



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**“ESTRUCTURACIÓN DEL YO EN UN MENOR CON  
DEPRIVACIÓN EMOCIONAL”**

Reporte de Experiencia Profesional  
Que para optar por el grado de:

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**MARÍA MAGDALENA TRUJILLO VALLEJO**

**TUTORA PRINCIPAL: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ:**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ**

**MTRA. ROSARIO MUÑOZ CEBADA**

**MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO**

MÉXICO, D. F.

Marzo 2014



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.

## ÍNDICE

	Pág.
Resumen .....	5
Introducción.....	7

### PRIMERA PARTE CONTEXTUALIZACIÓN DE SALUD Y MALTRATO

Capítulo 1. Panorama de salud.....	10
1.1 La salud y enfermedad.....	10
1.2 Psicología de la salud.....	12
1.3 La Psicología de la salud en América Latina.....	14
1.4 Salud mental.....	15
1.5 La salud mental en los niños.....	17
Capítulo 2. Maltrato infantil.....	19
2.1 Maltrato infantil en la historia.....	19
2.2 Conceptualización.....	20
2.3 Tipos de malos tratos.....	21
2.4 Factores de riesgo o de vulnerabilidad para el maltrato infantil.....	25
2.5 Consecuencias del maltrato infantil.....	27
2.6 Panorama en México.....	29
2.7 Rehabilitación y prevención.....	31
2.8 Ética profesional en el trabajo con niños maltratados.....	33

### SEGUNDA PARTE REPORTE DE CASO

Introducción.....	35
1. Terapia infantil con juego.....	37
2. Enfoque integrativo.....	39
3. Deprivación emocional.....	42
4. Estructuración del Yo.....	44
Capítulo 1. Metodología.....	46
1.1 Planteamiento del problema.....	46
1.2 Objetivo General.....	46

1.3	Objetivos Específicos.....	46
1.4	Variables .....	47
1.4.1	Definición de variables.....	47
1.5	Tipo de estudio.....	48
1.6	Diseño de investigación.....	48
1.7	Escenario y materiales.....	48
1.8	Procedimiento .....	49
1.9	Análisis de los datos.....	54
1.9.1	Metodología Cuantitativa.....	54
1.9.2	Metodología Cualitativa .....	55
Capítulo 2. Resultados .....		57
2.1	Presentación del caso.....	57
2.1.1	Ficha de identificación .....	57
2.1.2	Motivo de ingreso a la institución.....	57
2.1.3	Descripción clínica .....	57
2.1.4	Familiograma .....	58
2.1.5	Antecedentes familiares .....	58
2.2	Resultados e interpretación de las pruebas de la evaluación .....	63
2.2.1	Área intelectual .....	63
2.2.2	Área perceptomotora .....	65
2.2.3	Área emocional.....	66
2.2.4	Áreas libres de conflicto .....	67
2.2.5	Mecanismos de defensa .....	68
2.2.6	Impresión diagnóstica.....	68
2.2.7	Pronóstico y tratamiento.....	68
2.2.8	Sugerencias terapéuticas.....	68
2.3	Resultados del análisis interpretativo de las sesiones de evaluación Pre test.....	69
2.3.1	Resultados del análisis cualitativo del juego diagnóstico .....	69
2.3.2	Resultados del análisis cuantitativo de la evaluación Pre test.....	73
2.4	Resultados del análisis cualitativo de las sesiones de intervención.....	78
2.4.1	Funciones cognitivas .....	79
2.4.2	Elementos emocionales .....	85
2.4.3	Elementos de integración social .....	96

2.5 Resultados de la fase de evaluación Post test y cierre del proceso .....	104
2.5.1 Resultados del análisis cuantitativo de la evaluación Post test.....	105
2.5.2 Resultados del análisis cualitativo del cierre del proceso.....	108
Capítulo 3. Discusión y conclusiones.....	111
3.1 Discusión.....	111
3.2 Conclusiones .....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS.....	124
Anexo 1. Test Gestáltico Visomotor de Bender (Pre test) .....	125
Anexo 2. Test Gestáltico Visomotor de Bender (Post test) .....	125
Anexo 3. Dibujo de la Figura Humana (DFH) (Pre test).....	126
Anexo 4. Dibujo de la Figura Humana (DFH) (Post test).....	126
APÉNDICE .....	127
Apéndice 1. Análisis cualitativo de la escala Weschler de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario (WPPSI).....	128
Apéndice 2. Calificación del Test Gestáltico Visomotor de Bender. ....	132
Apéndice 3. Calificación del Dibujo de la Figura Humana (DFH).....	134
Apéndice 4. Test de Apercepción Temática (CAT-A) Bellak.....	135
Apéndice 5. Evaluación del juego.....	145

## Resumen

La familia es el primer medio que brinda a los niños los elementos necesarios para promover en ellos un adecuado desarrollo físico, psíquico, emocional y social. Se destaca que los pequeños necesitan experimentar el afecto de sus padres, ya que de esa forma desarrollarán su autoestima y la seguridad básica para ser capaces de adquirir con el tiempo su autonomía personal (Franco, 1988). Sin embargo, existen familias donde los padres, aunque están presentes físicamente, son incapaces de satisfacer estas necesidades en sus hijos al no permitirles experimentar cantidades razonables de emociones placenteras y no brindarles la estimulación y el soporte cognitivo, emocional y social que requieren según las etapas de desarrollo, lo que origina síntomas físicos o psicológicos en ellos ante la ausencia de adultos que brinden el sostén emocional que requieren.

Tal es el caso de Rodrigo, un niño de 5 años 3 meses de edad, quien fue ingresado al Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJDF por haber presenciado el maltrato que su padre ejercía constantemente sobre su madre y tía, así como haber permanecido junto con su hermano y primos en una casa en condiciones insalubres y sin que se les permitiera salir al exterior, es decir, en condiciones de deprivación. El padre de Rodrigo no permitía que asistieran a la escuela o que vieran cubiertas las necesidades sociales que tienen los niños de su edad, de ahí que cuando ingresó a la institución mostrara problemas para realizar tareas que se esperaba llevara a cabo sin problemas, por ejemplo: presentaba miedo para las actividades de aseo, no se incorporaba con sus compañeros para jugar, era incapaz de manifestar sus necesidades y se mostraba angustiado, introvertido, desconfiado y poco cooperativo para realizar las actividades que se le pedían, ya que no quería trabajar y se le notaba muy disperso, los cuales según Rutter (1990) y González (2004) corresponden a síntomas que presentan los niños que han vivido maltrato y deprivación emocional.

Para el presente estudio de caso se utilizó un diseño pre test- post test, por lo que se realizó una evaluación de cada una de las áreas de funcionamiento del menor antes y después de la intervención terapéutica. Los resultados de la evaluación pre test permitieron observar que Rodrigo presentaba un desarrollo intelectual, perceptomotor, emocional y social inmaduro por la falta de estimulación de sus funciones cognitivas, de socialización y de lenguaje, además que los aspectos emocionales por la deprivación generaron que disminuyera su rendimiento en las otras áreas. Durante las sesiones de intervención a través del juego y empleando un enfoque integrativo, se trabajó con Rodrigo con el fin de facilitarle una adecuada identificación y expresión de sus emociones y necesidades, así como eficacia en el establecimiento de relaciones con los otros brindándole seguridad en las mismas. Al realizar la evaluación post test, Rodrigo presentaba un desarrollo emocional y psicológico inmaduro que no le permitía responder a las presiones del ambiente de forma adecuada, ya que tendía a comportarse como los demás deseaban con el fin de recibir satisfacción de sus necesidades y deseos. Sin embargo, respecto a la manera en que había llegado a la institución, el niño se mostraba participativo, cooperador, abierto al aprendizaje de nuevos conocimientos y dispuesto a relacionarse con los demás aunque con ciertas reservas. A partir de este estudio se obtuvo que fue posible tener un cambio en la estructuración Yoica en un menor que presentaba deprivación emocional mediante la intervención psicológica con enfoque integrativo.

Palabras clave: Deprivación, maltrato, psicoterapia infantil, enfoque integrativo, estructuración yoica.

## **Abstract**

The family is the first medium that gives the children the necessary elements to foster in them a proper physical, psychological, emotional and social development. It is noteworthy that the small need to experience the affection of his parents, because, in this way develop their self-esteem and basic security to be able to acquire with the time your personal autonomy (Franco, 1988). However, there are families where the parents, although they are physically present, they are unable to meet these needs in their children by not allowing them experience reasonable quantities of pleasant emotions and not to provide the stimulation and support the cognitive, emotional and social that require according to the stages of development, what causes physical or psychological symptoms in them in the absence of adults to provide the emotional support they require.

Such is the case of Rodrigo, a child of 5 years 3 months of age, who was admitted to the center of temporary stay for boys and girls of the PGJDF by having witnessed the abuse that his father was constantly on his mother and aunt, as well as having been together with his brother and cousins in a house in unsanitary conditions, without being allowed to go outside, that is to say, in conditions of deprivation. Rodrigo 's father not allowed to attend school or who saw social needs covered with children his age , hence when he entered the institution show trouble performing tasks that would be expected to undertake without problems, for example : had fear for the activities room, did not sit with his colleagues to play, was unable to express their needs and genuinely distressed , withdrawn, suspicious and uncooperative for activities to be asked , not wanting to work and he looked quite sparse , which according to Rutter (1990) and Gonzalez (2004) correspond to symptoms experienced by children who have experienced abuse and emotional deprivation.

For the present case study design pre - test post-test was used, so that an assessment of each of the areas of functioning of the child was performed before and after therapeutic intervention. The results of the pretest assessment revealed that, Rodrigo had an immature intellectual, perceptomotor, emotional and social by lack of stimulation of cognitive functions, language socialization and also the emotional aspects generated by deprivation to decrease its performance in other areas. During the intervention sessions through the game and using an integrative approach, Rodrigo worked with in order to provide proper identification and expression of emotions and needs as well as effectiveness in establishing relationships with others in providing security same. When the post-test assessment, Rodrigo had an immature emotional and psychological development that did not allow you to respond to environmental pressures properly as they tended to behave as others wished to receive in order to satisfy their needs and desires. However, with regard to how he had come to the institution, the child showed participatory, cooperative, open to learning new knowledge and happy to relate to others with some reservations.

From this study it was found that it was possible to have a change in ego structure in a child who had emotional deprivation through psychological intervention with integrative approach.

**Keywords:** Deprivation, abuse, child psychotherapy, integrative approach, ego structuring.

## Introducción

Para abordar el tema de maltrato infantil, diferentes autores hacen referencia a las lesiones generadas por acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión de atención y satisfacción de necesidades que un niño requiere por parte de sus cuidadores en cualquiera de sus fases de desarrollo para crecer de manera adecuada (Martínez & de Paul, 1993; Barudy, 1998; Bringiotti, 2000 y García & Noguerol, 2006). Al respecto, Ampudia, Santaella y Eguía (2009) indican que para estudiar este fenómeno social es necesario considerar cada una de las variables relacionadas con su origen, el tipo de conductas que lo generaban, el momento en que se detectó, el tipo de vínculo que presentaba el menor con la persona que generaba los malos tratos, entre otros elementos que permitan comprender los efectos que los episodios de violencia hayan generado en los menores, mismos que serán diferentes para cada uno de los casos que se estudien.

Asimismo, según Barudy (1998), se puede hablar de distintos tipos de maltrato dependiendo de las acciones que tengan los adultos hacia los niños, así como los síntomas que presenten los menores a causa del uso de la fuerza física y/o psicológica de los generadores del maltrato, la intensidad y frecuencia con que se presentaban los malos tratos, y la omisión de intervenciones necesarias para el bienestar de los pequeños. Es así como se sitúa, dentro del maltrato de tipo psicológico a la privación emocional, que tal y como refieren Ampudia, et al. (2009), se presenta ante la ausencia de adultos que brinden a los niños el sostén y apoyo emocional que necesitan, lo que les genera estados de ansiedad física y/o mental que se observan en los menores que han sido víctimas de maltrato. Esta ausencia no es necesariamente física, sino que implica que los cuidadores no estén accesibles a los niños, dificultando con ello su desarrollo óptimo.

Los niños que han vivido en condiciones de privación, presentan dificultades para desenvolverse en un grupo al ser poco cooperativos, hostiles, dependientes e inclusive agresivos; además de mostrar retrasos en el desarrollo del lenguaje y la capacidad para establecer lazos interpersonales profundos y durables (González, 2004). Por ello es importante proporcionar atención psicológica inmediata a los menores con la finalidad de que desarrollen las habilidades interferidas por la falta de estimulación y alcancen un mayor grado de estructuración en su Yo.

Al brindar atención psicológica a los menores que han sido víctimas de maltrato, Esquivel (2010) menciona que la psicoterapia de juego les permite incrementar su capacidad para confiar en los otros, identificar y verbalizar sentimientos y mejorar su autoestima, ya que a través del juego los niños expresan sus sentimientos de tensión, frustración, inseguridad y confusión; asimismo intentan dominar las experiencias desagradables y traumáticas que vivieron, manifestando sus propios recursos para enfrentar problemáticas en el futuro. Al mismo tiempo, considerando que las problemáticas psicológicas son originadas por diversos factores y que los efectos que producen se sitúan en las distintas esferas en que se desarrollan las personas, se pueden abordar desde un enfoque integrativo, el cual concibe las dimensiones constituyentes de los individuos (biológica, afectiva, cognitiva y conductual), quienes se desarrollan en un ambiente familiar y sociocultural específico, en un determinado tiempo histórico (Bagladi, 2010).

Existen algunos casos de menores que han sido víctimas de maltrato en los que además del trauma que tienen que enfrentar, son separados de sus hogares, de sus familiares y de sus rutinas con el fin de ser resguardados por el gobierno en alguna institución que asegure su



bienestar durante el tiempo que las autoridades resuelvan una de tres situaciones: den seguimiento al proceso jurídico de los agresores, se encuentre a algún familiar que sea capaz de hacerse responsable de los cuidados de los menores y/ o se determine la canalización de los pequeños a algún otro centro. De ahí que sea necesario acompañar a los niños desde su ingreso y durante su proceso de adaptación ante las pérdidas experimentadas y los cambios vividos dentro de la institución, además de brindarles aquéllas herramientas que les permitan disminuir su estado de confusión, culpa y desvalorización que les puede generar el hecho de estar lejos de sus padres, familiares y de sus pertenencias. Tal es el caso de los niños que se encuentran en acogimiento residencial en el Centro Transitorio para niñas y niños de la PGJ.

El presente reporte se basa en la experiencia obtenida durante el curso de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM, que proporciona a sus alumnos una formación teórico-práctica supervisada en escenarios profesionales. En este caso, la sede de prácticas fue el Centro Transitorio para niñas y niños de la PGJ, donde se trabajó con un menor de cinco años de edad que había vivido en condiciones de privación y maltrato en su contexto familiar hasta antes de llegar a la institución, lo cual había ocasionado una desorganización en cada una de las áreas de su estructuración y/o por el impacto de las experiencias traumáticas que había vivido.

A continuación se presentan cada uno de los capítulos que conforman el presente reporte de experiencia profesional:

Dentro de la primera parte del documento se hace una contextualización de salud y maltrato. El primer capítulo brinda un panorama general sobre cómo ha sido concebida la salud y la enfermedad a través del tiempo; el surgimiento de la Psicología de la salud y sus contribuciones al abordar de manera integral las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad; poniendo especial atención en el desarrollo de la Psicología de la salud en América Latina, la cual sigue los parámetros de las nuevas concepciones de salud, en donde el bienestar de las personas involucra cuestiones físicas, sociales y espirituales. Asimismo, se presenta la trascendencia de la salud mental en la prevención e intervención en los individuos con el fin de alcanzar su bienestar a través de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales; finalizando con la salud mental en los niños, debido a que ha sido necesario brindar una atención especializada a la población infantil a partir de la incidencia de trastornos mentales desde las primeras etapas de desarrollo (Morales, 1999; Fernández, 2002 y García & Noguero, 2006).

Para el segundo capítulo se aborda el maltrato infantil a través de la historia, su conceptualización, los tipos de malos tratos, los factores de riesgo o de vulnerabilidad para el maltrato infantil y las consecuencias de este en la población infantil. Además, debido al impacto que tiene el fenómeno en México, se aborda su incidencia en nuestro país; las estrategias que se siguen en la rehabilitación de las personas que generan los malos tratos y aquellos que los reciben, además de la prevención del maltrato infantil, el cual ha estado presente desde hace muchos años en la dinámica familiar y social, de tal forma que la violencia se ha normalizado, repercutiendo directamente en el desarrollo de los menores. Por último, se trata la importancia de la Ética profesional en el trabajo con la población infantil, ya que es primordial resguardar la confidencialidad del niño y de la familia en cualquier proceso terapéutico, sobre todo cuando se sospecha o es evidente la presencia del maltrato; preservando siempre el bienestar de los menores (Osorio, 2005).

En la segunda parte del documento, se aborda la presentación del caso, iniciando con una introducción que expone los fundamentos teóricos de las principales variables consideradas en el trabajo con el menor, como son: la terapia infantil con juego, que emplea el juego como estrategia de evaluación e intervención para trabajar con los pequeños en el ámbito de la psicoterapia infantil; el enfoque integrativo, que permite abordar las diversas problemáticas psicológicas que presentan los seres humanos contemplando los factores que las originan y sus efectos en las diferentes áreas en que se desarrollan los individuos; la privación emocional, como condición en la que se desarrolló el menor durante sus primeros años, caracterizada por la imposibilidad por parte del niño de tener algo, lo que origina síntomas físicos o psicológicos ante la ausencia de adultos que den sostén y apoyo emocional; y por último, la estructuración del Yo que será definitoria del nivel adaptativo del funcionamiento de los individuos.

En el primer capítulo se presenta la metodología empleada para este estudio de caso, exponiendo los objetivos que guiaron la evaluación e intervención psicológica, el diseño del estudio así como las estrategias de análisis utilizados durante todo el proceso (Hernández, Fernández & Baptista, 1991). Posteriormente, en el segundo capítulo se hace la presentación formal del caso, con los resultados e interpretación de las pruebas de la evaluación (Pre y post test), el análisis cualitativo del juego diagnóstico y de las sesiones de intervención en cada una de las sub fases del estudio (funciones cognitivas, elementos emocionales y elementos de integración social), por último se presentan los resultados de la fase de evaluación post test y del cierre del proceso. Durante todo el proceso, se hace un seguimiento de las consecuencias que trajo la privación emocional en la estructuración yoica del menor, así como la manera en que la terapia psicológica a través del juego, empleando un enfoque integrativo, iba permitiendo al menor desarrollar aquellas habilidades que habían sido interferidas por las experiencias traumáticas que había vivido antes de ingresar a la institución.

Finalmente, el tercer capítulo presenta la discusión de los resultados obtenidos, donde se retoman los objetivos planteados al inicio del estudio y los avances observados en la estructuración yoica del menor al concluir el proceso de intervención. A su vez, se discute respecto a los beneficios obtenidos a través del estudio con un enfoque integrativo de casos de niños maltratados, y la importancia de la técnica de juego en la estructuración yoica de los menores que han sido privados emocionalmente por parte de sus principales cuidadores.

# PRIMERA PARTE

## CONTEXTUALIZACIÓN DE SALUD Y MALTRATO



### CAPÍTULO 1. PANORAMA DE SALUD

*"Las ciencias de la salud son típicamente ciencias de frontera. Las soluciones surgen de las áreas de contacto entre la medicina, la biología, las ciencias sociales, etc... Avanza no sólo el que tenga más conocimientos, sino el que mejor los combine" (Agustín Lage)*

#### **1.1 La salud y enfermedad**

Mientras que en algunas culturas mente y cuerpo han sido entendidos como un todo indisoluble, en otras, por el contrario, se postulan como elementos separados. Se tiene que en la Grecia antigua se consideraba que la mente y el cuerpo estaban esencialmente unidos, de tal manera que se influían de un modo recíproco. A partir de este planteamiento se entendía que la enfermedad se debía a causas naturales, mientras que la salud era la resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio por causas naturales. Desde las primeras civilizaciones existen reportes de la intervención de curanderos o brujos, quienes poseían el saber y lo utilizaban para alejar a los malos espíritus mediante el uso de distintas herramientas (Reynoso & Seligson, 2005).

En la cultura occidental las raíces de la psicología clínica de la salud remontan al siglo V a. C. y a la escuela Hipocrática de Medicina. La salud era vista como un balance natural de situaciones físicas y emocionales, mediada por una mezcla armoniosa de humores. Para la edad media se fue produciendo un cambio en esta concepción naturalista, ya que adquiriría más prestigio el enfoque espiritualista de la enfermedad, y será durante el renacimiento cuando se tenga lugar el hecho que cambió la historia de la medicina y permitió la aparición y primacía del modelo biomédico (Morales, 1999).

El modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos, el primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo y el segundo es el del reduccionismo, con lo que se asume que todo proceso de la enfermedad se limita a la cuestión de reacciones físicas y químicas. El cuerpo sería como una máquina que podría ser analizada en términos de sus partes constituyentes y entendida así en términos mecánicos, la enfermedad sería entonces el resultado del fallo en algún elemento de la máquina. Desde esta perspectiva la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

Ante las dificultades planteadas al modelo biomédico, diversos autores han sugerido la necesidad de formalizar la nueva conceptualización que permita comprender y controlar mejor la enfermedad. De ahí surge, como lo menciona Morales (1999), el modelo biopsicosocial, en el que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad. De este modo, tanto los que se podrían calificar como macroprocesos (apoyo social, trastornos de la salud mental, etc.)

como los microprocesos (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso de salud-enfermedad.

Rachman (1980 citado en Hernández y Grau, 2005) reconoce que los aspectos psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina, que el psicólogo no tiene que reducir su actividad a los problemas psicopatológicos, y que la Psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus problemas. Además se subraya la dimensión psicológica de la salud sobre la consideración de que, en última instancia, la prevención, la curación, la rehabilitación o el inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Para Santacreu (1991 citado en Morales, 1999), la salud es la resultante de relaciones o respuestas a corto y largo plazo, que son adaptativas, en el marco del estado actual de relaciones entre el organismo y el ambiente o ecosistema en el cual se desenvuelve.

Por su parte Godoy (1999 en Hernández y Grau, 2005) menciona que la salud quedaría definida como el proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicas y culturales), cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades, etc.

Desde este enfoque la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Sobre esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una definición en 1946 con pretensiones de ser universal. De acuerdo con esta definición la salud es el estado de completo bienestar físico, social y espiritual, no simplemente la ausencia de la enfermedad. Al respecto Marks, Murray, Evans, Willing, Woodall y Sykes (2008) mencionan que este perfecto estado de completo bienestar físico, social y espiritual no puede alcanzarse nunca, pero establece un blanco aspiracional en forma de un "paraíso de la salud", de ahí que hayan modificado la definición de la OMS sobre la salud tomando en cuenta los elementos faltantes, por lo tanto la salud es un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no simplemente la ausencia de enfermedad. La OMS pasó por alto algunos elementos claves del bienestar, los factores sociales están arraigados en las culturas y no pueden dejarse implícitos, también se ignoran las fortalezas o debilidades económicas; los aspectos psicológicos importantes del bienestar también pueden ser escondidos en cualquier definición significativa de la salud, pero en los últimos años se ha puesto de relieve el papel fundamental de los factores psicológicos y sociales en los problemas de salud pública.

La enfermedad es una experiencia prácticamente inevitable para todas las personas, por ello se hace necesario un proceso educativo entorno a ella tanto para una mejor información que ayude a desarrollar hábitos de salud, como para favorecer la empatía con los enfermos o prepararlos para una posible hospitalización propia o de un ser querido.

Al respecto, la importancia del estudio del concepto de salud y enfermedad en los niños surge del hecho de que cuando un pequeño tiene una experiencia con alguna enfermedad, esa información se asimila al nivel cognitivo del que disponga en ese momento; a partir de aquí surge el esquema de lo que es la enfermedad, su causa y su prevención. Estar enfermo implica una serie de cambios físicos y psíquicos que alteran la existencia del

pequeño y su ambiente a corto, mediano y/ o largo plazo, esta pérdida de bienestar físico, psicológico y/ o social genera reacciones negativas en el paciente pediátrico. El concepto de enfermedad en el niño progresa a través de una secuencia sistemática y predecible de estadios de desarrollo, que oscila entre los conceptos globales y fenomenológicos característicos del pensamiento preoperacional hasta conceptos psicofisiológicos más sofisticados del estadio operacional formal (Ortigosa, Quiles & Méndez, 2003).

