicio asistencial que se brinda, surge el Modelo de Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil ( CADI ) que se implementa en el ciclo escolar 93 – 94.

El DIF – DF tiene entre otras responsabilidades, coordinar el Modelo de *Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil*, en los que se otorgan diversos servicios bajo un programa integral que contempla factores de salud, nutrición, educación y prevención de riesgos, con énfasis en la promoción de una nueva cultura entre la población sobre los Derechos del Niño, así como la incorporación a la educación de menores sanos, discapacitados, brindando a los niños calidad y calidez en los servicios y seguridad para su desarrollo.

Los CADI's son un modelo de atención integral, en los que se promueve el desarrollo infantil, a partir de la premisa de que éste debe tender hacia el equilibrio y la armonía en los aspectos físico, intelectual, emocional, afectivo y social. Por ello en los CADI's los niños encuentran calidez en el trato, respeto y libertad de actuar, de ser y la igualdad de oportunidades, así como el fomento de las actitudes necesarias para su incorporación a la vida.

Los CADI's son una acción de asistencia social, enfocada a proporcionar cuidado y protección a los menores a fin de favorecer el desarrollo de sus potencialidades desde los 45 días de nacido hasta los 5 años 11 meses de edad, mediante un proceso de construcción para la formación educativa – recreativa, que les permitirá explorar, conocer, conformar, transformar y ser agentes de su propio cambio, brindándoles la oportunidad de adquirir y reforzar hábitos de higiene, alimentación, seguridad y relación social, básicos para preservar su integridad y prevenir riesgos.

El programa atiende a una población vulnerable, la que se ve afectada por problemáticas sociales con repercusiones negativas en la interacción familiar y en el desarrollo y formación de las niñas y niños.

El objetivo general del Modelo es brindar atención integral a menores de 45 días de nacido a 5 años 11 meses de edad, hijos de madres trabajadoras de escasos recursos económicos, preferentemente carentes de prestaciones sociales y a familias que se encuentran en situación especial con la finalidad de favorecer el desarrollo del menor y una cultura de respeto pleno de sus derechos. Actualmente se cuenta con 52 centros ubicados en 13 delegaciones políticas.

### **Modelo Centros Asistencia Infantil Comunitarios ( CAIC ) del DIF – DF**

En 1974 el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia ( IMPI ) crea el Programa de Centros de Atención Preescolar al Aire Libre ( CAPAL ), que consistía en invitar a niños en edad preescolar en jardines públicos a realizar actividades recreativas y pedagógicas, esto es el antecedente de lo que hoy definimos como CAIC.

En 1978, consolidado el SNDIF, se redimensiona el programa CAPAL mostrando un enfoque hacia la salud, dicho programa se difunde y opera a nivel nacional con el nombre de Centros de Asistencia Preescolar Comunitarios (CAPC).

En el año de 1995 nuevamente el programa se reconceptualiza y se transforma de acuerdo a las nuevas políticas de la asistencia social, para darle un enfoque más integral, con énfasis en la acción preventiva y en la participación social, razón por la que se coordinan y articulan esfuerzos con la Dirección de Educación Inicial de la SEP, con la finalidad de actualizar y enriquecer la orientación y contenidos del Modelo que se denominó *Centros de Asistencia Infantil Comunitarios CAIC*, que se suscribe como una modalidad semiescolarizada de educación inicial.

El objetivo general del Modelo CAIC es promover el desarrollo integral de las niñas y los niños a través de acciones educativas y de carácter asistencial que permitan ampliar y consolidar su estructura biopsicosocial y sus relaciones con su entorno inmediato, el de sus familias y la comunidad, en el apoyo organizado y autogestivo de esta última.

Los CAIC's son espacios como casas – habitación habilitados para el trabajo diario con niñas y niños de 2 a 5 años 11 meses, en donde el Orientador Comunitario (que es personal voluntario lleva a cabo actividades educativas, recreativas, de cuidado de la salud y formación de hábitos y valores, de acuerdo con el plan de trabajo diseñado por el Sistema Nacional DIF quien para ello retoma el Programa de Educación Inicial. El programa conjuga elementos del Sistema de Asistencia Social del DIF, con el modelo de Educación Inicial ( con sus propósitos, contenidos, fundamentos, evaluación y calendarización de actividades) y el potencial de trabajo de la comunidad ( que es representado por la Orientadora Comunitaria ).