Así como la concepción de la enfermedad se va modificando con respecto a la etapa de desarrollo, las actitudes no son estables sino que son susceptibles de cambiarse a través del aprendizaje y la experiencia. Las personas actuamos de una forma determinada porque nos trae algún beneficio, podemos decir que si un sujeto realiza un comportamiento no saludable es porque tiene para él alguna consecuencia positiva (por ejemplo: fuma porque elimina la ansiedad, para sentirse más integrado en el grupo, etc.), y consecuentemente mostrará una actitud más favorable hacia elementos nocivos para la salud. Por ello, lo primero que se debe de hacer es actuar sobre las actitudes si se busca lograr un cambio duradero en el sujeto. Varios autores procedentes del campo de la salud, como Hernández y Grau (2005), consideran que los programas informativos solo son útiles para incrementar el conocimiento, pero no son suficientes para provocar cambios en las conductas de los sujetos. Junto a la modificación de las actitudes, al niño hay que proporcionarle conductas que pueden estar ausentes de su repertorio básico.

En un contexto interesado por un modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la Psicología de la salud, lo cual también coincide con la propuesta formulada a finales de los sesenta de considerar la Psicología como una profesión sanitaria al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad. A continuación se plantean los elementos principales alrededor de esta importante disciplina.

## **1.2 Psicología de la salud**

La Psicología de la salud creció con rapidez durante las décadas de los años ochenta y noventa, lo que puede atribuirse tal y como lo sustentan Marks et al. (2008) a tres factores. Primero, en los años setenta y ochenta hubo una creciente consciencia de las vastas cantidades de enfermedades y mortalidad determinadas por la conducta. La investigación epidemiológica sugiere que todas las causas principales de muerte en las sociedades occidentales son conductuales, lo que significa que muchas muertes pueden evitarse potencialmente si se encuentran intervenciones efectivas.

Un segundo factor ha sido la ideología de que los individuos son responsables de su propia salud. Sin embargo, una perspectiva alternativa advierte la necesidad de intervenciones con carácter de políticas diseñadas para apoyar y promover la salud en los niveles sociales y comunitarios, ya que el individuo por sí solo no puede ser capaz de realizar mejoras en la conducta relacionada con la salud como consecuencia de factores económicos y políticos.

Una tercera es la tendencia por el desencanto con el modelo médico y la creciente consciencia de la importancia de las influencias psicológicas y sociales sobre la salud y la enfermedad, mismas que han conducido a los científicos sociales y a otros especialistas a proponer nuevas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad, en donde los factores psicosociales sean tan o más importantes que las causas puramente biológicas del bienestar. Esta postura condujo al desarrollo del Modelo Biopsicosocial (MBPS), el cual ha

sido una influencia importante en la evolución de la Psicología de la salud como un nuevo campo de estudio.

El MBPS establece que la salud y la enfermedad son: el producto de una combinación de factores, incluyendo las características biológicas (por ejemplo, la predisposición genética), los factores conductuales (por ejemplo, estilos de vida, estrés, creencias acerca de la salud) y condiciones sociales (por ejemplo, influencias culturales, relaciones familiares y apoyo social). El MBPS es en realidad un conjunto de creencias y valores acerca de la salud, la enfermedad, la psicología y la cultura al que la disciplina de la Psicología de la salud se ha adherido junto con su definición "oficial" (Amigo et al., 1998 y Marks et al., 2008).

Sobre la línea de esta necesidad por abordar de manera integral las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad, Amigo et al. (1998) mencionan que son tres las razones que se suelen plantear como causas particulares de la emergencia de la Psicología de la salud. En primer lugar, el incremento de nuevas enfermedades como producto de hábitos poco saludables que facilitan la aparición de la enfermedad. En segundo lugar, este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suelen conllevar a una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas. Finalmente, el modelo biomédico de la enfermedad, entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico y admite el dualismo mente-cuerpo, entendiendo que la mente y el cuerpo son dos entidades separadas.

Por todas estas razones, en 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) creó como una más de sus divisiones la Health Psychology (división de Psicología de la salud). Las atribuciones de esta disciplina y sus áreas de trabajo quedan descritas en la vigente, y ampliamente aceptada definición de Matarazzo (1980, citada en Amigo et al., 1998, p. 27):

La Psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la Psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

Partimos del concepto de que la Psicología de la salud es una derivación de la Psicología como disciplina general y al mismo tiempo un área multidisciplinaria, en la que se integran los aportes con relación a objetivos, métodos, acciones, tareas y concepciones que tiene la Psicología sanitaria, la Medicina conductual, la Epidemiología, la Sociología, la Psicología clínica, social y educativa, la Psicología psicosomática y la Psicología comunitaria, con especial participación de los postulados y resultados de la teoría y la investigación en el campo de la Psicología de la personalidad, pero que es una disciplina psicológica de nuevo tipo, con leyes, categorías, métodos y tareas propios que deberán ser identificados y desarrollados sobre la base de un modelo específico (Hernández & Grau, 2005).

La Psicología de la salud es la rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y del comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la Psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de

salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales, 1999).

Es así como la Psicología de la salud se interesa por todo lo que se relaciona con las variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, se ocupa no solo de la atención y curación de los enfermos, sino que es también de su interés la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Según la clasificación de Fielding (1978 citado en Amigo et al., 1998), dentro del campo de las ciencias de la salud se pueden distinguir tres tipos fundamentales de prevención: la prevención primaria que se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas; la prevención secundaria, que se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que se haya iniciado y la prevención terciaria, que incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica.

A partir de lo antes expuesto, es evidente que la Psicología de la salud tiene varias líneas de trabajo, mismas que se privilegian de acuerdo al énfasis que se le da a la Psicología en los distintos países y las distintas épocas, por lo que es interesante conocer la manera en que surgió y se ha desarrollado en América Latina.

### **1.3 La Psicología de la salud en América Latina**

Algunos autores como Hernández y Grau (2005) mencionan que la Psicología de la salud nació en América Latina, precisamente en Cuba, a finales de los años sesenta, fecha en que los psicólogos comenzaron a vincularse a todas las especialidades médicas, y no solo al campo de la Psiquiatría. Desde fechas tan tempranas como 1968 y 1969, se construyeron los fundamentos de un desarrollo particular de la Psicología de la salud en una red institucional de asistencia a la población, que cubre prácticamente todos los niveles y tipos de instituciones del sistema cubano de salud.

Morales (1999) refiere que América latina es posiblemente una de las regiones del mundo donde más dinamismo ha mostrado la Psicología de la salud, sobre todo si se tiene en cuenta el antecedente de que el establecimiento de la Psicología profesional de manera extensiva comenzó en este lugar hace cuatro décadas aproximadamente, y que durante ese periodo la región se ha visto expuesta a sucesivas situaciones de crisis económicas y procesos políticos que han dificultado la buena evolución de esta disciplina.

El desarrollo de la Psicología de la salud en algunos países de Latinoamérica ha sido acelerado en las tres últimas décadas. Se tiene que para el año 2000 en Brasil habían 25'000 psicólogos de la salud, 26 posgrados y cinco asociaciones en diferentes subespecialidades en este campo. La Alapsa, fundada en Santiago de Chile durante el marco del XXIV Congreso Interamericano de Psicología en 1993, ha contribuido a estimular el intercambio entre especialistas de regiones y a fomentar el desarrollo de la Psicología de la salud en América Latina, organizando diversos eventos internacionales, nacionales y regionales, fomentando una reflexión conjunta que no pierda el abordaje holístico que debe tener ni las particularidades distintivas de su desarrollo en diferentes regiones y países, estimulando el esfuerzo de los psicólogos por participar, cada vez más activa y creativamente, en la solución de problemas concretos de salud (Hernández & Grau, 2005).

Asimismo, una buena parte de los países latinoamericanos exhibe un cuadro de salud que refleja sus contradicciones internas. Al respecto Morales (1999) menciona que mientras las clases altas y medias de las áreas urbanas pueden presentar un perfil semejante al de los países desarrollados, con predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud como los accidentes, en los sectores rurales y zonas marginadas de las grandes ciudades persisten como problemas prioritarios la desnutrición, las altas tasas de mortalidad infantil, los embarazos de adolescentes y los nacimientos de hijos de madres que transitan esa etapa de la vida, las enfermedades infectocontagiosas que se relacionan con problemas del ambiente; el alcoholismo y otras adicciones, la violencia social y doméstica, y también los accidentes.

Como ya se ha hecho referencia, la Psicología de la salud surgió bajo las demandas y requerimientos de la práctica y su motor impulsor no ha estado en la teoría sino en los cambios que se han operado en el estado de salud de la población y en las prioridades de los servicios de salud, las cuales son variables en dependencia de la situación de cada país. Al respecto Benzeval (1995 citado en Marks et al., 2008) concluye que la gente que vive en circunstancias de desventaja tiene más enfermedades, un estrés mayor, más discapacidades y vidas mucho más cortas; todo esto comparado con quienes viven en una situación más desahogada. La desigualdad en términos de salud es una característica de todas las sociedades industriales, pero el tamaño varía entre países a lo largo del tiempo; indicando que no hay algo fijo o inevitable.

Marks et al. (2008) señalan que existen en la actualidad una cantidad considerable de estudios que ponen en evidencia la relación entre la desigualdad social y la salud en una docena de países. Estos estudios han mostrado de manera constante que la expectativa de vida de quienes pertenecen a las clases sociales más pobres es más baja en relación con quienes se incluyen en las clases sociales altas. Del mismo modo, se tiene evidencia de la existencia de una gradación social en mortalidad y enfermedad; en la cual resulta claro que quienes se sitúan en el extremo inferior de la escala social tienen los mayores índices de insalubridad, contra quienes se ubican por encima de dicha escala.

Atendiendo estas diferencias, Hernández y Grau (2005) mencionan que las tareas que desarrolla el psicólogo de la salud están en función de los escenarios y de las instituciones de trabajo, y se relacionan con la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, el psicodiagnóstico o diagnóstico psicológico, la orientación psicológica, el tratamiento o intervención psicológica, la rehabilitación y la asesoría o consultoría a instancias directivas o gerenciales de los sistemas y servicios de salud.

Es así como la Psicología de la salud en América Latina sigue los parámetros de las nuevas concepciones de salud, en donde el bienestar de las personas involucra no solo las cuestiones físicas sino también lo social y lo espiritual. Hoy en día, debido a las tensiones habituales que enfrenta la sociedad global, la incidencia de los trastornos mentales tiende a incrementarse notablemente, repercutiendo en el bienestar general de la población, por lo que es un área importante en la que la Psicología tiene mucho por hacer.

#### **1.4 Salud mental**

La salud mental se superpone en la trama general de la vida de las poblaciones y depende de su cultura y de sus condiciones socioeconómicas; la pobreza y lo que esta lleva consigo (insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social)



inciden negativamente en la salud mental. La definición más amplia de salud mental considera que es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación (De la Fuente, Medina & Caraveo, 1997).

Sobre esta línea, la OMS (citado en Ortigosa et al., 2003) ha definido las siguientes metas de la salud mental: prevenir los desórdenes mentales, fomentar la salud mental mediante la educación y el saneamiento del medio psicosocial, organizar servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, así como crear las condiciones más adecuadas para promover el desarrollo óptimo de las capacidades humanas de todos los individuos.

Uno de los ámbitos en que la salud mental tiene un lugar trascendental tanto en materia de prevención como en la intervención, es el área que se dedica a la atención especializada de niños y adolescentes; la cual involucra a la familia, la escuela, el medio en que se desarrollan, el proceso salud-enfermedad y las interrelaciones que existen entre cada uno de esos elementos. Es por ello que tal y como indican Marks et al. (2008), resulta imprescindible conocer y aplicar adecuadamente las especificidades de la atención a esta población, ya que los niños y adolescentes no acuden voluntariamente a solicitar el servicio y existe en ellos una falta de conciencia respecto a la enfermedad y por consiguiente carecen de aspiraciones de curarse.

Con respecto a la manera en que se opera con esta población, Hernández y Grau (2005) refieren que se parte del principio de la necesaria vinculación entre los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. En la atención primaria (APS) lo fundamental del trabajo es dirigido a la prevención de alteraciones, por lo que el psicólogo se dedica fundamentalmente a brindar orientación psicológica a la familia, a la escuela y a los propios niños y adolescentes; trabajando en la detección y prevención temprana de posibles problemas en el desarrollo psicomotor, de trastornos de aprendizaje, emocionales y alteraciones de hábitos. Son utilizados fundamentalmente recursos técnicos como las dinámicas de grupo, escuelas para padres, grupos focales y otros, para poder llevar a cabo el trabajo según las necesidades indispensables de la comunidad de que se trate.

Por otro lado, aunque en la atención secundaria de la salud (ASS) el objetivo fundamental del trabajo es el tratamiento de las afecciones y no su prevención; se realizan algunas de las actividades con estos fines y se establecen mecanismos de trabajo en las comunidades; lo cual abarca las actividades educativas, el psicodiagnóstico, la psicoterapia y las intervenciones psicológicas. Las modalidades más frecuentemente utilizadas son interconsultas conjuntas, talleres, seminarios y discusiones de casos.

Por último, en la atención terciaria a la salud (ATS), que son los institutos de investigación, se desarrollan estas mismas acciones, unidas a protocolos de investigación y acciones específicas derivadas de ellos, que después son susceptibles de generalizarse en la práctica clínica, en los tres niveles de atención descritos.

Viendo la importancia de brindar a la población infantil una atención especializada en materia de salud mental para favorecer su desarrollo en las etapas subsecuentes de su vida, a continuación se presentan los principales elementos que se abordan al trabajar con los niños.

### **1.5 La salud mental en los niños**

Es importante tomar en cuenta que los niños tienen necesidades afectivas que deben ser satisfechas: mantener con un adulto una liga durable y confiable, recibir y dar amor, sentirse amparado ante los obstáculos y alentado en sus logros, etc. Es en la familia donde el niño, por un lado, establece su relación con el mundo, aprende a contender con los problemas y asume comportamientos que al repetirse devienen en rasgos de carácter, así como también es en donde se ejercen influencias negativas, cuyos efectos se dejan sentir en las personas más allá de su infancia.

Tal como lo dicen De la Fuente et al. (1997), la salud mental del niño se ve influida al principio por las condiciones de su vida familiar, en la cual se inicia su socialización, pero en cuanto ingresa a la escuela, un nuevo conjunto de factores entra en juego y modifican para bien o para mal este proceso, que estructurará la forma de desplegar sus capacidades y de aprender a vivir entre los demás. Es así como la incompetencia de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos.

Debido a que algunos de los trastornos de la conducta de los niños son transitorios: reacciones de ajuste ante situaciones que pueden ser superadas y que no dejan huellas persistentes; es importante intervenir oportunamente en esos defectos menores, pues, si no se atienden, es probable que se agraven, se compliquen con reacciones secundarias y se perpetúen. Por esta razón la vigilancia de la salud mental en los niños se relaciona íntimamente con la evaluación de su desarrollo en sus diferentes aspectos: motor, sensorial, del lenguaje, cognitivo, social, afectivo y de integración.

Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuentan con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas (Maddaleno; Morello & Infante-Espínola, 2003).

Asimismo, un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuya finalidad fue establecer la frecuencia de trastornos mentales de la infancia en el primer nivel de atención, mostró una frecuencia de 12 a 29% pero el personal de salud solo identificó 15% del total de casos, lo cual muestra la necesidad de establecer programas educativos para el personal con el fin de incrementar su capacidad para identificarlos. En el área de la salud mental del niño, las carencias de personal capacitado son graves en nuestro país, tenemos que entre los psiquiatras generales solo 10% tienen entrenamiento en psiquiatría infantil. Es claro que se requieren más psiquiatras especialistas en niños, máxime que una población importante de los actuales está dedicada en forma exclusiva a la práctica privada y no participa en actividades asistenciales ni docentes (De la Fuente et al., 1997).

En México también llevó cierto tiempo el brindar una atención especializada a la población infantil. De la Fuente et al. (1997) señalan que en el año de 1964 el área de Salud Mental de la Dirección de Neurología se separó para crear la Dirección de Salud Mental, a la cual se le otorgó el cometido de conducir la reforma de la asistencia psiquiátrica hospitalaria, que entonces permanecía concentrada en el Manicomio General de México, acción que derivó

en el “Plan Operación Castañeda”, el cual tenía como finalidad la sustitución del antiguo Manicomio por cinco unidades hospitalarias y un albergue a donde fueron trasladados más de 2000 pacientes del Manicomio el cual se clausuró de manera general en el año de 1968.

En el manicomio general se creó la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; es entonces cuando un grupo de médicos dio inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro” que fue inaugurado el 24 de octubre de 1966, otorgando desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación primaria), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral. Su misión es ofrecer a la población infantil con trastornos mentales, servicios de atención médica psiquiátrica especializada (Secretaría de Salud. Información sobre los servicios de atención psiquiátrica. Recuperado el 02 de abril de 2013 de [http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/hp\\_juannnavarro.html](http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/hp_juannnavarro.html)).

Con respecto a algunos de los problemas frecuentes que afectan la salud de los niños y que pueden y deben ser abordados desde la Psicología, Morales (1999) menciona los siguientes: ambientes domésticos y sociales propiciadores de accidentes, inadecuados patrones de crianza infantil, insatisfacción de las necesidades emocionales y de juego; ambientes familiares disfuncionales, maltrato sobre los niños, incluyendo el abuso físico, inadecuados comportamientos preventivos para las enfermedades comunes de la infancia, uso inadecuado de los recursos disponibles para la atención de salud del niño, pobre preparación del niño para la entrada en la escuela, dificultades de aprendizaje y de adaptación a la escuela y comportamientos paternos que propician hábitos nutricionales incorrectos. Entre los factores que influyen en la aparición de trastornos en los niños se han destacado la disfuncionalidad de la familia, el alcoholismo de los padres y los trastornos depresivos en familiares de primer grado.

Como se puede observar, el maltrato infantil es un fenómeno común en la actualidad que se inicia desde el seno familiar e influye notablemente en el bienestar integral de los niños, razón por la que constituye un campo de acción amplio para los profesionales de la salud mental. Es por ello que en el siguiente capítulo se abordarán los principales elementos que caracterizan el maltrato infantil: tipología, factores de riesgo, consecuencias, prevención y el panorama de este en nuestro país, para así visualizar la importancia del abordaje de casos de niños que presentan secuelas por los malos tratos que sufrieron durante sus primeros años, generalmente por parte de sus padres o cuidadores principales.

## CAPÍTULO 2. MALTRATO INFANTIL



*"Antes de querer cambiar al niño,  
tendríamos que querer cambiar nosotros."*

*(Carl Jung)*

### **2.1 Maltrato infantil en la historia**

La existencia de malos tratos a los niños ha sido un hecho que se ha presentado y que se repite desde tiempos muy remotos. Hasta antes del siglo XVI no se distinguía al niño del adulto y todavía en el siglo XIX se advertía claramente el trato inadecuado de que era objeto el niño desde el seno de la familia, ante lo cual la sociedad no se preocupó debido a que los abusos cometidos constituían criterios difundidos y se aprobaban multitud de prácticas que calificaríamos actualmente como de trato abusivo hacia el niño (el infanticidio, el abandono, el abandono institucionalizado, la esclavitud y la explotación laboral, la mutilación del niño para que diera lástima y compasión en la mendicidad). El infanticidio no constituía tan solo una amenaza, en determinadas culturas, era ampliamente aceptado como medio para controlar el aumento de población y eliminar niños con defectos congénitos (Kempe & Kempe, 1979 y Fernández, 2002).

Al respecto Fontana (citado en Fernández, 2002) relata cómo los mexicanos de “los viejos tiempos consideraban su cosecha de maíz de una forma simbólica”, cruzándola con la existencia del hombre, al ser sembrado acompañaban la acción con el sacrificio de recién nacidos; a los niños un poco mayores se los sacrificaba cuando germinaba; a los otros aún mayores, cuando la planta crecía. Hombres viejos eran sacrificados cuando llegaba la cosecha.

Tuvo que pasar mucho tiempo para que se pusiera atención a este problema y no es sino hasta fines del siglo XIX y principios del XX que comienza un proceso largo en el reconocimiento del estatus social de una problemática considerada como una práctica normal y hasta como pauta y principio cultural. Existían eventuales periodos de protesta pero tales respiros eran de breve duración para los niños, tan altamente vulnerables y valores mantenidos de modo firme decretaban que aquello que les sucedía no era más que un asunto familiar. Poco a poco la mujer y el niño comienzan a existir como “categorías sociales válidas”, y se les van gradualmente reconociendo derechos, antes negados por la práctica (Fernández, 2002 y Osorio, 2005).

En 1871 se funda en Nueva York la Society for the Prevention of Cruelty to Children, como consecuencia de que algunas personas bien intencionadas acudieron en ese entonces a la Sociedad Protectora de Animales a solicitar auxilio para rescatar a la niña Mary Ellen de sus padres adoptivos, quienes la tenían sujeta a su cama con cadenas (Osorio, 2005). Poco tiempo después se crearon sociedades semejantes en varios países.

Según Fernández (2002), las décadas del sesenta y del setenta dan cuenta del surgimiento de distintos movimientos sociales para promover la consolidación de los derechos de la mujer, poniendo en el tapete la cuestión de la violencia familiar, siendo las víctimas

centrales la mujer, el niño y los ancianos. El Dr. Kempe, en EU, en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría de 1961, propone y acuña el diagnóstico de “síndrome del niño golpeado”, desde entonces se produce un incremento en los estudios sobre el tema, conociendo y describiéndose más sobre la problemática del abandono y el abuso infantil. Por ejemplo, Larry Silver, psiquiatra infantil en el Hospital infantil del distrito de Columbia, EU pone el énfasis en denominarlo síndrome del niño maltratado en tanto espectro que coloca un abanico que va al extremo de los niños mal nutridos, hambrientos, hasta el otro extremo, donde ubica a los que habían sido muy dañados físicamente, con ello también plantea la necesidad de incluir el maltrato psicológico.

En México, los días siete y ocho de septiembre de 1971 se celebró un ciclo de conferencias sobre el tema de maltrato físico al niño, en el cual se analizaron aspectos psiquiátricos, médicos, de trabajo social y jurídicos; el ciclo se llevó a cabo bajo los auspicios del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Barra Mexicana Colegio de Abogados (Osorio, 2005).

Como se puede observar, durante mucho tiempo la ignorancia de las necesidades físicas y emocionales de los niños constituyeron la norma, pero los malos tratos a éstos han sobrevivido hasta la época actual debido a que persisten dos creencias: primero que los niños son considerados como propiedad de los padres y se admite que éstos tienen pleno derecho a tratarlos como estimen conveniente; por otra parte, los hijos caen bajo la plena responsabilidad de sus padres y, durante muchos siglos, el trato riguroso se justificaba por la creencia de que los castigos físicos severos eran necesarios para mantener la disciplina, inculcar decisiones educativas y expulsar a los malos espíritus (Kempe & Kempe, 1979).

## **2.2 Conceptualización**

Para empezar a definir lo que es el maltrato infantil, Osorio (2005) hace referencia a los niños como aquellas personas que se encuentran en el periodo de su vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad. Por otro lado, se tiene que el maltrato es un problema complejo y multicausal, por lo que no existe una única definición que haya sido aceptada por todos los profesionales relacionados con la infancia. Coinciden en que ha de primar el bienestar del menor, así como también en que existe una estrecha relación entre maltrato y necesidades no satisfechas. Es decir, el maltrato implica la falta de atención y cuidados que un niño necesita para crecer y desarrollarse (Barudy, 1998, Bringiotti, 2000 y García & Noguerol, 2006). El término maltrato también designa las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión de atención y cuidados que un niño necesita en cualquiera de sus fases de desarrollo que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño (Martínez & de Paul, 1993 y García & Noguerol, 2006).