En el ciclo escolar pasado ( 2005 – 2006 ) se contaba con **100** CAIC's distribuidos en **14** delegaciones del Distrito Federal ubicadas en unidades territoriales de alta, media y baja marginalidad, brindando asistencia y atención a alrededor de **5000** niñas y niños.

## BIBLIOGRAFIA

Álvarez, F.R. (2006). Terapia de juego I y II. Tomado de la página electrónica de la Asociación de médicos de Ecuador: [www.medicoecuador.com](http://www.medicoecuador.com)

Anzieu A. , Anzieu – P C. y Daymas S. ( 2001 ) el juego en psicoterapia del niño. Madrid: Biblioteca nueva.

Arrubarrena, M.I. Y De Paul J..( 1994 ). Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Edit. Pirámide S.A.

ASOCIACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE PERSONAS VIOLADAS, A.C. (ADIVAC) ( 2006 ) Pagina electrónica: [www.laneta.apc.org/advac](http://www.laneta.apc.org/advac) consultada el 9 de Septiembre de 2006.

Axline V. ( 1975 ). Terapia de Juego. México: Diana.

Canton, J. ( 1997 ) Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención. Madrid: Siglo XXI

Casillas A. J. ( 1999 ) Historia de la terapia de juego centrada en el niño. Tesis de licenciatura inédita. UNAM, FES Iztacala, México.

Castillejo G. y Alba M. ( 1985 ) Compendio de psicoterapia. Compilación. México: Universidad de Guadalajara

Corchado, S., Loredó, A., Perea, A. Y Villa, A. ( 2004 ) El niño maltratado: obstáculos médico legales en el diagnóstico y asistencia integral. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 412 – 422.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (1997 ). Ediciones ALF

CLINICA DE ESPECIALIDADES PSICOLÓGICAS ( CEPASYCO ) pagina electrónica: [www.cepsyco.com](http://www.cepsyco.com).

Chávez, C. M. L.( 2002 ) Abuso sexual. Detección de indicadores emocionales en el test del DFH de Koppitz con fines terapéuticos. Tesis de licenciatura inédita. UNAM, México.

Díaz, C. E. ( 2002 ). La terapia de juego una alternativa de atención en niños preescolares con desajustes afectivo-sociales canalizados al CAPEP. Reporte laboral de licenciatura en Psicología inédita. UNAM, México.

Díaz, V. J. L. (1997 ) El juego y el juguete en el desarrollo del niño. México: Trillas.

Fernández G. D. ( 1995 ) terapia de juego: un medio de comunicación para las emociones de los niños víctimas de maltrato. Tesina de licenciatura en Psicología inédita. Universidad Iberoamericana. México.

El COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS DE CATALUÑA ( El COPC ) (2006 )  
Pagina electrónica: [www.copc.org/informacion/materiales/cincoc](http://www.copc.org/informacion/materiales/cincoc) consultada el 9 de Septiembre de 2006.

Esquivel F., Heredia C. y Lucio E. ( 1999 ). Psicodiagnóstico clínico del niño. México Manual Moderno.

Gadea L. ( 2000 ) Prueba de la Familia para detectar maltrato infantil en las escuelas. Tesis de licenciatura inédita. UNAM, México.

Gallardo, C. J. ( 1998 ). Malos tratos a los niños. Madrid: Nancea S.A. de Ediciones.

García J. O. ( 2006 ). Intervención psicológica a través de la terapia de juego. Tomado de la página electrónica de la Sociedad Mexicana de Pediatría: [www.socmexped.com](http://www.socmexped.com) consultada en Junio de 2006.

Glasserman M. R. y Sirlin M. E. ( 1974 ) psicoterapia de grupo en niños. Buenos Aires: Nueva edición.

Gómez N. S. y Reza S. M. ( 2005 ) Psicoterapia de juego dentro del ámbito escolar. Una forma para descubrir y manejar el maltrato infantil. Tesis de licenciatura en Psicología inédita. UNAM, México.

González, A. Y COLABORADORES ( 1993 ). El maltrato y abuso sexual a menores. Una aproximación a estos fenómenos en México. México.