Por lo tanto, se ha definido niño maltratado como la persona que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con ella (Osorio, 2005). Al respecto, se puede precisar que los malos tratos no solo los llevan a cabo los adultos o responsables del desarrollo (padres, familiares, profesores) sino que pueden provenir también de niños de la misma o distinta edad así como de instituciones (Villanueva & Clemente, 2002 y García & Noguerol, 2006).

Arruabarrena y De Paúl (2001) agregan que deben tomarse en cuenta tres criterios entorno al maltrato infantil: primero una perspectiva evolutiva donde una conceptualización de una acción u omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se establecen en función de la edad del niño; segundo la presencia de factores de vulnerabilidad en el niño y tercero la existencia de daño real o potencial, este último implica establecer una predicción de que los daños que infringe el adulto en el niño serán dañinos en un determinado nivel de gravedad. Sobre esta línea, definiciones recientes del maltrato infantil consideran que a los niños que están en peligro de sufrir maltrato, aunque todavía no lo hayan padecido, debe clasificárselos como maltratados (Garbarino & Eckenrode, 1999).

A su vez, Kempe (citado en Fernández, 2002) va a considerar cuatro factores vinculados con el maltrato:

1. La repetición, de una generación a otra, de pautas de comportamientos violentos, negligencia o privación (física o emocional) por parte de los padres.
2. El niño considerado indigno de ser amado o desagradable, desde la percepción de los padres a sus hijos; la consideración de que con el castigo físico instrumentan un método apropiado para corregirlos y educarlos conforme con sus expectativas.
3. Es más probable que los malos tratos tengan lugar durante un periodo de crisis, que pone de relieve las dificultades de estos padres maltratantes por adaptarse a la vida adulta.
4. En el momento conflictivo no hay líneas de comunicación con las fuentes externas de las que podrían recibir apoyo.

Por otro lado, es importante la evaluación que lleva a considerar como abusiva una conducta, por lo que se deberá hacer sobre la base tanto de la cultura como de la ciencia. Al respecto y para ilustrar Garbarino y Eckenrode (1999) mencionan que en Hawai las madres nativas le cuestionaban a un antropólogo la costumbre norteamericana “abusiva” de obligar a los niños a dormir en cunas alejados de sus padres, por lo que se puede afirmar que podía tratarse de un caso de abuso emocional o, en su caso, parte del proceso normal según el marco de referencia cultural que se considere.

Por último, Kempe y Kempe (1979) manifiestan que el maltrato infantil supone la existencia de un niño golpeado, pero la conexión de causa y efecto no se conoce perfectamente, es por ello que un modo de consideración es el estudio de síntomas que presenta el niño, así como tener en cuenta las acciones de los adultos que lo tienen a su cargo. Al respecto, generalmente los autores utilizan diversas categorías para clasificar su comportamiento, de las cuales las principales son: violencia física, abandono físico y emocional, maltrato emocional y explotación sexual. Cada una de estas tiene características muy particulares, por lo que es importante revisar tanto las diferentes clasificaciones que hay sobre el maltrato infantil como la sintomatología del niño maltratado.

### **2.3 Tipos de malos tratos**

Existen diferentes tipologías que los autores ofrecen sobre el maltrato infantil, es importante saber que éstos no son excluyentes y que, en la mayoría de los casos, se dan simultáneamente. Barudy (1998) menciona que el maltrato activo implica el uso de la fuerza física y/o psicológica la cual causa graves daños en los menores, dependiendo de la intensidad y frecuencia (como el maltrato físico o abuso sexual) mientras que el maltrato

pasivo es la omisión de intervenciones necesarias para el bienestar del niño (por ejemplo la negligencia o abandono emocional).

Intentando realizar una clasificación lo más amplia posible, las formas específicas de maltrato infantil que se tienen son (Martínez & de Paul, 1993, Arruabarrena, De Paúl & Torrès, 1996, Villanueva & Clemente, 2002 y García & Noguero, 2006):

a) **Maltrato físico.** Se considera cualquier acción no accidental producida con o sin instrumentos, por parte de padres o educadores, que provoquen daño físico o enfermedad en el menor o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Es decir, implica la existencia de actos físicamente nocivos contra el niño, cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas, daños abdominales o envenenamiento), que requiera atención médica (Kempe & Kempe, 1979, Arruabarrena & De Paúl, 2001 y García & Noguero, 2006).

Los principales indicadores del maltrato físico que se tienen son que el menor se muestra retraído cuando otros menores lloran y cauteloso ante el contacto físico con los adultos. Muestra asimismo conductas extremas: alta agresividad o máximo rechazo a otros menores y adultos, frecuentemente no quiere regresar a su casa, no asiste a clase o falta muy a menudo, llega tarde con frecuencia y acude algo desorientado. En lo que respecta al tipo de indicadores de naturaleza física, algunos de ellos son: contusiones, alopecias por erosión, fracturas de cráneo, nariz y mandíbula, cortes, pinchazos, asfixia o ahogamiento, señales de mordeduras humanas, quemaduras, lesiones internas (éstas no son tan fáciles de apreciar pero en muchas ocasiones son de gravedad como lesiones neurológicas que son consecuencia de los golpes), viste ropa inadecuada para el tiempo climatológico que hace puede cubrir los golpes, etc. (Kempe & Kempe, 1979 y García & Noguero, 2006).

b) **Negligencia.** En este caso, implica un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño al no atender sus necesidades básicas (físicas, sociales, psicológicas e intelectuales), así como la falta de previsión de futuro por parte de los responsables del cuidado y educación del niño. Incluye por ejemplo el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, vestido, higiene, vigilancia o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales (Kempe & Kempe, 1979, Martínez & de Paul, 1993 y García & Noguero, 2006). Estas necesidades pueden no ser atendidas temporal o permanentemente (Casado, Díaz & Martínez, 1997).

Este tipo de maltrato es el que con mayor frecuencia suele producirse de forma inconsciente, como una manifestación más de la ignorancia, incultura o incapacidad parental para proteger y criar a los hijos (García & Noguero, 2006). Dentro de la negligencia se encuentran de forma específica:

1. *Abandono emocional*, que se presenta cuando las necesidades de sentirse amado, deseado, valioso y seguro no se cumplen; la estimulación, apoyo y protección necesario para cada estadio de su evolución no se les brinda dificultando su desarrollo óptimo (García & Noguero, 2006) y también incluye que se le exponga a que presencie peleas físicas y verbales entre los padres (Azaola, 2003).

2. *Negligencia educativa*, que se refiere al fracaso en la inscripción del niño a la escuela, hay ausencias crónicas inexplicables al colegio.

3. *Negligencia médica* se refiere a la falta de atención médica cuando el niño lo requiere (Azaola, 2003).

Algunos de los indicadores suelen ser: suciedad muy llamativa en el niño (sarna, liendres, eritemas genitales en lactantes, etc.), hambre habitual, necesidades médicas no cubiertas (vacunas, controles, heridas sin curar, caries, etc.), periodos prolongados de tiempo sin supervisión adulta, inasistencia injustificada y repetida a la escuela, ausencia de horarios y ritmos o si existen no son los adecuados, participación en actividades delictivas, cansancio o apatía permanentes, retraso del crecimiento, ropa inadecuada a la época climática, etc. Asimismo los niños que padecen negligencia muestran con frecuencia alteraciones emocionales; establecen difícilmente comunicación con los demás, están deprimidos, apáticos, existe ausencia de estimulación suficiente para la edad, demandas y necesidades del menor por lo que están retrasados en cuanto a su desarrollo (Villanueva & Clemente, 2002 y García & Noguero, 2006).

c) **Abuso sexual.** Se encuentra entre el maltrato físico y el emocional, y comprende cualquier clase de contacto sexual entre un niño y un adulto, o dos menores, cuando el agresor utiliza al niño para obtener estimulación o gratificaciones sexuales bajo una posición de autoridad o poder, para los cuales el niño no está preparado por su desarrollo, no comprende plenamente y es incapaz de dar un consentimiento informado (Kempe & Kempe, 1979, Villanueva & Clemente, 2002 y García & Noguero, 2006).

Según señala López (1995 citado en Villanueva & Clemente, 2002), los abusos sexuales deben definirse a partir de dos grandes conceptos: la coerción (o asimetría de poder), y la asimetría de edad. Estos conceptos tienen la ventaja de también incluir las agresiones sexuales que cometen unos menores sobre otros. Esto es, el abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) (García & Noguero, 2006). Además, se debe tener en cuenta que la categoría de abuso sexual incluye no solo las conductas tradicionales con contacto físico (violación, penetración digital, coito, caricias, contacto oral, etc.) sino también aquellas conductas que no implican contacto físico (exhibicionismo, acoso, exhibición de películas, solicitudes sexuales, etc.) (Martínez & de Paul, 1993, Villanueva & Clemente, 2002, Azaola, 2003 y García & Noguero, 2006).

Algunos de los indicadores que se tienen de abuso sexual en menores son: dificultades al andar o sentarse, dolor o picor en la zona genital, conductas o comentarios sexuales inapropiados para su edad, pesadillas, conductas agresivas, desconfianza hacia los adultos, excesiva obediencia y deseo de complacer a los demás, prostitución, sentimientos de culpa, pudor o miedo excesivos ante exploraciones médicas, etc. (Villanueva & Clemente, 2002).

Otros indicadores altamente específicos son: infección genital o de transmisión sexual, inflamación de la vulva, rotura del cerviz; manchas o restos de semen en genitales, boca, ropa, etc., lesiones internas, embarazo, contusiones o sangrado en genitales externos, zona genital o anal; micción dolorosa, manifiesta haber sido objeto de abuso sexual. Por último, algunos indicadores de probable abuso sexual pueden ser: hace preguntas frecuentes de índole sexual, evitación o miedo excesivo al sexo, se masturba excesivamente en público, muestra comportamientos sexualizados hacia adultos u otros niños y avanzado conocimiento del sexo (García & Noguero, 2006).



d) **Maltrato psicológico.** Se refiere a cualquier situación en donde no se tomen en cuenta las necesidades psicológicas del niño, principalmente las que están relacionadas con la autoestima y las relaciones interpersonales. Esta falta de consideración se puede manifestar a través de conductas o acciones hacia el menor o, por el contrario, omisión de dichas acciones. Se observa en conductas como: rechazo, negación de responsabilidad emocional, privación de afecto o seguridad, ignorar, degradación, intimidación, aislamiento y explotación (que incluye el abuso sexual) (Martínez & de Paul, 1993 y García & Noguero, 2006). También se presenta con hostilidad verbal crónica en forma de insultos, crítica, amenazas de abandono por parte de cualquier miembro del grupo familiar (Arruabarrena & De Paúl, 2001).

García y Noguero (2006) manifiestan que hay que tener en cuenta que el maltrato psicológico se puede dar como:

1. *Maltrato emocional.* Clasificado por algunos autores también dentro de la negligencia, se trata de la hostilidad verbal en forma de insulto, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono, constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles que van desde la evitación hasta el encierro, rechazos, humillaciones, aislamiento, atemorización, etc., que causan o pueden causar deterioro en el desarrollo emocional, social e intelectual del menor (Kempe & Kempe, 1979, Fernández, 2002 y García & Noguero, 2006). Asimismo García y Noguero (2006) mencionan que el maltrato emocional se correlaciona con cinco tipos de conducta en el adulto perpetrador: rechazar, ignorar, aislar, infundir temor y corromper.

Los principales indicadores que se observan en pequeños que han sido víctimas del maltrato emocional están: conductas adultistas (hacer el papel de padre o madre de otros niños), o bien, conductas demasiado infantiles (enuresis, chuparse el dedo, mecerse, etc.), conducta excesivamente complaciente, pasiva, nada exigente, o bien extremadamente rabiosa y agresiva, retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual, intentos de suicidio, etc. (Villanueva & Clemente, 2002). Dentro de las características físicas se tiene que están continuamente enfermos, presentan dolores de cabeza, de estómago, respuestas psicosomáticas, retraso en su crecimiento y sufren accidentes con frecuencia (García & Noguero, 2006).

2. *Abandono emocional.* Situación en la que el menor no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y esto dificulta su desarrollo óptimo (García & Noguero, 2006). Kempe y Kempe (1979) refieren que el abandono emocional coincide casi siempre con los malos tratos físicos, pero también puede darse en casos en que los cuidados meramente físicos son buenos, ocasionando entonces el mismo daño a la personalidad en vías de desarrollo.

Como se ha observado, de modo general los niños maltratados tienen un aspecto triste, indiferente, temeroso y descuidado, es notorio su mal estado general como consecuencia de traumatismos y negligencias. Muestran debilidad mental, encefalopatías y anemias agudas; presentan en el cuerpo marcas, huellas de golpes y fractura de huesos, intoxicaciones, lesiones, hematomas en lugares del cuerpo que difícilmente podrían tener su origen en un accidente. Presentan una tendencia a la soledad y al aislamiento, inhibición o no tienen la capacidad de jugar, agresividad desmesurada, son muy adaptados o complacientes con adultos que desconocen, se involucran en situaciones delictivas o en

comportamientos antisociales, prolongan permanencia fuera del ámbito familiar durante edades preescolares y escolares, exhiben conductas demasiado adultas/ demasiado infantiles, reacciones de agresividad verbal o física desmesurada desde muy pequeños, trastornos de alimentación, sueño y control de esfínteres, síndrome inverso de escolaridad (sentimientos de felicidad cuando comienzan las clases y de tristeza cuando acaban), cambios bruscos en el rendimiento escolar, etc. Además, es frecuente que la proximidad de un adulto cause terror al niño, al respecto resulta relevante el relato que hacen los padres y/ o responsables del pequeño, con relación a la justificación del origen de las lesiones o cambios de comportamiento, a los fines de evaluar su verosimilitud y coherencia (Fernández, 2002, Villanueva & Clemente, 2002 y Osorio, 2005).

Los diversos tipos de maltrato originan sintomatologías diferentes en los menores, por lo que es fundamental conocerlas para una eficaz identificación e intervención. Además, tal como lo refieren Arruabarrena, De Paúl y Torrés (1996) es importante tomar en cuenta que la sola presencia de estos indicadores no prueba necesariamente que los malos tratos existan, ya que se necesita, además de estos, información adicional para determinar la existencia de maltrato infantil.

En este sentido, bajo un modelo ecológico, tal y como lo refiere Fernández (2002), se identifican y especifican los efectos de los agentes causales en múltiples niveles del contexto ambiental, ya que a pesar de que se considera que los individuos son componentes importantes, también se destacan las influencias contextuales en los planos de la familia, de la comunidad y la cultura.

Esto es, los modelos ecológicos suponen una causalidad múltiple y proponen efectos interactivos importantes entre componentes en distintos niveles del contexto ecológico social. De ahí que sea imprescindible conocer los factores de riesgo que incrementan en los menores el peligro de convertirse en víctimas de maltrato, entre las que se sitúan las características de los generadores del maltrato, así como los factores familiares y ambientales.

#### ***2.4 Factores de riesgo o de vulnerabilidad para el maltrato infantil***

Se sabe que el maltrato no siempre presenta huellas visibles, además, si un niño sufre alguna situación la puede manifestar de una u otra manera, siendo que en muchos casos, la víctima guarda silencio por vergüenza y temor. Garbarino y Eckenrode (1999) refieren que el maltrato se suele producir en un entorno privado, lo que dificulta su detección y actuación oportuna para cualquier persona que no esté familiarizada con el problema. Además, para agravar la situación, alguien que nace en un ambiente violento, puede ser que no se cuestione la violencia al no conocer otra forma de relación con los otros.

Según el Dr. Joaquín De Paul Ochotorena (citado en Fernández, 2002) en el niño son factores de riesgo: por un lado la edad, ya que hasta los tres años cualquier situación de maltrato es severa; por el otro las características del niño, mismas que están incluidas dentro de lo que son los factores de vulnerabilidad al maltrato por situación especial (niños con necesidades especiales, niños que llegan a un sistema familiar en un momento no deseado o inesperado, menores con fracaso escolar, sobre todo si éste es acumulativo (García & Noguerol, 2006), lo cual genera frustración en los padres, estrés y tensión en la familia.

Asimismo, dentro de la familia se consideran los siguientes factores de riesgo: las características del padre o cuidador que maltrata, ya que dentro de la familia hay casos de padres con problemas psiquiátricos o con depresiones severas, débiles mentales, alcohólicos o drogadictos; la posibilidad que tiene el adulto maltratador de acceder al niño para maltratarlo o abusar sexualmente de él; asimismo, cuando la familia configura un sistema familiar violento entre los cónyuges, nada garantiza que los niños no sean castigados y/ o maltratados (Fernández, 2002 y García & Noguero, 2006). En estas familias generalmente la vida es desordenada, existe inestabilidad, desorganización hogareña, desavenencia conyugal. Hay casos en que la situación familiar, desde el punto de vista económico y moral, es aceptable y el niño es deseado y recibido con beneplácito; sin embargo, es maltratado; lo cual puede relacionarse con la falta de autodominio o a que la familia es partidaria de una educación severa (Osorio, 2005).

Por otro lado, en el medio ambiente son factores de riesgo: las fuentes de estrés, que tienen que ver con lo sociocultural; situaciones que elevan la tensión en la familia y que en las familias maltratadoras no se pueden manejar sin recurrir al golpe; y la existencia o no de redes de apoyo social que tenga o no la familia y el tipo de acceso a ellas (Fernández, 2002 y García & Noguero, 2006).

Así como se tiene que las sintomatologías presentadas por los niños que han sido víctimas de maltrato pueden ser diversas, los rasgos de personalidad de los agresores no se pueden generalizar, ya que varían de un individuo a otro (Osorio, 2005). Tomando en cuenta lo anterior, a continuación se presentan algunas de las características encontradas en ellos: inteligencia poco desarrollada, conducta delictiva, prostitución, falta de adaptación social, inmadurez emocional, impulsividad, inconsciencia, falta de dignidad, de metas positivas, problemas conyugales y familiares en general, aislamiento, fuertes sentimientos de impotencia y frustración, etc.

Sin embargo, a veces los agresores son inteligentes, con buena preparación incluso profesional, aparentemente bien adaptados y sin problemas económicos, pero que se conducen agresivamente con sus hijos, tal vez debido a que sufrieron una infancia difícil, en la que conocieron la humillación, el desprecio, la crítica destructiva y el maltrato físico, lo cual hizo que llegaran a la edad adulta sin autoestima ni confianza. Muchos padres no están preparados ni emocional ni prácticamente para el cuidado del niño, se creen incomprendidos y suelen ser impulsivos, situaciones que los conducen a reaccionar violentamente en contra de sus hijos, sobre todo en momentos de crisis, ya que se sienten amenazados por lo que dirigen su agresividad o frustración hacia los menores (Osorio, 2005).

Algunos factores que se añaden a la tensión emocional de los padres son el trasfondo cultural y la estructura psicológica. Cuando la ausencia de la capacidad por parte de los padres se combina con dificultades emocionales e impulsividad, el niño corre peligro. El maltrato no es un acto racional ni premeditado y va seguido con frecuencia por un profundo pesar y un gran sentimiento de culpa (Kempe & Kempe, 1979).

Varios autores señalan que los agresores son personas que, en muchos casos, han sufrido malos tratos en su infancia y no han recibido tratamiento, por lo que viven pensando que el maltrato es algo "cotidiano, normal" y tienen dificultades de autocontrol de los impulsos; como ya se mencionaba, pueden presentar sentimientos de fracaso y frustración,

relacionado con baja autoestima y escasa aceptación personal; además de que son personas que no tienen, o tienen pocas estrategias para resolver problemas cotidianos (Fernández, 2002, Osorio, 2005 y García & Noguerol, 2006). Cuando se intenta hablar con ellos, en muchas ocasiones manifiestan ser dueños de los menores y con ello les niegan la posibilidad de tener una identidad propia; además de que utilizan el castigo físico como método educativo (García & Noguerol, 2006). Cuando los valores culturales incluyen prácticas de crianza del niño que no son aceptadas por la comunidad actual, los padres pueden resistirse enérgicamente a cualquier tentativa de cambio.

Asimismo, existen factores relacionados con las expectativas puestas en cada nuevo hijo, mismos que no solo se refieren a la tensión adicional que supone el hecho de tener un hijo para las vidas de los padres, sino también a la significación que el hijo tiene para ellos desde el punto de vista emocional (Kempe & Kempe, 1979).

A pesar de lo antes mencionado, Eliana Gil (citada en Fernández, 2002) menciona que muchos de los factores y características apuntados con respecto al padre abusador (baja autoestima, aislamiento, respeto de la familia y los amigos, y la historia personal de abuso en la infancia) también aparecen en los padres que no abusan ni descuidan a sus hijos, por lo tanto no se puede generalizar y no en todos los casos repiten las mismas conductas maltratantes, aunque si no han recibido ayuda para resolver los problemas que les llevan a ello, es posible que maltraten a los menores.

Es primordial que considerando la gran cantidad de factores que interactúan en el fenómeno del maltrato infantil, se tenga en cuenta que una vez identificada la situación de maltrato, se brinde atención no solo a la víctima (menores), sino también a los agresores (padres, cuidadores) para resolver el problema de fondo y tratar los factores que intervienen en la generación del mismo. Al respecto, después de conocer los factores de riesgo para el maltrato infantil, es importante revisar las consecuencias que se observan en los niños que han sido víctimas del mismo, con la finalidad de implementar las estrategias de intervención adecuadas para cada caso.

### ***2.5 Consecuencias del maltrato infantil***

No todos los niños maltratados desarrollan problemas, y si lo hacen, no todos desarrollarán los mismos problemas, ya que estos variarán en función de su personalidad, ambiente familiar y social, cronicidad del maltrato, etc. Como se ha visto, se han de considerar una serie de variables intervinientes que pueden ayudar a explicar las posibles secuelas (García & Noguerol, 2006). No obstante, conocer los indicadores de maltrato y sus consecuencias, nos hace más conscientes en la lucha diaria contra el maltrato infantil.

Se ha encontrado que la mayor parte de los problemas de conducta que presentan los menores maltratados se incluyen en la categoría de externalizantes (agresión física, verbal, oposición, mentiras, etc.). Sin embargo, las conductas internalizantes (retraimiento, excesiva timidez, hipersensibilidad, etc.), o incluso la combinación de ambas, resultan también frecuentes en estos niños (Villanueva & Clemente, 2002).

Sobre esta línea, dentro de las consecuencias psicológicas en las víctimas a corto plazo se pueden presentar manifestaciones de diversos tipos, tal y como lo refieren Villanueva y Clemente (2002):

- Físicas: Problemas de sueño (pesadillas), cambios en los hábitos de comida, pérdida de control de esfínteres.
- Conductuales: Hiperactividad, bajo rendimiento académico, miedo generalizado, hostilidad y agresividad, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos, así como trastorno de estrés postraumático.
- Sociales: Déficit en habilidades sociales y retraimiento social.
- Sexuales: Conocimiento sexual precoz o inapropiado, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual y conductas exhibicionistas.

Además, con respecto a su desarrollo físico y salud corporal, pueden presentar problemas en el desarrollo fetal, lesiones, enfermedades crónicas e infecciosas, salud débil, retraso general en el desarrollo y embarazos no deseados.

Con respecto al área cognitiva, se ubican problemas de identidad personal, baja autoestima, retraso escolar, identificación con el agresor, pérdida de confianza en los adultos, comportamiento dependiente y un razonamiento moral inadecuado a su edad. El habla de estos niños se caracteriza por la redundancia, la pobreza de contenido, y la dificultad para expresar conceptos abstractos, ya que su conversación se restringe al presente inmediato. Son comunes los problemas de concentración, de atención, de memoria y en general en el desarrollo escolar (Fernández, 2002).

Dentro de los aspectos emocionales que los caracterizan se encuentra una baja capacidad para expresar y reconocer emociones básicas (felicidad, ira, tristeza), quizás debido a que el maltrato parece configurar una comprensión especial de lo que son las expresiones emocionales; vínculo de apego inseguro, sentimientos de culpa, fobias o temores intensos, sentimientos de pérdida y duelo (Villanueva & Clemente, 2002). Estos niños realizan menos afirmaciones sobre sus propias actividades, sobre sus estados internos (emociones, deseos), y sobre los afectos negativos (odio, disgusto). Asimismo presentan retraimiento social, tienden a sobreestimar el peligro o la adversidad del entorno, a menospreciar sus capacidades y la valoración de sí mismos ya que cuando son maltratados atribuyen el maltrato a su mala conducta, justificando así a sus padres. En general, la percepción de sí mismos no es la adecuada (Kempe & Kempe, 1979, Fernández, 2002 y García & Noguero, 2006). Esto porque el fracaso para cumplir las expectativas distorsionadas de los padres genera que internalice una autoimagen de "niño malo", así como un deseo persistente de aceptación, el que a menudo se frustra por el rechazo furioso de los padres. Las consecuencias emocionales son ansiedad, depresión, baja autoestima y relaciones objetales dependientes y ambivalentes (Shaefer, 1983).

Como se puede observar, las consecuencias son múltiples y también se presentan dependiendo de la edad y etapa de desarrollo en la que el menor se encuentre. Fernández (2002) manifiesta que en la edad preescolar se detectan dificultades en la resolución de problemas y empiezan a aparecer dificultades en la relación con los pares; mientras que en la edad escolar se incrementan estos problemas con sus pares y con los adultos, al manifestarse la agresividad, la impulsividad; aparecen la depresión y la inhibición; también empiezan a surgir los famosos "trastornos de conducta".

El maltrato emocional y físico producen efectos duraderos en el bienestar emocional del niño, pueden causar daño en su autoestima y debido al temor al maltrato puede ser difícil

confiar en otras personas, así que es común que los niños perciban a los adultos como impredecibles y siempre potencialmente peligrosos, por lo cual estos niños suelen aislarse o comportarse de modo muy agresivo (Shaefer, 1983 y Craig & Baucum, 2009). Así es como esto lleva a otras dificultades, ya que el temor del ataque físico o abandono conduce a la depresión y a la ansiedad lo que dispara defensa de agresión, desconfianza y problemas de control de impulsos.

A pesar de que es evidente que el maltrato infantil les trae diversas consecuencias no solo a los menores que son víctimas, sino a las familias y a la sociedad en general, aún en nuestros días muchas personas siguen creyendo que el maltrato infantil es poco frecuente sobre todo porque la creencia de que la familia es fuente de apoyo y afecto hace difícil pensar que sean muy numerosos los casos de violencia familiar.

Además, se dice que las personas “normales” no maltratan a sus hijos puesto que erróneamente se cree que el maltrato lo cometen únicamente hombres y mujeres con enfermedades mentales o bajo los efectos del alcohol o de las drogas. Otras ideas equivocadas son que el maltrato solo aparece en las clases sociales más bajas, que todos los niños maltratados maltratarán y todos los que maltratan han sido previamente maltratados.

Villanueva y Clemente (2002) manifiestan que no son verdaderas estas nociones puesto que el fenómeno del maltrato se presenta en todos los estratos sociales, sea cual sea la raza o religión de las personas, que los agresores no se ajustan a un patrón psicológico único que permita establecer un diagnóstico psiquiátrico, y la transmisión generacional del maltrato se produce únicamente en un pequeño porcentaje (30%) de los niños maltratados.

En nuestro país abundan estas y más concepciones erróneas de lo que implica el maltrato, por lo que es importante revisar el impacto que tiene este fenómeno en México y a partir de ello atenderlo, generando espacios de trabajo que procuren la prevención del mismo y atención a las personas que han sido víctimas y/ o generadores de la violencia.

## **2.6 Panorama en México**

En su informe anual de 1996 la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estableció que en América y el Caribe se observa que en países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, debido al aumento de las tensiones socioeconómicas y del desempleo, se incrementaron los índices de violencia, a tal grado que en países como Colombia y Guatemala éstos constituyen una de las principales causas de defunción en el grupo de 5 a 14 años de edad (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998). Además, México ocupa el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Por otro lado, Mojarro (2006) manifiesta que de acuerdo con datos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en nuestro país, en 2004, se registraron 38,554 denuncias por maltrato infantil; sin embargo, solo el 10% de las denuncias llegaron a instancias de procuración de justicia. Se tiene además que los tipos de maltrato más frecuentes en México, en orden descendente, son: omisión de cuidados, maltrato físico y maltrato emocional, universo que corresponde a los casos de maltrato en menores de edad referidos al DIF.

Se refiere además que la región noreste es la que presenta la tasa más alta de mortalidad por homicidio en menores de cuatro años y Chihuahua es el estado donde la incidencia de casos es mayor. Por su parte, en el centro, los estados de México, Distrito Federal, Jalisco y Michoacán concentran el mayor índice de muertes por homicidio, con 77.7% del total nacional.

Con relación a las estadísticas, Fernández (2002) dice que más allá de las cifras globales o parciales que se pueden considerar, todos los organismos y autores coinciden en que estas no reflejan la totalidad del fenómeno. Además, que los malos tratos a los niños constituyen un problema pero no insoluble, ya que cuatro de cada cinco padres que hacen objeto de violencia física a sus hijos pueden ser convencidos de que abandonen esa actitud (Kempe & Kempe, 1979).

Lo antes expuesto refleja que el problema es universal, por lo que se hace necesario promover en la comunidad un sentido de solidaridad humana y un profundo respeto por los niños, quienes deben ser objeto de cuidados, atenciones y cariño; alentando a la población para que haga del conocimiento de las autoridades competentes todas las situaciones de malos tratos a los niños sin el temor a represalias.

Ya en manos de la autoridad, el Ministerio Público, tal y como lo explica Osorio (2005), llevará a cabo actividades especiales en la investigación de los casos, lo que involucra una serie de cuestiones médico-legales. Mediante la averiguación previa se determina si efectivamente los daños que presentan los niños son el resultado de conductas dolosas y si estas son atribuibles a determinada persona; es decir, detecta, investiga y en su caso comprueba el cuerpo del delito y la probable responsabilidad.

En el caso en que se haya detenido y establecido razonablemente la comisión de malos tratos, se evita que el niño retorne al medio de peligro donde corre el riesgo de ser objeto de nuevas agresiones que le produzcan lesiones, muerte u otros efectos nocivos. Se separa al menor del ambiente agresivo y se traslada a un lugar en el que se resguarda mientras se realizan las indagatorias correspondientes, así como también se somete a tratamiento y rehabilitación tanto a las víctimas como a los agresores.

Respecto la separación, hasta donde sea posible, no debe de ser definitiva; lo cual depende totalmente de la disposición mostrada por los padres o cuidadores a los decretos de la autoridad para impedirles reincidir en conductas que dañen al niño. En ocasiones específicas, en las que la integridad del menor no se expone, mediante visitas periódicas se observa el progreso del agresor en el ámbito familiar y permite el retorno gradual al medio anteriormente peligroso (Osorio, 2005). De lo contrario, las autoridades se encargan de canalizar a los menores a residencias permanentes (casa hogar) donde les proporcionan todo lo necesario para su desarrollo hasta que sean capaces de hacerse responsables de ellos mismos al llegar a la mayoría de edad.

En el Distrito Federal, el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría General de Justicia, adscrita a la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad, se creó con el objeto de apuntalar el respeto y la protección de los derechos de los niños de 0 a 12 años de edad que sean víctimas de delitos como violencia familiar, abuso sexual, violación, abandono de persona, entre otros, o que se encuentren en una situación que pueda privarlos de sus derechos fundamentales (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Información sobre el Centro de

Estancia Transitoria para niños y niñas. Recuperado el 02 de abril de 2013 de <http://www.pgjdf.gob.mx/index.php/micrositios/estancianinosninas/subdirecciones>).

Dentro de esta institución, la Subdirección de Psicología tiene la responsabilidad de evaluar y proporcionar a los niños que ahí se resguardan terapia, con el objetivo de que adquieran herramientas que mejoren la imagen de sí mismos, su relación con el entorno y promover su adecuado desarrollo psicoemocional. Al respecto, en colaboración con instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se ha implementado un trabajo en conjunto que tiene como finalidad promover la participación de estudiantes en materia de psicología en la evaluación y tratamiento de los niños que ingresan. Esta institución es una de las sedes de la Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM, la cual brinda por un lado, enormes oportunidades de aprendizaje de estrategias de evaluación e intervención para los estudiantes, mientras que por el otro se beneficia a los pequeños al acompañarles durante su proceso de estancia en el centro y se les ayuda a disminuir los síntomas de depresión, ansiedad y el sufrimiento psicológico relacionados con la experiencia de maltrato y los cambios que enfrentan con su estancia temporal en el centro.

Conociendo la prevalencia de este fenómeno social en nuestro país, así como la manera en que operan las autoridades en el manejo de las investigaciones pertinentes para el seguimiento de los casos y el cuidado de la seguridad de los menores, es necesario considerar algunos de los elementos que primordialmente se trabajan en el plano de la rehabilitación de los pequeños que han sido víctimas de maltrato, así como algunas medidas de prevención del mismo como parte de las funciones que lleva a cabo el profesional de la Psicoterapia Infantil.

### ***2.7 Rehabilitación y prevención***

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, los daños que llegan a sufrir los menores como consecuencia del maltrato pueden tener dimensiones que van desde lo físico hasta lo psicológico. Es por ello que Osorio (2005) menciona que las primeras medidas de rehabilitación que deben tomarse con el niño maltratado son de tipo médico con el objetivo de realizar las pruebas y los análisis pertinentes que determinen la naturaleza y las secuelas de la lesión física para tomar las medidas de rehabilitación que correspondan. Posteriormente se proporciona la atención psiquiátrica y/ o psicológica a fin de ofrecer al niño maltratado posibilidades de superar los estados psíquicos originados por las agresiones y de tener oportunidad para incorporarse a la sociedad en condiciones positivas. Esto es, la atención que se brinde a los menores y a las familias de los mismos debe ser multidisciplinaria (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, etc.).

Se sabe que un niño maltratado puede requerir de cierto tiempo para que adquiera confianza y necesita saber que sus sentimientos son permitidos y estimulados antes de que se considere seguro para expresarlos. Asimismo son muy sensibles ante la crítica o el rechazo y su resentimiento y su enojo están solamente reprimidos, ya que conforme transcurre el tiempo pueden estallar, contra un niño más pequeño o el mismo adulto cuando se siente finalmente seguro para expresarlos (Kempe & Kempe, 1979).

Por todas las características que presentan los niños que han sido víctimas de malos tratos, se tiene que los principales objetivos en la intervención psicológica con ellos, según García y Noguero (2006), son: el profesional le debe transmitir, convencer y demostrar que no es culpable del maltrato, ni de la posible ruptura familiar, para lo cual se le ayuda a expresar



sus sentimientos de enojo, culpa y vergüenza; posibilitar la normalización de su desarrollo evolutivo, lo cual le producirá una sensación de bienestar; desligarlo de cualquier responsabilidad sobre la situación que ha vivido y además transmitirle la seguridad de que ha sido un acontecimiento que también le sucede a otros niños y se va a actuar para que no le vuelva a ocurrir.

Sobre esta línea, Kempe y Kempe (1979) explican que las metas de la psicoterapia han de ser superficiales o inmediatas dependiendo de la situación del paciente, su habilidad para expresar con precisión sus sentimientos, su capacidad de cambio y su disposición para aprovechar el apoyo que se le ofrece. En última instancia, cualquier terapia individual beneficiará sin duda a todo niño que haya sido objeto de malos tratos, siempre y cuando se tenga en cuenta la misión principal del terapeuta, que es mantener una sólida imagen de la realidad en el espacio terapéutico para que la contraste con su mundo fantaseado y su experiencia del mundo exterior. Esto le hace ver más claro al niño lo inconsistente de su mundo familiar y abre el camino a nuevos modos de comportamiento al relacionarse de una manera totalmente distinta con una figura adulta. A través del proceso, el niño comienza a darse cuenta de que tiene sus derechos y que se le ayudará a encontrar un modo de protegerlos.

Un elemento importante a considerar al momento de plantearse hacer una intervención con un pequeño, es la diferencia de edad y las características evolutivas de cada etapa (García & Noguerol, 2006). En niños cuyas edades oscilen entre los 0 y 7 años, la intervención ideal, dado su desarrollo cognitivo y del lenguaje, será tanto con el menor como con los padres o adultos responsables. Con ambos se podrán utilizar diferentes tipos de herramientas y técnicas para atender las necesidades de cada uno, entre ellas se pueden mencionar: conversaciones, sesiones de juego, juegos de mesa, intervenciones con la madre o figura referente para mejorar las habilidades de los progenitores, tratamientos centrados en la expresión de los sentimientos (dibujar, escribir, hablar), técnicas en habilidades sociales, de autoprotección y prevención, entre otras.

Cabe mencionar que a pesar de que el niño tenga las habilidades intelectuales y de lenguaje suficientes para expresarse, en las situaciones particulares de maltrato es importante que la rehabilitación no se limite a la víctima de la conducta violenta, sino que es necesario atender también a los agresores con la finalidad de que modifiquen su conducta y se pueda llevar a cabo la rehabilitación del niño y de la familia en general para equilibrar el hogar en que se halla el niño maltratado (Osorio, 2005). En este sentido, tanto la educación como la orientación familiar son instrumentos de rehabilitación y también de prevención, ya que se pretende alcanzar un cambio de actitudes mentales, individuales y sociales puede evitar la prevalencia y normalización de los malos tratos.

En ciertas ocasiones, tal y como se refería en la sección anterior, cuando la seguridad e integridad del menor se ve expuesta una opción que toman las autoridades es la separación del medio de peligro, misma que tiene una doble función: como instrumento de rehabilitación y de prevención. Kempe y Kempe (1979) manifiestan que para el niño una separación de su familia aparte de que le alivia de su miedo a la violencia, significa también la probable pérdida de los únicos padres y del único género de cariño que ha conocido, y esto le asusta. Sus experiencias anteriores les dificultan adquirir aquello que se designa como “constancia de objeto”, es decir, la capacidad para considerar que las personas que aman siguen existiendo aunque no las vean y que son básicamente las mismas.

Muchos niños maltratados consideran la separación como una auténtica pérdida y se sienten rechazados o incluso castigados, ya que creen que es su propio mal comportamiento el responsable de que hayan tenido que ser llevados a un lugar distinto a su hogar. De ahí que el acompañamiento que el terapeuta infantil haga al menor para su adaptación al nuevo lugar en que se encuentra es básico, así como considerar que un niño maltratado requiere de mucha más ayuda y paciencia que otros pacientes para expresar la tristeza, el sentimiento de abandono, el miedo y el enojo que siente ante la gran cantidad de eventos y cambios que enfrenta.

Cuando van adquiriendo confianza a través de la psicoterapia, los niños maltratados aprenden a expresarse por sí mismos verbalmente o durante el juego, actividad en la que manifiestan directamente sus miedos, donde la realidad de las caóticas situaciones de sus hogares no está muy alejada de los acontecimientos traumáticos que fantasean. Kempe y Kempe (1979) hacen referencia a la capacidad que debe tener el terapeuta para demostrar al menor que entiende y acepta los sentimientos que expresa mediante los muñecos, y ello proporciona al niño la confianza de que sus sentimientos serán también aceptados de tal forma que su capacidad para confiar en otros aumenta de modo gradual y puede sentirse feliz con la mayoría de los adultos a los que ve todos los días.

Como se ha visto, la rehabilitación y prevención requieren acciones conjuntas de especialistas en múltiples disciplinas. Para el caso del psicoterapeuta infantil es primordial su sensibilidad, paciencia, creatividad, tolerancia y comprensión ante las diferentes estrategias que cada uno de los menores va adoptando para desenvolverse en su proceso terapéutico y evidenciar las consecuencias de su exposición al maltrato. Al respecto se debe considerar que cada terapia y cada proceso son tan individuales como el niño y su contexto, además de que se debe respetar al pequeño como el ser humano que es. Esto involucra el deber moral de guardar discreción absoluta con respecto al conocimiento de los antecedentes y situaciones privadas que se advierten sobre el pequeño, los padres o cuidadores y la familia en general; como parte de la evaluación e intervención que se realiza durante el proceso terapéutico del menor con motivo del ejercicio de este deber profesional.

### ***2.8 Ética profesional en el trabajo con niños maltratados***

Como parte de la labor cotidiana del terapeuta infantil, se encuentra el hecho de conocer a fondo la dinámica en la cual se desenvuelven los niños dentro del contexto familiar y escolar principalmente, ante lo cual conoce la complejidad de interacciones que caracterizan a cada uno de estos ambientes. Es bien sabido que cada uno de los elementos que se trabajan como parte de la terapia son confidenciales y se hace uso de ellos solo en beneficio de las personas que acuden a solicitar los servicios, en este caso terapéuticos. Sin embargo, es imprescindible hablar de aquellos casos en los que se tiene acceso a información cuya confidencialidad lejos de beneficiar el proceso terapéutico constituye una fuente de validación de acciones que perjudican y ponen en riesgo a los individuos y al entorno familiar.

Como se ha visto anteriormente, desde hace muchos años y hasta la época actual, es cada vez más reconocida la prevalencia de malos tratos en la dinámica familiar y social, en que la violencia se ha normalizado y generalmente queda encubierta en el ámbito familiar, lo cual repercute directamente en el desarrollo de los menores, quienes en muchas ocasiones no

conocen una forma diferente de relacionarse con los otros sin considerar la agresión y el sometimiento del otro.

Hay algunas situaciones en que los profesionales de la salud son testigos de casos en que probablemente existan situaciones de malos tratos a los niños que pongan en riesgo su integridad y bienestar físico y psicoemocional. Al respecto, desde el punto de vista ético y humano es un deber hacer del conocimiento del órgano investigador este tipo de situaciones, no únicamente por parte del médico sino de cualquier persona o profesional, puesto que cuidar la salud y la vida de los seres humanos es primordial y debería formar parte de los deberes morales y sociales de todos los individuos.

Por lo tanto, después de hacer el diagnóstico correspondiente, la obligación del profesional sería proceder a hacer la respectiva denuncia, ya que en caso de que no se denuncien los malos tratos, es el agresor a quien se encubre, por lo tanto por razones morales y sociales el secreto profesional debe desaparecer en estos casos por el bien del niño (Osorio, 2005).

En este tipo de circunstancias no se viola el secreto profesional, pues existen deberes de orden moral, social y jurídico para hacer tal comunicación. Finalmente la determinación de responsabilidades corresponderá a las autoridades competentes, de tal manera que el profesional se encuentra perfectamente protegido y cubierto por la ley, en el caso de que formule denuncia por malos tratos.

Al respecto, el que revela un secreto con justa causa no incurre en delito alguno y es de estimarse que la protección de la integridad física y mental del niño y tal vez de otras personas, es una causa plena e indudablemente legítima desde el punto de vista moral, social y jurídico.

Otra circunstancia en que la ética profesional se hace presente es cuando se realizan investigaciones o presentaciones de casos clínicos con la finalidad de generar y/ o transmitir experiencias y conocimiento, en que el mantenimiento de la confidencialidad es primordial y únicamente se hace uso de la información que para el propósito científico se utiliza, de tal forma que no queden comprometidos elementos privados tanto de los individuos como de los sistemas familiares que sean irrelevantes para la comprensión de las estrategias y técnicas de evaluación y de intervención implementados.

Para el estudio que se presenta a continuación, se tomaron en cuenta los principios éticos que permitieron resguardar la confidencialidad, tanto del niño como de su familia, por lo que solo se presentan los datos que permitan comprender el contexto en el cual se desarrolló el menor, y de manera general la dinámica en que se desarrolló los primeros años de su vida para que con ello se tenga una mejor comprensión del proceso que se siguió con él y los fundamentos teóricos y prácticos que se consideraron para abordar las principales metas terapéuticas.

## SEGUNDA PARTE REPORTE DE CASO



*"Los juegos infantiles no son tales juegos,  
sino sus mas serias actividades"  
(Michel De Montaigne)*

### **Introducción**

La Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM brinda a sus alumnos una formación teórico-práctica supervisada en escenarios profesionales, la cual adquieren a través de la atención especializada que proporcionan a la población infantil con necesidades afectivas insatisfechas, lo cual incluye a los menores que han sido víctimas de violencia, con el principal objetivo de reducir el impacto que las experiencias traumáticas han dejado en estos menores.

Una de las sedes en que se lleva a cabo este trabajo psicoterapéutico con los niños es la Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ, institución que resguarda a pequeños que han sido víctimas de maltrato físico, psicológico, negligencia, abuso sexual, abandono; o bien que debido a que no cuentan con algún familiar alterno que pueda hacerse cargo de ellos mientras que sus padres o cuidadores principales enfrentan algún proceso jurídico por cierto delito que han cometido, por no estar bien de sus facultades mentales o porque la integridad física y/ o emocional de los pequeños esté expuesta debido a que los padres no son aptos para valorarlos como personas y por consiguiente puedan brindarles los cuidados necesarios para su óptimo desarrollo.

Las prácticas en la Estancia Transitoria permiten conocer diferentes casos, por ejemplo, aquellos en los que las personas que ejercen algún tipo de violencia en contra de los menores lo hacen con toda la intención de descargar su frustración y enojo en los niños o dañarles como una forma de ejercer su autoridad hacia ellos; también existen situaciones en que los padres no generan tal violencia hacia sus hijos con el consciente propósito de lastimarles, sino más bien porque es la única manera en que han aprendido a relacionarse con los demás desde varias generaciones anteriores en su seno familiar. De ahí que en ese espacio se pueden observar las consecuencias o alteraciones que presentan los pequeños por este tipo de experiencias traumáticas, de las cuales afortunadamente al estar en el centro son sobrevivientes.

De manera favorable, mientras se resuelve su situación jurídica, en la estancia los pequeños reciben atención médica, pedagógica y psicológica con la finalidad de facilitarles las condiciones que les permitan superar todas aquéllas pérdidas y cambios que se generan por el entorno disfuncional en el que se han desarrollado. De ahí que sea común observar en estos niños deficiencias en su funcionamiento a nivel individual, familiar y social. Por ejemplo, la reproducción de los malos tratos hacia figuras de autoridad o hacia sus iguales, alteraciones en el rendimiento académico, en el ajuste psíquico individual y el tipo de relaciones que establecían con los demás miembros del grupo (Ampudia et al., 2009).

Algunas de las reacciones que se observan de los pequeños ante lo que están viviendo son por ejemplo, justificar el maltrato que han recibido con alguna conducta que ellos mismos hayan tenido, tales como: “Me porté mal, no obedecí, por eso me pegaron y/ o me abandonaron” y están dispuestos, ya sea a cambiar para convertirse en “los niños y niñas buenas” que sus papás quieren, o a soportarlos nuevamente si se les regresa a su casa junto a su familia. Por el contrario, hay pequeños que se sienten seguros dentro de la institución y afirman no querer regresar al lado de las personas que tanto daño les han causado. A su vez, existen niños y niñas que ya sea por la etapa de desarrollo en la que se encuentran o porque no tienen otro parámetro de comparación frente al estilo de vida que conocen, ni siquiera asimilan la situación en la que se encontraban y mucho menos imaginan que aquellas experiencias que han tenido no son “normales”.

Debido a que las secuelas que presentan estos niños son diversas y su permanencia en la estancia es de temporalidad variable, es trascendental la función del psicoterapeuta infantil dentro de la institución, ya que acompaña a los pequeños en su proceso de adaptación al centro además de brindarles aquéllas herramientas que les permitan disminuir su estado de confusión, culpa y desvalorización que el simple hecho de estar lejos de sus padres, familiares, de sus cosas materiales y el salir de sus rutinas les puede traer.

Conforme transcurre el trabajo, los niños visualizan el espacio terapéutico como un lugar en el que pueden ser y hacer lo que quieren, expresar su pensar y su sentir a través del juego sin temor a ser regañados o rechazados; conocen sus potencialidades así como formas de vida y de interacción diferentes a las que han vivenciado, donde el amor incondicional, el respeto y la aceptación son el eje para su fortalecimiento y resignificación de su historia de vida.