Hothersall D. (1997) Historia de la psicología. México: Mc Graw – Hill, Inc.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA ESTADISTICA E INFORMATICA, INEGI (2006 ) Pagina electrónica: [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) consultada el 20 de Junio de 2006.



Jhonson J., Rasbury W. y Siegel L. ( 1995 ) Métodos de tratamiento infantil. Introducción a la teoría, investigación y practica. México: Limusa.

Jiménez M. M. y Roque V. A. ( 2003 ) Estudio piloto para la detección de maltrato infantil a través de indicadores depresivos en niños de 2º a 6º grado de educación primaria. Tesis de licenciatura en Psicología inédita. UNAM, México.

Jurado, R. B. ( 2001 ) Análisis comparativo de las principales teorías en la terapia de juego. Tesis de licenciatura en Psicología inédita. UNAM, México.

Lloy D. M. ( 1991 ) Historia de la infancia. Madrid: Alianza.

Loredó, A. A. (1994 ) El maltrato al menor. México, Mc Graw Hill.

Mann, E. y Mc Demott ( 1998 ). Terapia de juego para niños víctimas de maltrato y negligencia. En Ch. E. Schaefer y J. K. O' Connor ( 1997 ). Manual de Terapia de Juego. México: Manual Moderno.

Martínez, V. ( 2002 ) La Terapia de Juego como una técnica de tratamiento a víctimas de abuso sexual infantil. Tesina de licenciatura en Psicología inédita. UNAM, México.

Nana's Children Mental Health Foundation ( Fundación para la Salud Mental de Niños Carenciados ) ( 2006 ) pagina electrónica: [www.nanaschildren.org](http://www.nanaschildren.org)

Oaklander, V. ( 2004 ). Ventana a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos. \_9ª edición.

Paracuru, P. A. (2002) El juego y la resolución de conflictos a través del Macarthur Store Stem Battery: Estudio comparativo entre niños normales y con dificultades en el desarrollo de 4 a 6 años. Tesis de doctorado inédita. Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Rodríguez, G. F. ( 2006 ) La terapia de juego grupal sin juguetes, una propuesta de trabajo para los niños del CAPEP. Tomado de la página de la revista electrónica de educación y cultura de la sección 47 del SNTE: [www.latarea.com](http://www.latarea.com) consultado en Junio del 2006.

Ruiz G. V. ( 2004 ). Psicoterapia de juego grupal con niños ( 10 -11 años ) víctimas de maltrato. Reporte de experiencia profesional de Maestría en Psicoterapia infantil. UNAM: México.

Salvador, A. ( 2001 ). Conocer al niño a través del dibujo. México: alfaomega.

Sanz, D Y Molina A. (1999 ). Violencia y abuso en la familia. Argentina: Lumen Humanitas.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, SNDIF (2006 ) pagina electrónica: [www.dif.gob.mx](http://www.dif.gob.mx)

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA y SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA ( 1997 ) Programa CAIC. Centros de Asistencia Infantil Comunitarios.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL DF. (1999) Maltrato Infantil. Texto inédito.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL DISTRITO FEDERAL, DIF-DF (2006 ) pagina electrónica: [www.dif-df.gob.mx](http://www.dif-df.gob.mx)

Schaefer, CH. y O' Connor K. (1988 ) Manual de Terapia de Juego Vol. 1. México: Manual Moderno.

Schaefer, CH. y O' Connor, K. (1997 ) Manual de Terapia de Juego. Vol.2. México: Manual Moderno.

Trujado R., Gómez E. y Mercado I. ( 2004 ) Violencia intrafamiliar: las terapias narrativas y su aplicación en el maltrato infantil psicológico. Historia de caso. tomado de la Revista electrónica de psicología Iztacala. Vol. 7 No. 1 UNAM.

Thomas, N. D. ( 2006 ). El juego. Tomado de la página electrónica: [www.unam.mx/rompanfilas/33](http://www.unam.mx/rompanfilas/33) consultada en Junio de 2006.

Ulloa, M.T.( 2000 ) Manual de los Derechos de las Niñas y los Niños en el DF. México: Gobierno del DF.

West, J. ( 2000 ) Terapia de juego centrada en el niño. México: Manual moderno.