A través de su mayor forma de expresión: el juego, pueden asimilar y elaborar situaciones difíciles, promoviendo cambios admirables a través de las sesiones. Tal es el caso del pequeño que se presenta a continuación como reporte de experiencia profesional, ya que su abordaje permitió, por un lado, poner en práctica aquellas estrategias de evaluación e intervención psicoterapéutica que se revisaban teóricamente como parte del programa de la Residencia en Psicoterapia Infantil; y por otro lado es un claro ejemplo de la fortaleza que poseen los niños y de la forma en que se puede cambiar el rumbo de sus historias a través de la psicoterapia, para brindarles mayor bienestar y estabilidad psicoemocional que les permita desarrollarse funcionalmente en las etapas subsiguientes de su vida.

Es importante mencionar que para la realización del presente estudio de caso se atendieron los lineamientos del Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud, por lo que se considera un estudio sin riesgo, ya que se asegura el total seguimiento a las disposiciones que el mismo refiere para la protección de los derechos de las personas incluidas en este reporte; por lo que, para todos los participantes se considera el anonimato y para la realización de este escrito se recurrió al consentimiento informado de las autoridades de la Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ, espacio en que se llevó a cabo el estudio de caso.

Asimismo, debido a que se trata de un estudio en el que se trabajó con un pequeño que vivió en condiciones de privación emocional durante los primeros años de su vida, y que aunado a esto requería de una evaluación e intervención integrales para trabajar sobre cada una de las áreas que se vieron afectadas por los eventos traumáticos a los que estuvo

expuesto; a continuación se presentan algunos conceptos importantes para advertir la dimensión del daño que tenía el menor a su ingreso a la Estancia Transitoria y los elementos considerados durante el proceso psicoterapéutico, con la finalidad de tener una mejor comprensión del análisis de la información obtenida en cada una de las sesiones y con ello fundamentar los logros observados en su tratamiento durante el tiempo que permaneció albergado en la institución.

Debido a que el trabajo psicoterapéutico que se realiza con un menor es muy distinto al que se lleva a cabo con los adultos, en primer lugar se presentará la terapia infantil con juego que fue utilizada durante todo el proceso psicoterapéutico; a su vez los principales fundamentos del enfoque integrativo empleado de acuerdo a las características del menor y el grado de afectación que presentaba desde la evaluación; para que posteriormente se aborde la privación emocional como forma de maltrato que sufrió el pequeño antes de su ingreso a la estancia y que tiene elementos particulares frente a otras formas de maltrato, y por último la estructuración yóica, que se empleó como marco de referencia para visualizar los avances que iba presentando el menor a través del trabajo que se llevaba a cabo con él.

### **1. *Terapia infantil con juego***

El juego, además de constituir la ocupación principal del niño por ser divertido, placentero, voluntario y no obligatorio, tiene un papel primordial en su estimulación y desarrollo. Martínez (1998) refiere que favorece el desarrollo de la motricidad, de la cognición (atención, memoria, representaciones mentales, conocimientos previos y capacidad de razonamiento) y de la socialización, la cual se desarrolla en dos planos: en lo individual se va profundizando la propia personalidad, y en lo colectivo se va tejiendo una red de contactos sociales en la que nos encontramos inmersos en cada momento.

En el mundo mágico del juego se hace posible todo tipo de realizaciones porque las actividades efectuadas en éste son productos de la ilusión, esto es, en el juego se puede conseguir todo lo que se quiera, al ser una vía excelente que tienen los pequeños para expresar y realizar sus deseos. Además, siendo el juego un mundo en el que se halla inmerso el niño en un momento dado, la conexión con la realidad es continua.

El juego es evolutivo ya que empieza por el dominio del cuerpo, al satisfacer las necesidades básicas de ejercicio físico, y posteriormente maneja las relaciones sociales y su medio. A medida que se hacen mayores, los pequeños se marcarán nuevas metas en la línea de un perfeccionamiento de las ejecuciones. Por ejemplo con los juegos de imitación ensayan y se ejercitan para la vida de adulto y al jugar con otros niños y niñas se socializa y gesta sus futuras habilidades sociales. Además, en el juego es muy frecuente observar diferentes matices emocionales en los niños debido a que es un canal de expresión y descarga de sentimientos, positivos y negativos, lo cual contribuye en el desarrollo socioemocional armónico de los menores y a su equilibrio emocional (Martínez, 1998).

Para Winnicott el juego es un lugar de la experiencia de la realidad, el espacio donde se desarrollan los contactos, las “transiciones” entre el interior del individuo y la vida exterior. El niño, gracias al juego, espacio de transición, va a pasar de la relación con el objeto interno a la utilización de éste como fenómeno exterior (Anzieu, Anzieu-Premmereur & Daymas, 2001).

Por otro lado, debido a que el niño no tiene a su disposición el uso del lenguaje, el juego le permite una expresión simbólica de sus angustias, ya que por un lado proyecta en los objetos a los personajes de su mundo interno y pone en escena sus mecanismos de defensa; mientras que por el otro, el niño intenta dominar por medio de esta actividad las experiencias desagradables y a través de la repetición otorgará su conformidad reconstruyendo lo que ha vivenciado.

Es a partir de los anteriores beneficios que se observan en el juego que desde la segunda mitad del siglo XX esta técnica es adoptada por los analistas que trabajan con los niños que presentan problemas en el manejo de sus emociones, las cuales aluden a conductas consideradas disruptivas en su ajuste socio-emocional (Anzieu, et al., 2001). En la actualidad, el juego como técnica en la psicoterapia infantil aparece de forma constante dentro de todos los modelos teóricos (Esquivel, 2010).

El juego es algo complejo y aún no ha surgido una propuesta que abarque todas sus dimensionalidades, por ejemplo Martínez (1998) hace referencia a la teoría de Piaget, la cual considera que el saber cómo piensa el niño y en qué estadio de desarrollo se encuentra se puede obtener a partir de su forma de jugar. Por su parte, Vygotsky estudió el papel del juego en el desarrollo mental del niño así como el proceso de adquisición y consolidación de las capacidades mentales superiores. Dedujo que en el juego se desarrollan competencias específicamente humanas, porque en la ficción se adoptan papeles y se practican manifestaciones y formulismos sociales, buscando un mayor perfeccionamiento y tratando de dominar las resistencias que ofrece la comparación con la realidad. En los últimos tiempos, la formulación ecológica destaca el papel de los entornos, donde el ambiente social tiene una importancia fundamental en el comportamiento y el desarrollo de las personas. Desde esta perspectiva el desarrollo de un niño consiste en la reproducción de la realidad de acuerdo con sus capacidades, en donde lo va haciendo con mayor complejidad conforme crece e inclusive lo podrá modificar según sus necesidades y deseos.

Cuando se trabaja con niños y se emplea la técnica de juego, se pueden obtener elementos que permiten al terapeuta darse una idea del grado de madurez del niño y valorar si se encuentra ante un desarrollo equilibrado en los aspectos físico, cognitivo y social; se puede establecer su tipo de personalidad y los problemas que le están acechando. Su juego puede ser ordenado, obsesivo o caótico, se puede inhibir o mostrarse destructivo, adoptar papeles caracterizados por la bondad o la maldad, por la sumisión o la rebeldía (Martínez, 1998; Esquivel, 2010).

Es por ello que el juego se ha utilizado para evaluar diferentes aspectos del desarrollo (Martínez, 1998). A su vez, Esquivel (2010) refiere que el juego también es una importante técnica de intervención que tiene como objetivo final el que los menores puedan obtener estrategias de autorregulación de sus emociones y un desarrollo socioemocional armónico y adaptado para manejar las diferentes situaciones de la vida en los ámbitos donde se desenvuelven.

Sobre esta línea, Martínez (1998) afirma que en los procedimientos de evaluación de desarrollo a partir del juego se tiene en cuenta el comportamiento del niño en relación a ciertos aspectos (utilización del espacio y del material, grado de imaginación o simbolismo, motricidad gruesa y fina, etc.). A su vez, en el ámbito de la intervención terapéutica el

objetivo es hacer desaparecer ciertas formas de comportamiento inadecuados y mejorar el nivel evolutivo, general o particular, en alguno de las esferas del desarrollo. En resumen, el juego nos permite conocer a los niños de una edad, en su faceta colectiva e individual, de sus habilidades personales y de relación con los demás.

Viendo hasta ahora solo algunas de las virtudes que tiene el juego en el desarrollo de los niños y también su importancia al considerarse como una estrategia para trabajar con los pequeños en el ámbito de la psicoterapia infantil, se retoma la definición que ofrece la Asociación de Psicoterapia de Juego (2001, citada en Ruíz, 2004, p. 43), ya que éste fue la principal herramienta empleada en el trabajo que se llevó a cabo con el pequeño del caso que incumbe el presente escrito:

“La psicoterapia de juego es el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal, donde un psicoterapeuta de juego entrenado utiliza los potenciales terapéuticos del juego para ayudar a prevenir o resolver dificultades psicosociales y favorecer el óptimo crecimiento y desarrollo de sus pacientes”.

Aunque es muy completa la definición de psicoterapia de juego, agregaría que “es el uso sistemático de varios modelos teóricos”, ya que es posible considerar las necesidades de los pequeños desde distintas perspectivas o enfoques, y a partir de estas se puede elaborar un plan personalizado de tratamiento que facilite el trabajo con cada uno de los pacientes. Esto que se ha señalado fue lo que se implementó en el presente trabajo, lo cual tiene su fundamento en el enfoque integrativo, mismo que se abordará a continuación.

## **2. Enfoque integrativo**

Desde los inicios de la Psicología han surgido diversas corrientes o escuelas con concepciones distintas del ser humano y por ende con énfasis en determinados elementos de la dinámica psicológica, algunas áreas de conocimiento y estrategias clínicas. Esquivel (2010) menciona que la tendencia al reduccionismo sea hacia lo simple o bien hacia lo complejo ha matizado en gran medida la evolución de la psicoterapia, y pueden situarse diferentes puntos de vista respecto a esta pluralidad. Al respecto, Mondragón (2002) menciona que esta variabilidad de enfoques es el resultado básicamente de dos hechos fundamentales: a) la existencia de sujetos investigadores distintos que ven la realidad desde personales y cambiantes ópticas individuales y b) una realidad en permanente cambio y transformación, sujeta a múltiples interpretaciones.

Tenemos por ejemplo que el enfoque psicodinámico acentúa el rol del inconsciente en el origen de los trastornos psicológicos y considera que lo importante para su superación es hacer consciente lo inconsciente; el enfoque conductual ha resaltado el rol del ambiente en la génesis de los problemas psicológicos y el papel de los cambios en las contingencias ambientales para su resolución; para el enfoque familiar humanista, lo esencial ha sido el desarrollo personal y las reglas de los sistemas psicosociales importantes para la persona. Así como éstas se pueden situar numerosas perspectivas psicológicas desde las cuales una misma realidad o problemática puede ser abordada y en donde cada una privilegiará más algunos elementos que otros.

A pesar de la gran cantidad de enfoques a través de los cuales se pueden estudiar los diferentes fenómenos y problemáticas psicológicas, está claro que los pacientes no han de



reducirse a las teorías existentes, ya que son entes complejos imposibles de estudiar desde una sola dimensión psicológica como lo pretendían ciertas teorías tradicionales.

Es así como la terapia integrativa se puede considerar dentro de un modelo ecosistémico, ya que concibe al individuo como un sistema complejo al integrar lo biológico, afectivo, cognitivo y conductual, que se desarrolla en interacción con un ambiente familiar y sociocultural específico, en un determinado tiempo histórico (Bagladi, 2010).

Se tiene entonces que la terapia integrativa tiene el objetivo de integrar todo conocimiento válido que aporte a la comprensión del funcionamiento psicológico y a la efectividad de la psicoterapia, que lejos de calificar las aportaciones que han hecho los enfoques psicológicos existentes, procura nutrirse de lo mejor de ellos, tomando en cuenta que es imposible integrar todas las propuestas que han hecho los diversos autores y enfoques por lo que solo considera los aportes válidos de cada uno de ellos, mismos que en última instancia tienen el mismo objetivo: estudiar, evaluar, diagnosticar, dar solución y prevenir los problemas psicológicos que aquejan a los seres humanos (Bagladi, 2010).

Según Esquivel (2010), existen tres formas en que los profesionales clínicos pueden integrar los diversos modelos teóricos dentro de su práctica profesional:

- a) En el eclecticismo técnico los terapeutas no se afilian a modelos teóricos particulares, sino que reconocen y emplean una técnica particular cuando es efectiva para cierto tipo de problemas.
- b) La integración teórica implica que el profesional desarrolla un modelo propio a través de una síntesis conceptual de las contribuciones de modelos previamente establecidos.
- c) Dentro del modelo de factores comunes el profesional desarrolla una estrategia al estudiar los ingredientes centrales que diversas terapias tienen en común y selecciona los componentes que han demostrado ser los contribuyentes más efectivos para los resultados positivos en psicoterapia.

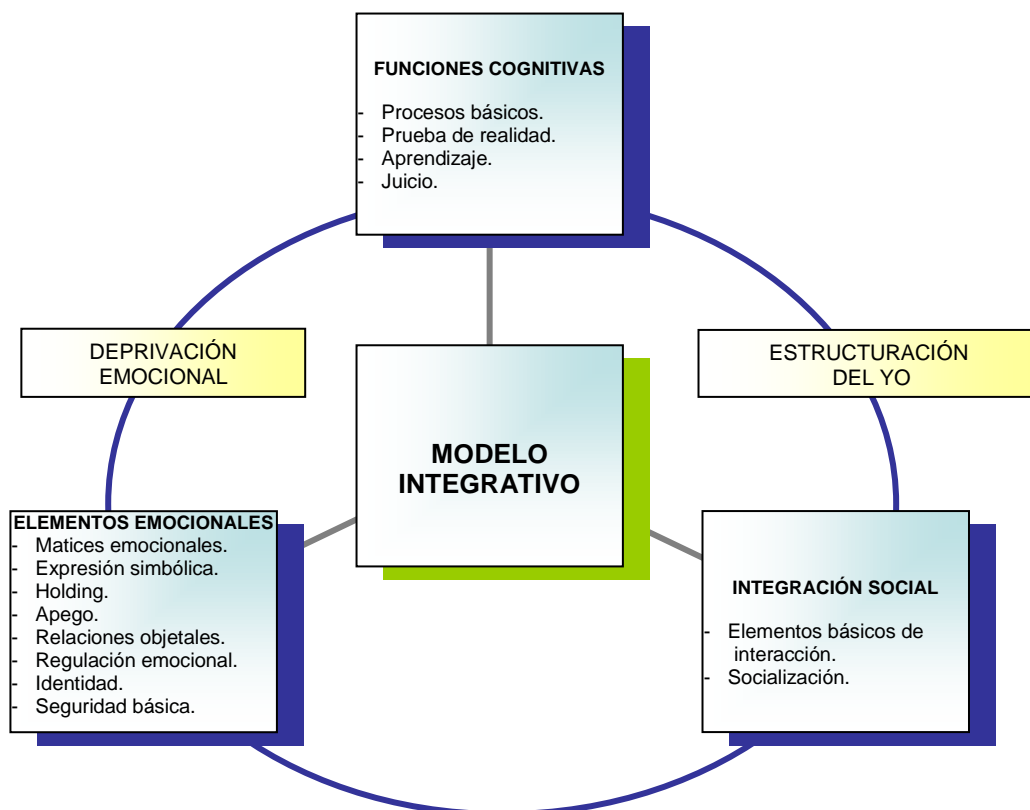
Respecto a la diversidad de enfoques, algunos autores como Wampold (2001, citado en Bagladi, 2010) han concluido que las diferencias entre estos o son muy pequeñas o bien son inexistentes, además de que es posible encontrar semejanzas entre ellos. Esta es una de las razones por las que se empleó este modelo para el presente estudio de caso, ya que una de las principales características del modelo integrativo es que no es rígido, está abierto al cambio y a una búsqueda constante de nuevos conocimientos, puede tolerar la incertidumbre y procura tener la suficiente agudeza y flexibilidad para rectificar, integrar y cambiar.

Sobre el tratamiento terapéutico de los niños, Esquivel (2010) menciona que en todas las aproximaciones psicológicas se toma en cuenta su desarrollo socioemocional y la manera en que las dificultades afectivas se traducen en problemas focalizados o síntomas, los que constituyen una preocupación para los padres o adultos encargados de los menores, por las consecuencias que pueden tener en el desarrollo armónico de la personalidad y vida de los niños.

Como se ha hecho referencia, el modelo integrativo permite trabajar las diversas problemáticas psicológicas que presentan los seres humanos, considerando que todas ellas tienen gran cantidad de factores que las originan y efectos en las distintas esferas en que se

desarrollan los individuos. En el presente estudio de caso se abordan las secuelas de un fenómeno conocido como privación emocional a través del modelo integrativo, no solo por la gran cantidad de componentes de esta tipología de maltrato infantil y las implicaciones que tuvo en el desempeño del pequeño a su ingreso a la institución, sino que además se consideró como óptimo el modelo considerando que el proceso no tendría una temporalidad establecida y en cualquier momento el niño podía ser canalizado con algún familiar alternativo o institución mientras seguía el proceso jurídico de sus familiares, por lo que la manera de intervenir tenía que ser precisa y rápida, lo cual se facilita mediante la aplicación de aquellas estrategias terapéuticas efectivas en determinadas problemáticas.

A su vez, considerando las modalidades en que se puede realizar una integración de los diferentes enfoques teóricos en la práctica, el proceso que se llevó a cabo en este estudio se realizó bajo el eclecticismo técnico y la integración teórica, debido al nivel de afectación que presentaba el menor y, como se ha mencionado, a las condiciones en que se trabajaba con él dentro de la institución, así como también considerando por un lado la multiplicidad de acontecimientos que le habían afectado y cada uno de los elementos que contribuían en los avances que presentaba dentro de las sesiones psicoterapéuticas y en la estructura que la propia institución pudo brindarle a través de su inserción en actividades elementales para su autocuidado, hasta en aquellas que involucraba interacción social y adquisición de elementos socioculturales esperados para un pequeño de su edad.



*Figura 1.* Elementos identificados en cada una de las áreas abordadas en el presente estudio de caso a través de un modelo integrativo, donde la privación emocional y la estructuración yoica fueron las variables constantes durante todo el proceso psicoterapéutico realizado con el menor.

En la Figura 1 se muestran las áreas abordadas en este estudio bajo un modelo integrativo, donde además se puede advertir la evaluación de la estructuración yoica del menor, así como las consecuencias de la privación emocional observadas en cada una de las áreas analizadas durante todo el proceso terapéutico.

Con respecto a este último elemento, ya se ha mencionado que la privación emocional constituye un tipo de maltrato con diversos elementos que generan gran afectación en las personas que lo sufren. Es por ello que a continuación se presentan las principales características de la privación emocional, que fue una de las principales formas de maltrato que experimentó el menor del presente estudio de caso, lo que permitirá una mejor comprensión de las condiciones en las que el niño ingresó a la estancia transitoria.

### **3. *Privación emocional***

Los niños son seres sociales que desde su nacimiento requieren de los otros para satisfacer sus necesidades básicas, entre estas el desarrollo de la afectividad. Asimismo, la relación que el niño vaya estableciendo con su entorno dependerá tanto de sus características personales como de la actuación de los diversos agentes sociales (por ejemplo la familia, la escuela, el medio social en que se desenvuelve) quienes lo influirán durante toda su existencia (Franco, 1988).

La familia constituye el medio natural en el que el niño comienza su vida, el primer contacto que tiene con la sociedad y de la cual aprende formas de ser, pensar y sentir, por lo que la estabilidad y el equilibrio en la relación que mantenga con cada integrante de esta, en especial con sus padres y los miembros de su familia más significativos, precisan el clima afectivo en el que transcurrirá la primera etapa de su vida y que configurará el tipo de relaciones que establecerá en el futuro. Al respecto González (2004) manifiesta que a través de las influencias culturales y las pautas sociales se va configurando el desarrollo emocional de los niños, al establecer los tipos de emociones que son permitidas y rechazadas, así como también las que se espera adquieran las generaciones jóvenes por exigencia de las adultas.

Por su parte, Winnicott (2005) refiere que para que se produzca el desarrollo emocional en los niños es necesario un ambiente facilitador que los estructure y les provea el holding o sostén para que desarrollen la "permeabilidad" entre mundo interno y mundo externo. Todos los niños necesitan experimentar el afecto de sus padres al ser la manera en que desarrollan su autoestima y la seguridad básica para ser capaces de adquirir con el tiempo su autonomía personal. De ahí que sea fundamental desde los primeros meses de la vida del niño su vinculación de forma armónica con una figura de apego, la cual promoverá el desarrollo de su afectividad y socialización mediante la interiorización de valores, normas y conductas que influirán su comportamiento y su personalidad (Franco, 1988). De primordial importancia es considerar que a pesar de que los sucesos que influyen en los primeros dos o tres años no pueden ser recordados, el niño intuye la verdadera naturaleza de estos acontecimientos, y sus imágenes dominantes subrayan sus sentimientos y sus acciones, las cuales serán la base para su desenvolvimiento futuro en situaciones relacionadas con el apego (Heredia, 2005).

Cuando se habla de privación emocional no significa que el niño sea despojado de toda experiencia emocional, más bien que no se le permite experimentar cantidades razonables de emociones placenteras (por ejemplo: curiosidad, alegría, felicidad, amor y afecto) que

son necesarias para su óptimo desarrollo (Franco, 1988). Cuando se definió este concepto, el paradigma de la privación era el cuadro causado por la imposibilidad por parte del niño de tener algo, aunque este algo estuviera presente; y se caracteriza por la presencia de síntomas físicos o psicológicos ante la ausencia de adultos que den sostén y apoyo emocional. Cabe destacar que esta falta de soporte cognitivo, emocional y social tiende a generar estados de ansiedad física y/ o mental que se observan comúnmente en los menores que han sido víctimas de maltrato (OMS, 1962, Reissman, 1962, Myers & Hertenberg, 1987, citados en Ampudia et al., 2009).

Según González (2004) algunos de los factores que suelen ser más traumatizantes en la génesis de un estado carencial grave son: la reactividad propia del sujeto, la edad del primer abandono y la repetición de rupturas relacionales. Por su parte, Rutter (1990) concluye que se puede separar a los niños durante ciertos períodos de tiempo sin que se produzcan aparentemente efectos nocivos a largo plazo, esto si el niño se puede beneficiar de sustitutos parentales satisfactorios durante la separación. Además, que no es la separación en si misma la que les afecta únicamente, sino el motivo de esta separación; por lo que algunas experiencias de este tipo que sean de naturaleza agradable pueden ser beneficiosas, por ejemplo las vacaciones, y les llevará a tener menos problemas por separaciones desagradables como la hospitalización.

Con respecto a las consecuencias de la privación emocional pueden ser diversas según la naturaleza de las adversidades y las condiciones antecedentes, por ejemplo: una pobre calidad de interacciones sociales antes y durante la separación genera vulnerabilidad de parte del niño; la falta de experiencias sociales significativas puede traer como consecuencia retardo intelectual o trastornos conductuales en interacciones con adultos y compañeros; un apego inseguro a partir de las características del cuidador (frío, poca interacción, combinado con características del niño) traen pasividad y un temperamento difícil en el menor (Rutter, 1990 y González, 2004).

Socialmente los niños que han sido privados afectivamente sufren desventajas cuando han de desenvolverse en grupo al mostrar falta de asertividad ante los demás, una tendencia a ser poco cooperativos y hostiles, presentar resentimientos con agresividad, ser desobedientes y otras formas de conductas asociales. Además, es común que sean dependientes en lugar de independientes en su conducta (González, 2004).

Esto es, las áreas más vulnerables en los pequeños que han vivido algún tipo de privación afectiva son el desarrollo del lenguaje, la función de abstracción, la capacidad de generalización y la aptitud para establecer lazos interpersonales profundos y durables.

Se debe considerar que la privación afectiva padecida en épocas tempranas no solo puede dar lugar a numerosos trastornos psicológicos y psicopatológicos que se manifiestan a lo largo de la propia infancia, sino que estos pueden presentarse durante la adolescencia e inclusive persistir en la edad adulta. De ahí que sea primordial brindar a los niños atención psicológica inmediata con el objetivo de que puedan desarrollar las habilidades interferidas por la falta de estimulación que vivieron y paulatinamente superen los obstáculos que este tipo de vivencias dejaron adheridos a su Yo, generando un mayor grado de estructuración y madurez en la elección de los recursos, en el pensamiento, en la ideología, en el contacto con los impulsos, con la realidad y con su propio cuerpo.

Por lo anterior, es importante conocer algunos elementos de la estructuración del Yo que

faciliten la comprensión del nivel de afectación con que llegó el pequeño a la institución, además de conocer aquellos elementos que se consideraron como indicadores de los avances que iba presentando a través de las sesiones y de su permanencia en la estancia transitoria.

#### **4. Estructuración del Yo**

Se considera a la estructura como un proceso específico que cambia con poca frecuencia y que implica la organización de elementos con un particular estilo de respuesta, sin ser una entidad rígida y estática. Las estructuras se relacionan generalmente con patrones de organización, esquemas, órganos y aparatos; mientras que las funciones se refieren a las actividades y procesos que serán definitorios del nivel adaptativo del funcionamiento de los individuos (Bellak & Goldsmith, 1993).

Para Berk (1999, citado en Esquivel, 2010), el desarrollo de la consciencia del Yo inicialmente se basa en las características más visibles que diferencian a las personas (sexo, edad, etc.) que a su vez serán la base del autoconcepto y autoestima. Posteriormente esta consciencia del self se diferenciará para ajustarse en términos de disposiciones y rasgos de personalidad, actitudes y valores, etc., y posteriormente irán identificándose a sí mismos con ciertas características particulares (por ejemplo: simpáticos, tímidos, etc.).

Los grupos de pertenencia, la sociedad y la familia, tendrán una influencia notoria en el desarrollo de las cualidades y la personalidad de los individuos, al favorecer o dificultar algunas funciones del Yo, incluso hasta límites patológicos. Por un lado, se pueden situar elementos del contexto que favorecen la funcionalidad yoica, por ejemplo: ambientes gratificantes, con posibilidades de atender y aliviar la ansiedad, con comunicación fluida entre sus miembros, estimulación, elaboración de reglas claras e iguales para todos los participantes y pleno reconocimiento del sujeto, lo que implica que sea nombrado, mirado y escuchado. Por otro lado, encontramos ambientes que debilitan al Yo e interfieren en sus funciones, ya que se caracterizan porque: poseen reglas rígidas, la comunicación entre los sujetos se encuentra afectada por obstáculos físicos o emocionales y no existe estímulo alguno para utilizar recursos yoicos para el mejoramiento de dicho contexto (Rutter, 1990 y Bellak & Goldsmith, 1993).

Para que se tenga una mayor comprensión de las funciones yoicas que se han de considerar en el proceso terapéutico y análisis de la intervención, se retoma la división que hace de estas Fiorini (1973):

- a) Funciones básicas.** Dentro de estas se encuentran: memoria, percepción, atención, pensamiento, anticipación, exploración, ejecución y coordinación de la acción; las cuales se dice que están relativamente “libre de conflictos”, debido a que no suelen verse afectadas por la emoción, sin embargo en determinadas circunstancias aumenta o reduce su fiabilidad, ya que la memoria y la atención disminuyen en un estado de ansiedad o se ven aumentadas en una situación de alerta.
- b) Funciones defensivas.** Son los medios que utiliza el Yo para neutralizar las ansiedades mediante diversas modalidades de manejo del conflicto, restableciendo el equilibrio psíquico, eliminando una fuente de peligro y tensión. Las conductas

defensivas no existen solamente en procesos patológicos, sino que intervienen normalmente en el ajuste adaptativo del sujeto.

Entre los principales mecanismos de defensa encontramos los siguientes: proyección, introyección, regresión, represión, aislamiento, racionalización, formación reactiva, negación, idealización y escisión del objeto.

- c) Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras.** Permiten mantener una organización de las dos categorías anteriores y se ponen a prueba particularmente cuando un sujeto reorganiza sus relaciones con el mundo cuando éste ha tenido cambios, a través de una movilización selectiva de nuevas funciones de adaptación. La organización del Yo se encuentra amenazada por todo aquello que tiende a disgregarlo: ansiedades, vivencias traumáticas, exceso de culpa y demás situaciones externas o internas que puedan escindir al Yo.

Cuando se trabaja con un paciente es importante que se lleve a cabo un análisis de sus funciones yoicas para la planificación del abordaje que se realizará de acuerdo a sus recursos, y a su vez que se practique una evaluación de los cambios ocurridos durante el proceso terapéutico. Estos aspectos se llevaron a cabo en el presente estudio y son respaldados por un modelo integrativo, donde el grado de estructuración yoica del menor se obtuvo a partir de las conductas que presentaba el niño en las sesiones de juego, de la evaluación psicológica que se le practicó, así como también en su desenvolvimiento dentro del centro y su rendimiento en las actividades rutinarias; extrayendo de estos espacios elementos emocionales, de integración social y funciones cognoscitivas.

Después de revisar las repercusiones que tiene la privación emocional en el desarrollo integral de los pequeños, incluyendo la estructuración de su personalidad, así como la importancia de su pronto tratamiento bajo un modelo adecuado según sus características y el grado de afectación que manifieste, a continuación se abordan los elementos considerados para realizar el presente estudio, mismo que fue supervisado durante todo el proceso como parte de las prácticas realizadas en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ en la Maestría con Residencia en Psicoterapia Infantil de la UNAM.

## **CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

¿La intervención psicológica con enfoque integrativo mediante técnicas de juego permitirá un cambio en la estructuración Yoica en un menor que presenta deprivación emocional?

### **1.2 Objetivo General**

Establecer mediante la intervención psicológica con enfoque integrativo un cambio en la estructuración Yoica en un menor que presenta deprivación emocional.

### **1.3 Objetivos Específicos**

- Evaluar a través del juego diagnóstico la condición de deprivación emocional que presenta el menor en las áreas intelectual, precepto-motora, emocional y social, al ingresar a la institución.
- Evaluar el nivel de desarrollo del menor en las áreas de funcionamiento: intelectual, precepto-motor, emocional y social a través de la aplicación de técnicas psicológicas:
  - Escala de Inteligencia Preescolar y Primaria Wechsler (WPPSI).
  - Test Gestáltico Visomotor de Bender.
  - Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) - Koppitz y Machover.
  - Test de Apercepción Temática (CAT-A) Bellak.
  - Indicadores prueba de apego (Hernández, 2012).
- Explorar el nivel de afectación de la deprivación emocional respecto al funcionamiento cognitivo del menor.
- Explorar el nivel de afectación de la deprivación emocional respecto a la respuesta emocional que tiene el niño.
- Explorar el nivel de afectación de la deprivación emocional respecto a la interacción social que manifiesta el pequeño.
- Promover el cambio en la estructuración yoica del menor mediante la intervención psicológica con enfoque integrativo respecto a su funcionamiento cognitivo.
- Promover el cambio en la estructuración yoica del menor mediante la intervención psicológica con enfoque integrativo respecto a la respuesta emocional que tiene el niño.
- Promover el cambio en la estructuración yoica del menor mediante la intervención psicológica con enfoque integrativo respecto a la interacción social que manifiesta el pequeño.
- Evaluar los avances del menor después de la intervención psicológica, a partir de su desempeño en las áreas de funcionamiento: intelectual, precepto-motor, emocional y social a través de la aplicación de técnicas psicológicas mediante un post test.

## **1.4 Variables**

Deprivación Emocional

Estructuración Yoica

### **1.4.1 Definición de variables**

#### **▪ Deprivación emocional**

Es el cuadro causado por la imposibilidad por parte del niño de tener algo, aunque este algo esté presente. Se caracteriza por la presencia de síntomas físicos o psicológicos ante la ausencia de adultos que den sostén y apoyo emocional. Esta falta de soporte cognitivo, emocional y social tiende a generar estados de ansiedad física y/ o mental que se observan comúnmente en los menores que han sido víctimas de maltrato (OMS, 1962, Reissman, 1962, Myers & Hertenberg, 1987, citados en Ampudia et al., 2009).

Las secuelas de la deprivación emocional se observan a partir del análisis de elementos del funcionamiento:

- **Cognitivo:** Se refieren al conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida y por el cual se aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar y comprender. Estas habilidades son utilizadas para la resolución de problemas prácticos de la vida cotidiana e implican procesos tales como la memoria, la atención, el lenguaje, percepción y la planificación, entre otros.
- **Emocional:** Se relaciona con el desarrollo de la conciencia de los propios sentimientos, estar en contacto con ellos y ser capaces de proyectarlos en los demás, tener la capacidad para involucrarse con otras personas de forma adecuada relacionándose positivamente, tener la capacidad para empatizar con los demás, de simpatizar, de identificarse, de tener vínculos e intercambios de sentimientos satisfactorios. La conciencia de los propios sentimientos, su expresión correcta mediante la verbalización ayuda a una más clara individualidad, a una aceptación propia, a una seguridad y autoestima correcta.
- **Social:** Es aquel por el cual el niño asimila los valores, normas y formas de actuar que el grupo social donde nace intentará transmitirle. Este proceso es una interacción entre el niño y su entorno que depende de las características del niño y de la forma de actuar de los agentes sociales. A través de la socialización el niño satisface sus necesidades y asimila la cultura a la vez que la sociedad se perpetúa y desarrolla.

#### **▪ Estructuración Yoica**

Para Berk (1999, citado en Esquivel, 2010), el Yo es la parte de la personalidad que se organiza como consecuencia de la influencia del ambiente. Por su capacidad para evaluar y comprender la realidad, el Yo le permite al sujeto superar las amenazas externas e internas. El desarrollo de la consciencia del Yo se ubica en los planos cognitivo, emocional y social, elementos que han sido descritos en la variable anterior.



### 1.5 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo no experimental, debido a que es una investigación sistemática en la que no se tuvo el control sobre las variables independientes. Asimismo, se trata de una investigación ex post facto, puesto que se realizó cuando los hechos ya habían ocurrido (Kerlinger & Lee, 2002).

Se clasifica como un estudio de caso único, debido a que es una investigación sobre un individuo, que es visto y analizado como una entidad (Hernández, Fernández & Baptista, 1991). Se refiere a un pequeño de 5 años 3 meses de edad que vivió en condiciones de privación desde su nacimiento, por lo que no había recibido ningún tipo de escolarización y su contacto con el mundo social había sido restringido. Junto con sus hermanos fue ingresado al Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJ, donde se le brindó atención a nivel médico, psicológico, pedagógico, nutricional, y en cada una de las áreas necesarias para salvaguardar su bienestar mientras que las personas que se habían responsabilizado de él los primeros años seguían su proceso jurídico correspondiente.

### 1.6 Diseño de investigación

Para el presente estudio se utilizó un diseño pre test- post test (Hernández et al., 1991), que se diagrama de la siguiente manera:

O1	X	O2
(Evaluación Pre-test)	Intervención psicológica	(Evaluación Post-test)

Donde:

O1 Se le aplicó al niño una evaluación anterior a la intervención psicológica

X Se llevó a cabo la intervención psicológica con enfoque integrativo

O2 Se le administró nuevamente una evaluación después del tratamiento

Como se puede observar, existió un punto de referencia inicial para ver el nivel que tenía de afectación en su estructuración yoica debida a la privación emocional que vivió el menor, así como después de la intervención psicológica para valorar de esta forma las repercusiones debidas al tratamiento.

### 1.7 Escenario y materiales

Las sesiones de evaluación y de tratamiento se llevaron a cabo en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJDF, dentro del área de Psicología en la ludoteca de niños preescolares, espacio de entretenimiento y de trabajo psicológico para los menores con dimensiones aproximadas de 6 x 5 metros. Asimismo en el pasillo del área de Psicología el cual estaba situado fuera de las oficinas del espacio de Psicología y con dimensiones de 1.5 x 2 metros aproximadamente.

Los materiales empleados en las sesiones fueron:

- Títeres de animales y personas
- Muñecos de súper héroes y de peluche
- Familias de animales (de animales marinos y terrestres así como dinosaurios)
- Casita con muebles pequeños
- Coches de diferentes tamaños
- Instrumentos musicales
- Materiales de construcción (legos, bloques de madera)
- Masitas de colores, pintura digital, crayones, marcadores, gises, pinceles, hojas blancas
- Juegos de mesa (rompecabezas, memoramas, loterías)
- Cuentos con dibujos e historietas de súper héroes

### 1.8 Procedimiento

Se trabajaron un total de 33 sesiones con el menor, las cuales se realizaron de manera semanal, con una duración de 60 minutos cada una, procurando que fuera siempre el mismo día y a la misma hora para que el pequeño asimilara el trabajo como parte de sus rutinas.

Estas sesiones se han dividido en tres fases de acuerdo a los objetivos trabajados en cada una de ellas:

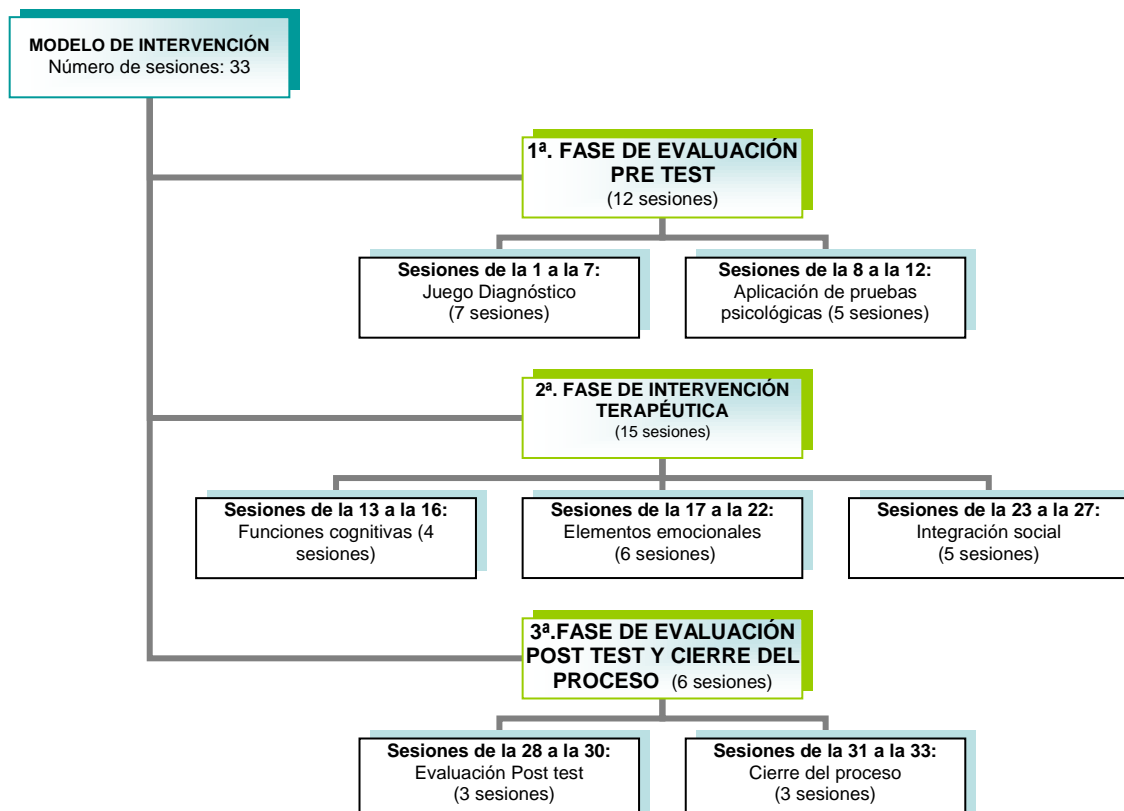


Figura 2. Fases que se siguieron durante el modelo de intervención integrativo trabajado en el presente estudio de caso.

## **1ª. FASE DE EVALUACIÓN PRE TEST (12 sesiones).**

Los objetivos que se tuvieron en esta primera fase del proceso fueron:

- a) Explorar la influencia de la privación psicológica en el menor.
- b) Evaluar su nivel de desarrollo en las áreas de funcionamiento: intelectual, perceptivo-motor, emocional y social.

Dentro de la fase de evaluación se situaron dos etapas en las que se observaron en el menor algunas reacciones emocionales por las condiciones de privación y los eventos estresantes a los que estuvo expuesto (con respecto a su experiencia y como testigo de los sucesos) que interfirieron en su desarrollo integral (cognitivo, motriz, emocional, social). Esto produjo que el pequeño tuviera dificultades en la realización de actividades que implicaran una interacción adecuada con el otro, periodos prolongados de atención-concentración así como el seguimiento de instrucciones necesarias para la aplicación de las pruebas psicológicas. De ahí que en las primeras sesiones se trabajó por medio del juego diagnóstico, donde se fue estableciendo el rapport con el pequeño, quien a través de esta actividad visualizó el espacio como un lugar seguro en el que podría trabajar a través del juego y de otras formas de expresión (cuentos, dibujos, etc.). Después de que el menor asimiló la dinámica de trabajo en el espacio terapéutico y se pudieron explorar aspectos de la privación a la que había sido expuesto los primeros años de su vida a través del juego diagnóstico, se pudieron introducir las pruebas psicológicas como parte de la evaluación.

A continuación se describen de manera general las características de las sesiones en cada una de las etapas en esta primera fase:

### **▪ Sesiones de la 1 a la 7: Juego Diagnóstico (7 sesiones).**

En las sesiones iniciales el niño se mostraba introvertido y ansioso, no permitía el contacto físico y social, se observaba plano emocionalmente y no expresaba necesidades, el tipo de apego que mostraba era inseguro, y debido a sus limitadas habilidades cognitivas y de socialización, las respuestas que manifestaba eran a través de comportamientos desestructurados a lo largo de varias sesiones, en las que pasaba de una actividad a otra sin interactuar realmente con los objetos y limitarse exclusivamente a su descripción aislada.

Posteriormente, el pequeño logró pasar de comportamientos inhibidos a desinhibidos, se relacionaba con los objetos de manera desorganizada a partir de sus funciones, era capaz de interactuar más con el otro y comunicar lo que necesitaba de manera verbal, esto con elementos fantasiosos y presentando un deseo exagerado de tener la atención (voracidad), como consecuencia de las carencias a las cuales estuvo expuesto.

Otra forma en que manifestó la afectación del trauma fue a través de juegos repetitivos que involucraban elementos de agresión y falta de estimulación de sus funciones cognitivas, de socialización y de lenguaje. Por ejemplo: juegos en los que algún animal fuerte y superior (dinosaurio, tigre) sometía a los otros animales; en algunas sesiones se disfrazó de súper héroe con elementos femeninos, acciones con que el menor manifestaba la forma en que había incorporado los objetos; construcción que hizo a partir de sus figuras parentales ambivalentes, sin una diferenciación de roles y con evidentes alteraciones perceptuales, de integración e identificación.

Estas conductas eran efecto del estrés postraumático del menor, por lo que se continuó con el trabajo terapéutico de manera constante, en el que se estudió el estado emocional del niño a partir de la aplicación de pruebas psicológicas y de permitirle la expresión en el espacio terapéutico de manera libre e integrar los elementos que le permitieran al pequeño identificar sus recursos individuales para lograr una mejor adaptación en ese momento.

- **Sesiones de la 8 a la 12:** Aplicación de pruebas psicológicas (5 sesiones).

Debido a que el menor mostró cambios que le permitieron adaptarse a sus actividades en el centro y dentro de las sesiones terapéuticas (control motor, seguimiento de instrucciones, mayor interacción con el otro, asimilación de límites, entre otros), fue posible la administración de una batería psicológica que permitiera evaluar su nivel de desarrollo en las áreas de funcionamiento intelectual, precepto-motor, emocional y social.

Las pruebas psicológicas que se aplicaron fueron las siguientes:

- Escala de Inteligencia Preescolar y Primaria Wechsler (WPPSI).
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) - Koppitz y Machover.
- Test de Apercepción Temática (CAT-A) Bellak.
- Indicadores prueba de apego (Hernández, 2012).

Dentro de estas sesiones se empleaba la mayor parte del tiempo para la aplicación de las pruebas y se asignaban algunos minutos para que el pequeño realizara la actividad de juego, situación que le permitió estructurarse paulatinamente respecto al límite de la sesión y la variedad de tareas que podía llevar a cabo en la misma.

El periodo de evaluación pre test se llevó a cabo en los meses de noviembre y diciembre del 2011.

## **2ª. FASE DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA (15 sesiones).**

Esta fase constó de 15 sesiones, donde se abordaron las metas terapéuticas obtenidas de la evaluación que se le practicó al menor. Estas se enumeran a continuación:

- Ofrecer terapia individual al menor con el fin de facilitarle una adecuada identificación y expresión de sus sentimientos.
- Abordar los aspectos emocionales del pequeño (autoconocimiento, autoestima, autoconfianza), ya que estos generan disminución en su rendimiento en otras áreas.
- Desarrollar en el menor el sentimiento de seguridad básica que le facilite establecer relaciones con sus pares y adultos.
- Proporcionarle el apoyo y soporte que requiere de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra.
- Disminuir su estado de ansiedad al integrarse en actividades con los otros.
- Brindarle estructuración y límites con buenos tratos para que logre una buena adaptación a su medio social.

Dentro de la fase de intervención se identificaron tres momentos a partir de los elementos que se trabajaron en las sesiones, por lo que a continuación se describe de manera general lo observado en cada uno de ellos:

- **Sesiones de la 13 a la 16:** Funciones cognitivas (4 sesiones).

El niño se percibía más tranquilo debido a que se encontraba ya más integrado a las normas del centro y era más flexible al momento de socializar con sus pares. En estas sesiones, dedicaba mayor tiempo a una misma tarea e inclusive elegía varias actividades que llevaba a cabo de manera ordenada.

Durante esta etapa del proceso terapéutico los mayores avances del menor se situaron en sus procesos cognitivos (atención, concentración, memoria) y visoespaciales (coordinación ojo-mano para el trazo de líneas y figuras geométricas, organización de su espacio, etc.). Las actividades que realizaba con mayor frecuencia eran: clasificar tarjetas u objetos según sus características físicas (color, tamaño, número, forma, etc.), juegos de mesa (rompecabezas, memorama y lotería), inventar historias a partir de material visual, uso de disfraces y dibujo libre.

El tipo de juego que realizaba iba siendo más cooperativo y simbólico. Rodrigo era capaz de aceptar las sugerencias y comentarios del otro, así como también buscaba opciones cuando no podía realizar algo de manera inmediata (solución de problemas y tolerancia a la frustración).

- **Sesiones de la 17 a la 22:** Elementos emocionales (6 sesiones).

Durante estas sesiones y a través del juego simbólico el pequeño proporcionaba información relacionada con su dinámica familiar y se evidenciaba su shock ante las figuras parentales (animales de la selva y serpientes) que maltrataban a los más débiles (dinosaurios pequeños y belugas bebés). A su vez, comenzaba a identificar varios sentimientos en él mismo y en los personajes de sus juegos: enojo, tristeza, miedo y alegría.

Por otro lado, el menor se percibía más organizado, cooperador y receptivo ante las devoluciones que se le hacían, ya que las integraba a su actividad y era capaz de contestar de manera congruente algunas de las preguntas que se le realizaban respecto al contexto en el que estaba trabajando.

Rodrigo había establecido un vínculo cercano con la psicóloga dentro del espacio terapéutico, por lo que era capaz de abordar numerosos elementos emocionales en su actividad (maltrato, su experiencia como testigo de violencia, privación emocional, distorsión en la percepción de las figuras parentales, falta de identidad personal y familiar, etc.), de tal forma que en varias ocasiones tuvo dificultades para hacer el cierre de las sesiones, separarse físicamente de la terapeuta y retomar sus actividades en el área de preescolares. De ahí que se incluyó al trabajo terapéutico un osito de peluche con la finalidad de que transfiriera hacia éste el apego que Rodrigo había establecido con la terapeuta, al brindarle la seguridad y confianza que requería para continuar elaborando el trauma generado durante sus primeros años de vida.

- **Sesiones de la 23 a la 27:** Integración social (5 sesiones).

El pequeño se mostraba organizado de tal forma que realizaba actividades de principio a fin, inclusive de manera cooperativa. Además, lograba ajustarse a los límites de orden y tiempo

en la sesión sin ninguna dificultad, es decir, podía separarse de la terapeuta sin problemas para retomar sus actividades en el área de preescolares.

Rodrigo se percibía alegre desde que se acudía por él al área de Psicología, era más espontáneo y flexible al adaptarse a los materiales que se tenían disponibles para trabajar en el espacio terapéutico y en algunos momentos denotaba su capacidad de disfrute de las actividades que llevaba a cabo. Sin embargo, se identificó que tenía dificultades para aceptar “cosas bonitas” de los demás, como cuando se le hacían devoluciones de sus recursos en el transcurso de su actividad.

En estas sesiones el menor podía llevar a cabo actividades con las cuales seguía desarrollando sus habilidades cognitivas y preceptuales, además de que manifestaba a través de sus juegos elementos emocionales por situaciones que había vivido antes de ingresar a la institución (por ejemplo: tipo de vínculo establecido con las personas con las que interactuaba, el nivel de apego y los principales conflictos que presentaba el niño como parte del trauma por las situaciones vividas y/o presenciadas). Sobresale que gran parte de su actividad era cooperativa en la que se mostraba interesado en aprender del otro y compartir lo que conocía con los demás, integrando a sus sesiones experiencias vividas dentro de su grupo de preescolares y manifestándose sensible cuando el otro perdía dentro del juego que se llevaba a cabo. Las principales actividades que desarrollaba durante estas sesiones eran: juegos de mesa (rompecabezas, memoramas y loterías), uso de instrumentos musicales y autopistas, juego de roles (maestro-alumno), invención de historias a partir de material visual o uso de animales miniaturas y súper héroes, dibujo libre, creación de figuras con masitas, etc.

### **3ª.FASE DE EVALUACIÓN POST TEST Y CIERRE DEL PROCESO (6 sesiones).**

Para la última fase se emplearon 6 sesiones, en las que se llevó a cabo el cierre del proceso terapéutico, debido a que Rodrigo sería canalizado junto con sus primos a una casa hogar y no se podría continuar trabajando con él. Asimismo, se aplicó nuevamente una batería psicológica para medir el desempeño del menor y compararlo con el que presentó cuando ingresó al centro, de tal forma que se pudieran valorar los avances que había tenido a lo largo del proceso y a partir de estos generar sugerencias dirigidas hacia las personas y especialistas que estuvieran al cuidado del pequeño.

De manera similar a la fase de evaluación pre test, se empleaba la mayor parte del tiempo para la aplicación de las pruebas y se asignaban algunos minutos para que el pequeño realizara la actividad de juego. A partir de esto fue posible identificar dos momentos distintos de acuerdo a los elementos trabajados en las sesiones, mismos que se describen de manera general a continuación:

- **Sesiones de la 28 a la 30:** Evaluación Post test (3 sesiones).

En estas sesiones se realizó la evaluación post test a través de las siguientes pruebas psicológicas:

- Escala de Inteligencia Preescolar y Primaria Wechsler (WPPSI).
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.

- Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) - Koppitz y Machover.
- Test de Apercepción Temática (CAT-A) Bellak.

Además, se observó un cambio en la dinámica de juego que presentaba el pequeño, ya que se denotaban elementos de agresividad en donde era capaz de resguardarse y reconocer algunos recursos propios para cuidarse y permanecer seguro (animales agresivos contra animales débiles con posibilidades de escapar y/ o prevenir ataques).

A diferencia de momentos anteriores, el menor aceptaba las habilidades que se le mencionaban dentro de las sesiones y visualizaba los beneficios de estas en otros espacios en que se desenvolvía, como por ejemplo las relaciones de amistad que había logrado establecer con algunos de sus compañeros en el centro (su capacidad para compartir los materiales, enseñar juegos nuevos, respetar las reglas y expresar su sentir y pensar para que los otros lo pudieran conocer).

Se presentaron momentos en los que coincidía en sus sesiones con su primo Diego, donde Rodrigo demostraba habilidades sociales al relacionarse con él y mayor iniciativa para marcar los límites de su espacio.

Fue posible establecer con el menor un diálogo fluido donde intervenía de forma más activa y era capaz de reconocer avances propios durante el tiempo en que se había trabajado con él.

El periodo de evaluación post test se llevó a cabo en los meses de abril y mayo del 2012.

- **Sesiones de la 31 a la 33:** Cierre del proceso (3 sesiones).

Estas últimas sesiones de trabajo fueron de acompañamiento y de reconocimiento de los recursos y avances que había tenido el pequeño a lo largo de su estancia en el centro, así como en el trabajo realizado en las sesiones terapéuticas, donde reconoció su capacidad para aprender cosas nuevas y relacionarse con los otros sin dificultades, independientemente de que fueran a trasladarlo a otro espacio. Se tuvo la oportunidad de tener una sesión filial antes de hacer el cierre del proceso con Rodrigo y su primo Diego, donde se les devolvió a ambos la capacidad que tenían de apoyarse y la posibilidad de hacerlo en otros espacios, también con sus primos y hermanos.

Las principales actividades de Rodrigo durante las últimas sesiones implicaban juego simbólico, cooperativo y reglado: juegos de mesa (memoramas y rompecabezas), juegos de construcción (legos y vías del tren), invención de historias con animales miniaturas y súper héroes, así como juego de roles (doctor, maestro, padre e hijo); en los cuales mostraba personajes más integrados (bueno-malo), con habilidades de autocuidado y de socialización.

### **1.9 Análisis de los datos**

El análisis de los datos obtenidos en cada una de las fases del estudio se realizó empleando una metodología cuantitativa y cualitativa:

#### **1.9.1 Metodología Cuantitativa**

En un primer momento se especificaron los elementos encontrados de la evaluación pre y post test a partir de los criterios de las pruebas psicométricas y proyectivas que le fueron

administradas para evaluar su desarrollo en las áreas intelectual, perceptomotora, emocional y social:

- Escala de Inteligencia Preescolar y Primaria Wechsler (WPPSI).
- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) - Koppitz y Machover.
- Test de Apercepción Temática (CAT-A) Bellak.

Asimismo se compararon ambas evaluaciones (Pre y post test) para valorar los cambios presentados como parte de la intervención realizada.

### 1.9.2 Metodología Cualitativa

Se analizaron los contenidos de las sesiones de juego diagnóstico y de intervención psicológica a partir de áreas de análisis y criterios extraídos de las mismas, visualizando el proceso que siguió el pequeño como parte de la estructuración yoica que se promovió durante el tratamiento, así como el nivel de deprivación emocional que el menor presentaba en el transcurso de las distintas fases del estudio.

Variables	ÁREA DE ANÁLISIS	ELEMENTOS DE ANÁLISIS	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>EMOCIONAL</b>  <b>YOICA</b>  <b>ESTRUCTURACIÓN</b>  <b>&lt; DEPRIVACIÓN</b>	<b>FUNCIONES COGNITIVAS</b>	- Función de los procesos básicos.	- Atención. - Memoria. - Percepción. - Lenguaje. - Formación de conceptos.
		- Prueba de realidad.	- Orientación en tiempo y espacio. - Interpretación de los acontecimientos externos.
		- Aprendizaje.	- Integración de la experiencia.
		- Juicio.	- Anticipación de las consecuencias de sus actos.
	<b>ELEMENTOS EMOCIONALES</b>	- Matices emocionales.	- Reconocimiento y expresión de emociones.
		- Expresión simbólica.	- Análisis de la conducta e interpretación del juego.
		- Holding.	- Ubicación de elementos que proporcionan seguridad en el espacio terapéutico.
		- Apego.	- Establecimiento de vínculo emocional con principales cuidadoras, tía materna (en convivencias) y terapeuta.
		- Relaciones objetales.	- Elementos de reparación. - Integración de objetos parciales.
		- Regulación emocional.	- Tolerar las frustraciones y la demora.
	- Identidad.	- Diferenciación de los otros (individuación). - Interacción con miembros de su familia en convivencias y sesiones terapéuticas. - Roles de género.	



	- Seguridad básica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de su espacio vital.</li> <li>- Elementos de autocuidado.</li> <li>- Establecimiento de límites con sus pares.</li> </ul>
<b>INTEGRACIÓN SOCIAL</b>	- Elementos básicos de interacción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de contacto visual al interactuar con el otro.</li> <li>- Iniciar y mantener intercambios verbales y no verbales con el otro.</li> </ul>
	- Socialización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integración en actividades grupales.</li> <li>- Internalización de normas y valores.</li> <li>- Colaboración y cooperación en diversas actividades.</li> <li>- Tipo de juego.</li> </ul>

*Figura 3.* Variables analizadas como parte de la metodología cualitativa en el proceso psicoterapéutico. Los elementos constantes fueron la deprivación emocional y la estructuración joica del menor.

## **CAPÍTULO 2. RESULTADOS**

### **2.1 Presentación del caso**

La información relacionada con los antecedentes del menor se obtuvo a partir del expediente que elaboraron en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ, principalmente de las áreas de Trabajo social y Pedagogía.

Cabe resaltar que el presente estudio se interpone desde el dictamen de un peritaje psicológico a partir del contexto de la psicología forense porque se integran disciplinas como son ciencias humanas y sociales que comparten el objeto de intervención relacionado con la conducta de las personas.

#### **2.1.1 Ficha de identificación**

- Nombre: Rodrigo
- Sexo: Masculino
- Edad a su ingreso a la estancia: 5 años 3 meses
- Fecha de nacimiento: 26 de octubre de 2006
- Fecha de ingreso a la estancia: 06 de septiembre de 2011
- Nacionalidad: Mexicana, originario del D.F.

#### **2.1.2 Motivo de ingreso a la institución**

El menor fue ingresado a la institución con un hermano y tres primos, debido a que se encontraban resguardados en una casa donde vivían en condiciones insalubres, con lo mínimo necesario para vivir y sin que se les permitiera salir al exterior, es decir, vivían en condiciones de privación. Este encierro lo padecían desde su nacimiento en donde su padre no permitía que asistieran a la escuela o que salieran para satisfacer las necesidades sociales que tienen los niños de su edad, por lo que todo el día permanecían en casa, observando televisión y apartados del mundo real. Durante todo ese tiempo habían salido al exterior en dos o tres ocasiones, específicamente al centro comercial, donde eran obligados a mantener su mirada hacia abajo y no establecer ningún tipo de contacto con otras personas.

#### **2.1.3 Descripción clínica**

A continuación se describen las conductas que se observaron en Rodrigo cuando ingresó a la institución en la que estuvo albergado durante nueve meses.

Se trata de un paciente del sexo masculino que aparentaba su edad cronológica, era delgado, de tez blanca, cabello castaño oscuro y ojos café oscuro redondos. Cabe mencionar que cuando ingresó a la institución, las autoridades ignoraban su sexo, debido a que tanto él como sus hermanos tenían el cabello largo y físicamente podían ser percibidos como niñas.

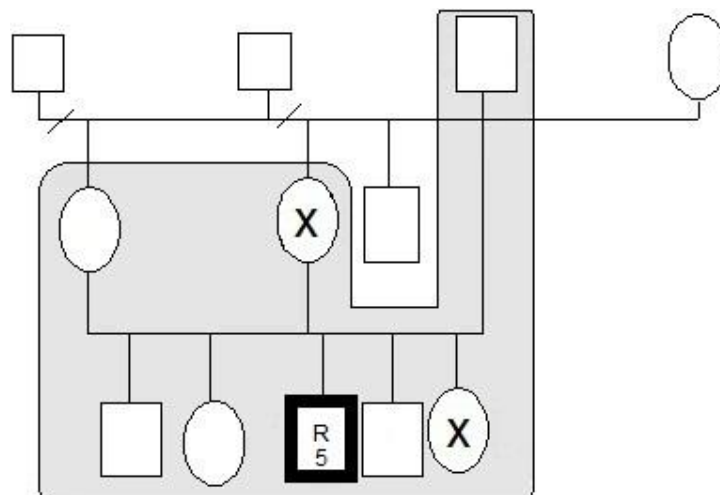
Durante el proceso de evaluación, el menor mostraba poco interés en las actividades que se le proponían ya que se dispersaba con otros elementos del espacio o se mostraba angustiado, introvertido y poco cooperativo, sin embargo, conforme se le permitía explorar su entorno y reconocer el lugar se mostraba más tranquilo y dispuesto a llevar a cabo cada una de las tareas, en las que constantemente se le motivaba para que las realizara.

Al ingresar a la Estancia Transitoria, Rodrigo mostraba problemas para realizar tareas que se esperaba que llevara a cabo sin problemas un niño de su edad, por ejemplo: presentaba miedo para las actividades de aseo, principalmente para el baño con regadera, lloraba y gritaba con desesperación, por lo que paulatinamente le fueron dando la confianza bañándolo con jícara hasta que pudo hacerlo con regadera. También demostró insuficiencia para utilizar la taza del baño, confundía el tipo de necesidad que tenía, llegando a hacer popó parado frente a la taza, no sabía limpiarse, mostraba que no tenía hábitos de higiene bucal y tenía miedo al cepillado.

De igual forma se observaba que no estaba familiarizado con la utilización de la cuchara al no tener coordinación, sus movimientos eran lentos y se negaba a tomar asiento para comer, mostrando desconfianza con el personal que le ofrecía los alimentos. Asimismo, aunque podía conciliar el sueño, los primeros días sentía la necesidad de tener un muñeco o peluche para dormir además de que las primeras noches amanecía con frecuencia mojado. A su ingreso no se incorporaba con sus compañeros para jugar y permanecía como observador, regularmente no manifestaba sus necesidades y en general se mostraba desconfiado para realizar las actividades pedagógicas que se le pedían, ya que no quería trabajar y se le notaba muy disperso.

En las sesiones de psicoterapia que tuvo con personal de la estancia a su ingreso a la institución se mostraba angustiado, introvertido, con llanto frecuente, no permitía el contacto físico y en la aplicación de las pruebas se mostró poco cooperativo, posteriormente se le brindó contención emocional y se logró establecer contacto, el niño comenzó a expresar sus emociones y necesidades.

#### 2.1.4 Familiograma



#### 2.1.5 Antecedentes familiares

A continuación se contextualizan las condiciones en las cuales se desarrolló el niño durante sus primeros años de vida.

Javier (padre de Rodrigo) contando con 27 años de edad estableció una relación sentimental con Rosa (madre de Rodrigo) de 14 años de edad y Graciela (tía materna de Rodrigo) de 12 años de edad, quienes vivían con él en unión libre y estaban de acuerdo en

compartirlo como pareja. Desde ese entonces Javier mantenía a Rosa y Graciela resguardadas en un espacio muy reducido, no les permitía salir y ejercía sobre ellas maltrato físico, psicológico y sexual, intimidándolas para que no se atrevieran a salir, de tal forma que paulatinamente fueron perdiendo cualquier tipo de contacto con el exterior, dejaron de ir a la escuela e inclusive no veían a sus familiares (madre y hermano menor).

Cabe mencionar que la madre de ambas jóvenes había estado vinculada sentimentalmente con el agresor de sus hijas y a pesar de que él inicio una relación con ambas menores al mismo tiempo cuando aún vivían todos juntos (la madre, las dos jóvenes y el hermano de las jóvenes), la señora promovió que se siguieran presentando los episodios de seducción y de violación entre ellos al no poner algún límite o hacer la denuncia, hasta que el agresor la desalojó de su casa junto con el hijo de ésta y desapareció de escena hasta siete años más tarde cuando hizo la denuncia ante las autoridades correspondientes.

Durante varios meses ambas jóvenes permanecieron aisladas y fueron maltratadas de manera recurrente. Después de algunos meses resultaron embarazadas y continuaron viviendo encerradas de tal manera que no tuvieron seguimiento médico. Rosa tuvo su primer hijo (Rodrigo) el día 27 de octubre de 2006 y Graciela dio a luz a Diego el 17 de abril de 2007, mismo mes en que Javier les cortó el cabello casquete regular para que no tardaran en bañarse.

La relación que se estableció entre las madres y sus respectivos hijos estuvo siempre condicionada por las exigencias de Javier, quien no les permitía tener ningún tipo de acercamiento afectivo cuando cubrían las necesidades básicas de los niños, y criticaba constantemente la actuación de las madres. Javier optaba por salir y llevar aquello que consideraba necesario para que los pequeños y las madres sobrevivieran, momentos en los que Rosa y Graciela permanecían solas con los menores por lo que aprovechaban para acariciar y besar a sus bebés. Los niños pasaban todo el tiempo observando televisión, y a decir de Graciela, Javier prefería que sus hijos observaran películas de Walt Disney y “era cuidadoso” para que los pequeños no observaran aquellas escenas que resultaban tristes o agresivas.

En las primeras semanas de enero de 2009 Javier golpeó a Rosa, quien esperaba a su segundo hijo, reclamándole que no era buena madre ya que su hijo Rodrigo no le decía mamá y le llamaba por su nombre. Javier continuaba ejerciendo violencia física hacia ambas chicas a tal grado que les ponía el cinturón en el cuello haciendo opresión y les decía que las iba a matar. Rosa tuvo a su segundo hijo (Daniel) el 09 de mayo de 2009 cuando iba a cumplir 17 años, nuevamente sin recibir atención médica durante todo el proceso de gestación. Graciela era obligada a amamantar de manera ininterrumpida desde abril del 2007 a los hijos de ambas, por lo que Rodrigo tampoco pudo establecer un vínculo madre-hijo con Rosa a partir de la lactancia materna.

Después de que Javier mantuvo en cautiverio a sus parejas e hijos desde febrero del 2006 hasta junio del 2009, decidió llevárselos a casa de su madre para encerrarles nuevamente en una habitación muy pequeña, con lo mínimo necesario para sobrevivir y en condiciones insalubres. Permanecieron en este lugar por un periodo de 1 año 11 meses. En este lugar, tanto Rosa como Graciela dieron a luz nuevamente a sus dos respectivas hijas, la más pequeña nació en julio del 2011, por lo que al ingresar a la institución contaba con un par de meses de edad.

En septiembre de 2011 las autoridades ubicaron el inmueble en que Javier tenía privadas de su libertad a Graciela y Rosa junto con sus hijos, esto debido a que la madre de ambas chicas había interpuesto una denuncia en contra de Javier. Localizaron en la planta alta de la casa dos habitaciones divididas: una habilitada como dormitorio y la otra como cocina, en estas habitaciones se encontraban los niños en pésimas condiciones de higiene quienes estaban dormidos.

Al tomar la declaración del señor Javier indicó que sí eran ciertos los hechos que se le imputaban de manera parcial, pues conoció a la madre de ambas chicas desde hacía 6 años.

Respecto a los malos tratos que ejercía en contra de Rosa y Graciela, los justificó argumentando que debido a que vio que ambas no cuidaban bien a sus hijos, él asumió la responsabilidad de madre regañándolas por esta situación pues los pequeños estaban desnutridos, les llegó a pegar a ambas, por lo que en el mes de agosto de 2010, se molestó cuando llegó de la tienda al ver que su hijo Rodrigo estaba en shock, se enojó y le dio primero una cachetada a Rosa, quien se desvaneció por lo que la subió a la cama. Se dio cuenta de que Rosa no respiraba y se comenzaba a enfriar por lo que acercó a su hija de meses de edad, la colocó en el pecho de Rosa, dejándosela ahí mientras pensaba sobre lo que iba a hacer, pero vio que su hija también se puso fría. Javier recordó que tenía dos bolsas de basura y percatándose de que ya no había nadie en la calle vio la oportunidad para bajar el cuerpo sin vida de su hija y de Rosa, poniéndolos en un taxi y amarrándolas juntas con cinta canela. Se dirigió a la carretera y al encontrar una especie de Bahía las dejó sin que nadie los viera.

Cabe resaltar que estos acontecimientos ocurrieron en presencia de Graciela y sus hijos, así como de Rodrigo y Daniel, por lo que éstos últimos habían contemplado la muerte de su madre y hermana. Al faltar Rosa, Graciela se hizo responsable de los menores, aunque continuando con las restricciones que hacía el señor Javier.

Cuando el señor Javier fue detenido, la señora Graciela fue enviada a un albergue especializado en víctimas de violencia, mientras que los cinco menores ingresados al Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PJGDF, donde se les brindaron los cuidados necesarios para salvaguardar su bienestar mientras se determinaba lo que sucedería con ellos.

Al respecto, es importante mencionar que cuatro meses después de haber sido ingresados a la institución, los menores tenían de manera regular convivencias supervisadas por el área de psicología con la señora Graciela, con el objetivo de que los menores mantuvieran y fortalecieran el vínculo con la figura materna que los acompañó desde pequeños.

En su declaración, la señora Graciela manifestó que habitaban en un cuarto pequeño, en donde había una cama, una televisión, un comedor pequeño, una estufa y una alacena, los niños tenían permitido hacer lo que ellos quisieran, incluso si era peligroso, “una vez Rodrigo le estaba dando patadas a la estufa y yo le dije que no lo hiciera, que era peligroso por el gas, él me golpeó (Javier) y me dijo que los niños podían hacer lo que quisieran” (sic), agregó que todo el día veían películas para niños omitiendo las partes tristes, comentó que el señor Javier salía en la noche a trabajar de taxista y en esos momentos ella aprovechaba para abrazar a los niños y darles besos, en alguna ocasión le dijeron “mamá” delante de Javier y la golpeó, ya que ella refirió que “yo no podía acercarme a ellos, yo no era nada de

ellos, yo no lo merecía porque no los cuidaba bien, si por ejemplo ellos se mordían entre sí, a mi me pegaban, solamente me podían llamar por mi nombre” (sic).

De los reportes elaborados, por cada una de las áreas del centro, respecto al estado de Rodrigo cuando ingresó al Centro de Estancia Transitoria y durante los primeros meses de su estancia en la institución, se obtuvo la siguiente información:

El área Médica reportó que al ingresar el menor se le inició manejo con albendazol, metronidazol, ranitidina y herklin shampoo.

El 19 de septiembre de 2011 presentó impétigo (infección de la piel, dermatitis) en oreja izquierda, por lo que se manejó con naproxeno, paracetamol y bactroban con mejoría.

El 20 de septiembre de 2011 se detectó parafimosis (no retraía el prepucio), iniciando manejo con ejercicios y mupirocina.

Se le llevó a consulta al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”, el día 06 de octubre de 2011, indicaron que ameritaba manejo por clínica de emociones y le prescribieron imipramina.

El 12 de octubre presentó gastroenteritis infecciosa, se manejó con topiron con mejoría clínica.

El 15 de octubre inició cuadro con rinofaringitis agregándose posteriormente hiperreacción bronquial por lo que se controló a base de clamoxin.

El 04 de noviembre de 2011 acudió a cirugía pediátrica del Hospital Pediátrico de Peralvillo con el diagnóstico de fimosis (circuncisión) fue intervenido quirúrgicamente el 06 de diciembre de 2011 sin complicaciones. Se encontró estable con tratamiento de imipramina 10 mg cada 12 horas vía oral, prescrito por el Hospital “Juan N Navarro”.

La Subdirección de Nutrición determinó que Rodrigo se integró a la dieta habitual que se proporciona a todos los niños en edad preescolar albergados en este Centro de Estancia Transitoria. Al principio se observó una baja en la ingesta habitual de alimentos, aunque se mantenía dentro de los parámetros adecuados de acuerdo a su edad y sexo. Se le estimuló de forma verbal y ofreciendo al niño los alimentos, solo obteniendo consumo parcial de las raciones servidas. Al ingresar contaba con un peso de 19.400 kilos, con talla de 108 cm e índice de masa corporal de 15.77.

La Subdirección de Pedagogía reportó que a partir del 04 de octubre de 2011 Rodrigo acudía a educación preescolar, donde de manera paulatina mostró confianza para realizar las actividades que le solicitaban, observándose de mejor ánimo y respondiendo a las indicaciones. En cuanto a la convivencia en el centro, el niño poco a poco se fue integrando a sus compañeros, comenzaba a compartir actividades y juegos grupales, aceptaba las reglas establecidas. En cuanto a las rutinas, las reconocía y las aceptaba de buen agrado, tenía mayor grado de auto asistencia en el vestirse, bañarse y realizar actividades de higiene como cepillado de dientes, lavado de manos y limpieza cuando iba al baño, asimismo para el cuidado de materiales y trabajos realizados.

La Subdirección de Psicología mencionó que en el ámbito emocional se mostró desconfiado, suspicaz ante el ambiente, estableció apego ansioso, su contacto social fue limitado, su juego fue predominantemente individual, con aplanamiento afectivo, permitió el

contacto físico a través de abrazos y besos, sin correspondencia entre su lenguaje verbal y corporal.

Se acudió al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” con el objetivo de que Rodrigo fuera valorado por un pidiopsiquiatra que pudiera diagnosticar y detectar algún trastorno asociado a la privación socioafectiva en la que se desarrolló. Rodrigo fue diagnosticado con Trastorno del Vínculo en Remisión.

Después de ser valorado en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”, con el objetivo de prevenir un episodio depresivo fue medicado y se le dio apertura de expediente, fue remitido a la clínica de emociones, el día 30 de enero de 2012, el médico solicitó una valoración psicológica que incluyera el nivel de desarrollo y el coeficiente intelectual, además de ordenar la realización de un electroencefalograma.

En cuanto al estado psicoemocional de Rodrigo al momento de su ingreso, el área de Psicología refería lo siguiente:

El niño se mostró con marcada desconfianza hacia el adulto, suspicacia, ansiedad, angustia, temor a los espacios físicos abiertos, establecimiento de apego ansioso con su primo Diego, problemas para socializar, ya que mostró aislamiento, con juego individualizado, no aceptaba el contacto cercano con sus compañeros, aprehensivo en sus pertenencias, susceptibilidad social ya que deseaba ser el centro de atención.

Su pensamiento fue coherente, con tono y ritmo de voz adecuado, su atención y concentración fueron dispersos, se negaba a establecer contacto visual, no manifestaba necesidades y no expresó sentimientos.

Se le encontró ubicado en persona, aunque solo reconocía su nombre sin apellidos, sin ubicación en tiempo y circunstancia, lo cual debería estar parcialmente presente de acuerdo a la edad cronológica referida. No logró contestar aspectos sencillos como el nombre de sus padres y hermanos.

Se detectaron limitaciones para acatar indicaciones, normas y reglas, cuando no lograba lo deseado lloraba, era celoso con su primo Diego, quien se encontraba en el mismo grupo, ya que no permitía que jugara con nadie más. Presentó conductas agresivas, como lanzarles objetos a sus compañeros o empujarlos, no se observaron autoagresiones. La expresión de sus afectos se mostró con aplanamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la Prueba Selectiva del Desarrollo de Denver, aplicada al niño el 02 de octubre de 2011, se tenía la siguiente información: presentó atraso en las cuatro áreas del desarrollo (motora gruesa, motora fina, lenguaje y personal social) lo cual pudo ser resultado del ambiente restrictivo en el que se venía desarrollando.

Después de tres semanas de que Rodrigo ingresó al centro, me fue asignado su caso con la finalidad de realizar una evaluación psicológica completa para conocer su nivel de desarrollo en las áreas de funcionamiento: intelectual, precepto-motor, emocional y social; así como para explorar la influencia que la privación psicológica había tenido en su desarrollo. A partir de ese momento, Rodrigo trabajó de manera paralela conmigo y con la psicóloga encargada de llevar el caso en el centro, llevando a cabo un trabajo en equipo al abordar objetivos específicos y complementarios en cada uno de los espacios con la finalidad de alcanzar el bienestar integral del pequeño.

## 2.2 Resultados e interpretación de las pruebas de la evaluación (pre y post test)

La evaluación que se realizó al menor cuando ingresó al centro (pre test) se llevó a cabo con la finalidad de medir el grado de afectación que presentaba en su estructuración yoica a consecuencia de la privación emocional que vivió durante sus primeros años de vida. Esta evaluación se hizo empleando técnicas psicométricas y no psicométricas, entre las que estuvieron el juego diagnóstico. Posteriormente, después de un proceso de intervención terapéutica mediante el uso de la técnica de juego con un enfoque integrativo, y antes de que el pequeño fuera canalizado a una casa hogar, se le practicó otra evaluación mediante pruebas psicológicas con el objetivo de conocer los avances que Rodrigo presentaba en cada una de las áreas de desarrollo y el grado de organización que había podido alcanzar en su estructuración yoica.

Además de visualizar los cambios y avances que había presentado el pequeño como resultado de la intervención terapéutica y la estimulación que se le había brindado en el centro a partir de las actividades y rutinas que realizaba en el área de preescolares, la evaluación pos test permitió generar sugerencias dirigidas a los principales encargados del menor en la nueva institución a la que sería llevado, para que se le diera seguimiento durante un tiempo prolongado al proceso de organización personal y de desarrollo de habilidades que había comenzado en el centro de estancia transitoria.

A continuación se presentan los resultados de ambas evaluaciones (pre test- post test), sin incluir aquellos elementos obtenidos del juego diagnóstico de la primera fase del proceso, exclusivamente atendiendo a los resultados arrojados por los instrumentos psicométricos y no psicométricos para cada una de las áreas de desarrollo de Rodrigo: intelectual, perceptomotora y afectiva.

### 2.2.1 Área intelectual

- **Escala Weschler de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario (WPPSI)**

Análisis de la Puntuación CI.

	Pre test			Post test		
	Puntuación Escalar	Puntuación Índice	Diagnóstico	Puntuación Escalar	Puntuación Índice	Diagnóstico
<b>CIV</b>	26	70	Promedio bajo	32	77	Promedio bajo
<b>CIE</b>	43	91	Promedio	56	108	Promedio alto
<b>CIT</b>	69	78	Promedio bajo	88	91	Promedio

De acuerdo con el valor del CI Total (78) obtenido por Rodrigo en el pre test, fue posible observar que las puntuaciones correspondían a una clasificación diagnóstica que iba de “Promedio bajo” a “Promedio alto” respecto a la muestra poblacional, lo cual indicó que su rendimiento intelectual se encontraba significativamente disminuido al llevar a cabo actividades que implicaban tanto aspectos concretos como abstractos. Sin embargo, en la fase de post test el valor del CI Total (91) obtenido por Rodrigo incrementó al ubicarse en un nivel esperado para su edad, y aunque aún era posible observar que las puntuaciones correspondían a una clasificación diagnóstica que iba de “Promedio bajo” a “Promedio alto” respecto a la muestra poblacional, se situaban por encima de las encontradas en la primera evaluación que se realizó.

En lo que se refiere al Índice de Comprensión Verbal, en ambas fases correspondió a un diagnóstico de “Promedio bajo” mientras que el Índice de Ejecución a un diagnóstico de “Promedio alto”, por lo tanto, se identificaron durante todo el proceso mayores habilidades



en aspectos motores, prácticos, concretos y de percepción que en aquellas que requerían una adecuada expresión y comprensión verbal así como memoria auditiva e inmediata. De tal forma que no utilizaba sus recursos intelectuales apropiadamente para integrar nuevos elementos y por ende, le era imposible solucionar los problemas que se le presentaban, incluso de manera cotidiana.

Las puntuaciones anteriores no suponen una modificación en el CI del menor, por el contrario, los cambios observados en la evaluación post test, respecto al pre test, se explican a partir de la estimulación que el menor recibió durante el tiempo que permaneció en la Estancia Transitoria, ya que en la institución contaba con horarios específicos para cada una de sus actividades, inclusive fue posible su ingreso a la escuela preescolar, en donde la interacción con sus pares y la estructura de sus rutinas le brindaron los elementos que mejoraron su desempeño en las tareas que llevaba a cabo.

#### Variabilidad Intertest.

Subprueba	PRE TEST			POST TEST		
	Puntuación Natural	Puntuación Normalizada	Diagnóstico	Puntuación Natural	Puntuación Normalizada	Diagnóstico
<b>ESCALA VERBAL.</b>						
<b>Información</b>	7	6	Bajo	10	7	Bajo
<b>Vocabulario</b>	0	2	Bajo	7	6	Bajo
<b>Aritmética</b>	7	9	Promedio	8	8	Promedio bajo
<b>Semejanzas</b>	5	7	Bajo	4	5	Bajo
<b>Comprensión</b>	0	2	Bajo	6	6	Bajo
<b>ESCALA DE EJECUCIÓN.</b>						
<b>Casa de los animales</b>	36	10	Promedio	52	12	Promedio alto
<b>Figuras Incompletas</b>	9	9	Promedio	13	11	Promedio alto
<b>Laberintos</b>	3	6	Bajo	6	8	Promedio bajo
<b>Diseños Geométricos</b>	3	7	Bajo	10	11	Promedio alto
<b>Diseño con Prismas</b>	10	11	Promedio alto	17	14	Promedio alto

El análisis intertest de la evaluación pre test mostró una distribución heterogénea debido a que la discrepancia entre los valores era significativa, teniendo un rango de 2 a 11, marcando una diferencia entre el valor más bajo y el más alto de 9 puntos, encontrando que los valores de puntuación promedio particularmente se situaban en actividades prácticas que se relacionaban con habilidades que le permitían el aprendizaje de nuevos conocimientos, que evidentemente se habían visto disminuidos de manera global por la situación de maltrato y la pobre estimulación del ambiente en que se desarrolló. Además de que hacía referencia a una clara desorganización de los aspectos intelectuales y emocionales del menor, producto de una gran tensión y ansiedad que presentaba al enfrentar su ambiente. Se hacía evidente la privación del menor en diversas áreas, por la exposición constante del maltrato y agresión emocional a la que se había visto expuesto.

Por su parte, el análisis intertest de la evaluación post test también mostró una distribución heterogénea debido a que la discrepancia entre los valores era significativa, teniendo un rango de 5 a 14, marcando una diferencia entre el valor más bajo y el más alto de 9 puntos, encontrando de la misma forma que en la fase anterior que los valores de puntuación promedio particularmente se situaban en actividades prácticas. Aunque el desempeño del menor siguió presentando un mismo patrón en ambas fases, fue posible observar que en el

área de ejecución mejoró considerablemente al obtener puntuaciones que lo colocaban en niveles “Promedio bajo” y “Promedio alto” respecto a la media poblacional.

Las puntuaciones obtenidas por Rodrigo en la fase de pre test indicaron un desempeño “Promedio bajo” en subpruebas como Información, Vocabulario, Semejanzas y Comprensión, lo cual destacó la pobreza de su ambiente, el cual no le había brindado la información necesaria para formar y comprender conceptos verbales, desarrollar su lenguaje ni para lograr una consolidación de los elementos adquiridos mostrando un importante déficit en la identificación y conocimiento de palabras. No lograba aprender de la experiencia ni responder a las dificultades de acuerdo con las normas sociales establecidas, además, presentó conflictos en su capacidad de atención y concentración que estaban asociados a importantes sentimientos de ansiedad y depresión en el menor.

No obstante, durante el post test se ubicaron en las categorías “Bajo” y “Promedio alto”, siendo las de mayor puntaje las correspondientes a la subpruebas de Diseño con Prismas, Casa de los Animales, Figuras Incompletas y Aritmética, lo cual implicaba la posibilidad de desarrollar habilidades relacionadas con aspectos perceptuales, capacidad de aprendizaje, destreza manual y digital así como para identificar los detalles esenciales de los elementos que el entorno le presentaba.

En la fase post test obtuvo un desempeño “Debajo del promedio” en subpruebas como Información, Vocabulario, Aritmética, Semejanzas y Comprensión; lo cual se relaciona bastante con el desempeño que mostraba el pequeño al ingresar a la institución. Sin embargo, a partir de su estancia en el centro comenzó a aprender de la experiencia adquirida y a responder ante las dificultades de acuerdo con las normas sociales establecidas así como también presentó mayores periodos de atención y concentración. De ahí que aunque el patrón de desempeño fuera similar que en el de la primera evaluación, las puntuaciones se situaron en posiciones más altas en esta segunda fase.

En general, de la fase pre test se concluyó que Rodrigo era un menor que a pesar de contar con la capacidad para adquirir aprendizaje, mostraba severos conflictos emocionales que le generaban ansiedad y no le permitían responder a algunas situaciones cotidianas de manera satisfactoria, dichos elementos ansiógenos interferían en su capacidad de atención y concentración lo que hacía que su desempeño en las tareas que realizaba fuera deficiente. Aunado a esto, la falta de estimulación de su entorno lo llevó a mostrar escasos conocimientos de objetos y situaciones que incluso manejaba cotidianamente.

De la segunda evaluación en el área intelectual se concluyó que Rodrigo era un menor que aún mostraba conflictos de tipo emocional que le generaban ansiedad y no le permitían mostrar un desempeño satisfactorio, sin embargo, la estimulación y estructura que recibió de su entorno lo llevó a mostrar mayores conocimientos de objetos y situaciones que manejaba cotidianamente con respecto a los que presentaba a su ingreso a la estancia (Ver apéndice 1).

### **2.2.2 Área perceptomotora**

- **Test Gestáltico Visomotor de Bender**

En el pre test se encontró que Rodrigo presentaba una edad madurativa de 4.1 años siendo ésta inferior a lo esperado a su edad cronológica por 1.2 años. Al analizar los errores que predominaron en la prueba se observó que eran distorsión, integración y rotación. Dichas

características se habían visto permeadas por la pobre estimulación que recibió del contexto al que pertenecía, por lo que se le dificultó el trazo de líneas curvas o rectas de forma continua. Cabe mencionar que la rotación es un componente que se encuentra en todos los niños hasta los 6 años.

Este tipo de errores se encontraron asociados con la capacidad para manejar el espacio, al no encontrar una ubicación adecuada para unir los elementos y que éstos guarden una distancia adecuada, y pueden traer repercusiones en el ámbito escolar, al tener problemas como: cambiar letras al escribir, omitir palabras y/ o perder el renglón al momento de copiar y dificultades para alinear los dígitos en las columnas adecuadas.

En esta fase no se encontró ningún reactivo que pudiera ser significativo de daño neurológico. En cuanto a los indicadores emocionales se observó orden confuso, lo cual se puede considerar normal, ya que por su edad no hacía un adecuado manejo del espacio para planear y organizar el material. De ahí que también presentara expansión, ya que empleó dos hojas para trazar las nueve figuras, pero debido a que Rodrigo no había sido escolarizado, se consideró que no tenía un manejo adecuado del espacio. Por otro lado, se observó gran tamaño de una figura, así como segunda tentativa, lo cual se asoció con elementos de ansiedad. El repaso del dibujo que realizó en algunas figuras se relacionó con agresividad, derivada principalmente de una gran tensión que experimentó el menor de manera frecuente, como parte de un sistema de adaptación al medio y no como consecuencia de un problema neurológico (Ver anexo 1).

Por su parte, en la fase de post test, Rodrigo presentó una edad madurativa de 4 años 4 meses a 4 años 5 meses, siendo ésta aún inferior a lo esperado a su edad cronológica por 1.2 años. Al analizar los errores presentados, de manera similar al pre test, se observó que fueron distorsión, integración y rotación, además de que en esta ocasión se encontró también el de perseveración. Cabe mencionar que la perseveración se considera significativa hasta los 7 años de edad por lo que no implicó cambio respecto a la primera valoración que se le realizó. En cuanto a los indicadores emocionales se observó orden confuso y repaso en el dibujo (Ver anexo 2).

En general, se obtuvo de ambas evaluaciones que el nivel de madurez que presentaba Rodrigo en esta área se debía más a factores de tipo emocional y a la falta de estimulación y escolarización que a problemas de tipo perceptual o por inmadurez neurológica. A pesar de ello, fue posible observar mayor estructuración del menor a nivel espacial en el post test, puesto que las figuras las realizó en una sola hoja, mostrando mayor coordinación e integración en las mismas, reflejo de la estimulación que estaba recibiendo en la institución y de las actividades escolares que llevaba a cabo durante los últimos meses (Ver apéndice 2).

### **2.2.3 Área emocional**

Al calificar los dibujos de la Figura Humana (DFH) realizados en las fases pre y post test a través de los ítems esperados y excepcionales de Koppitz, el menor presentó un nivel de maduración esperado para su edad (Ver apéndice 3).

En la evaluación del área emocional del pre test, Rodrigo mostró una gran necesidad de ser protegido y gratificado, de recibir atención, cariño y afecto por parte de la figura materna. Respecto a la figura paterna presentó ambivalencia hacia ésta debido a que lo percibía

autoritario, agresivo, violento e inhibidor pero al mismo tiempo que lo protegía. De manera general percibía su ambiente agresivo, lo que le generaba temor a la agresión y al castigo, elementos que lo desorganizaban (Ver anexo 3).

Asimismo, el menor presentaba confusión en los roles psicosexuales y la figura materna no era una figura capaz de contener, ni de rescatar porque también era maltratada y minimizada por el padre, por lo que se mostraba indefensa y triste (depresión).

Por otro lado, en la evaluación realizada en el post test, se obtuvo que Rodrigo presentaba una clara identificación con su sexo y una imagen de sí mismo interiorizados. De la misma forma, seguía mostrándose con cierta rigidez por las exigencias que constantemente recibía del exterior y se observó una carencia de sentimientos de identidad debido a la falta de estructuración familiar y personal durante sus primeros años.

A su vez, tenía poca estabilidad emocional y presentaba elementos de ansiedad, sentimientos de inseguridad, timidez, retraimiento e incapacidad para reconocer y expresar sus emociones, así como para demandar aquello que necesitaba. Se mostraba tolerante ante la frustración y se comportaba de acuerdo a los límites y normas que se le presentaban, de forma adecuada aunque en ocasiones llegaba a ser demasiado rígido. Sin embargo, esta circunstancia lo colocó en situaciones de riesgo ya que no era asertivo y podía realizar actividades que no deseaba llevar a cabo, lo que a su vez le generaba dificultad para adaptarse además de que reducía su capacidad de liderazgo y de toma de decisiones (Ver anexo 4).

A diferencia de la primera evaluación, Rodrigo mostró sentimientos de ambivalencia hacia la figura femenina de la cual no recibió las demandas de afecto y atención que requería. Respecto al concepto de la figura masculina la percibía como ambivalente, poco consistente, ausente, no suficiente y como una figura que no proveía ni cubría sus necesidades afectivas. Sobre esta línea se observó un conflicto con la figura paterna probablemente por la violencia que éste ejercía sobre él, sus primos/ medios hermanos, madre y tía (Ver apéndice 4).

En conclusión, en esta segunda evaluación Rodrigo continuó presentando un desarrollo emocional y psicológico inmaduro que no le permitía responder a las presiones del ambiente de forma adecuada, reaccionando a ellas con retraimiento y dificultades en el contacto social y con sus afectos. Mostraba preocupación por sí mismo ante la impotencia y falta de defensas para dominar las dificultades, además de miedo, indecisión e inadecuación que lo llevaban a comportarse como los demás deseaban con el fin de recibir satisfacción de sus necesidades y deseos.

No obstante, se mostraba más participativo, cooperador, abierto al aprendizaje de nuevos conocimientos y dispuesto a relacionarse con los demás, lo cual constituyó un enorme cambio respecto a la manera en que se mostraba recién había ingresado al centro, donde no se relacionaba con los demás y tenía dificultades para llevar a cabo actividades rutinarias (Ver apéndice 5).

#### **2.2.4 Áreas libres de conflicto**

Debido a la situación de privación que vivió el menor, y a pesar de los avances observados en cada una de las áreas; se consideró que todas las áreas se encontraban afectadas ya que la insuficiente estimulación que recibió de su entorno impidió que obtuviera un desempeño

satisfactorio en sus tareas cotidianas, además de que las dificultades que presentaba en el establecimiento de lazos afectivos podían interferir en su desempeño escolar y en su adaptación e interacción con el ambiente.

### **2.2.5 Mecanismos de defensa**

Proyección, negación, represión y formación reactiva.

### **2.2.6 Impresión diagnóstica**

De acuerdo con las características encontradas en la primera evaluación, Rodrigo presentaba un desarrollo intelectual y perceptomotor inmaduro que se identificó por la falta de estimulación de sus funciones cognitivas, de socialización y de lenguaje. Se destacaba que el niño no presentaba alteraciones de los procesos básicos (percepción, memoria, pensamiento).

En la segunda evaluación, a pesar de que aún se observó en el menor un desarrollo inmaduro en cada una de las áreas, se obtuvo que contaba con las capacidades que le permitieron adquirir aprendizaje, analizar y tener una adecuada organización perceptual.

Esto es, respecto a la primera evaluación que se realizó a Rodrigo cuando recién ingresó a la estancia, se observaron avances en el menor derivados del ambiente estructurado (reglas, límites, rutinas) y la estimulación constante que le brindó la institución libre de violencia.

### **2.2.7 Pronóstico y tratamiento**

Se observó en la fase pre test que los aspectos emocionales generaron que disminuyera su rendimiento en las otras áreas, por lo que se sugirió terapia individual con el fin de facilitarle al menor una adecuada identificación y expresión de sus sentimientos, así como eficacia en el establecimiento de relaciones con sus pares y adultos brindándole seguridad en las mismas.

El Pronóstico fue de índole favorable, siempre y cuando al menor se le continuara apoyando psicológicamente de manera constante por un periodo de tiempo largo, ya que presentaba recursos que le permitirían adquirir aquellas habilidades que habían sido interferidas por la falta de estimulación y las condiciones de deprivación a las que estuvo expuesto.

### **2.2.8 Sugerencias terapéuticas**

Se observó que los aspectos emocionales aún generaban que disminuyera su rendimiento en las otras áreas, por lo que se sugirió que a pesar de que fuera canalizado a otra institución, el pequeño continuara con una terapia individual que le facilitara una adecuada identificación y expresión de sus sentimientos, así como eficacia en el establecimiento de relaciones con sus pares y adultos brindándole seguridad en las mismas, además de proporcionarle el apoyo y soporte que requería de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encontraba.

Por otro lado, era importante que debido a que el pequeño se mostraba en ocasiones demasiado rígido en cada una de sus actividades, se trabajara en la flexibilidad y disfrute de tareas nuevas que le permitieran descubrir otras formas de relacionarse e interactuar con los elementos de su ambiente.

### **2.3 Resultados del análisis interpretativo de las sesiones de evaluación Pre test**

Como parte de la evaluación pre test, en un primer momento se hace referencia a aquellos elementos cualitativos de las áreas cognitiva, motriz, emocional y social, obtenidos de las sesiones de juego diagnóstico. Posteriormente se retoman los resultados bajo una metodología cuantitativa, de las áreas de funcionamiento intelectual, perceptomotora, emocional y social; derivados de la aplicación de pruebas psicológicas. En ambos casos, los objetivos que se siguieron fueron los siguientes:

- a) Explorar la influencia de la privación psicológica en el menor.
- b) Evaluar su nivel de desarrollo en las áreas de funcionamiento: intelectual, preceptomotor, emocional y social.

#### **2.3.1 Resultados del análisis cualitativo del juego diagnóstico (Sesiones 1-7)**

Durante las primeras sesiones que se tuvieron con Rodrigo, se realizó la actividad de juego diagnóstico con la finalidad de explorar la influencia que había tenido en él la privación psicológica que vivió durante sus primeros años de vida. Asimismo, a través del juego el pequeño tendría la oportunidad de conocer el espacio y realizar actividades sin ser dirigido, lo que permitiría disminuir su rigidez y facilitar su adaptación al espacio terapéutico así como a la dinámica de trabajo que se realizaría en éste, ya que en otros contextos Rodrigo presentaba dificultades para interactuar con los demás e inclusive para llevar a cabo actividades básicas de higiene y alimentación, por lo que en el centro le separaban del resto del grupo para que fuera asimilando cada una de sus rutinas.

A través del juego diagnóstico se observaron de manera directa algunas reacciones emocionales por las condiciones de privación y los eventos estresantes a los que estuvo expuesto (con respecto a su experiencia y como testigo de los sucesos) y que interfirieron en su desarrollo integral en las áreas cognitiva, motriz, emocional y social. Para el propósito del análisis se identificaron algunos elementos observados a través del proceso de juego diagnóstico para cada una de las áreas que se vieron afectadas, mismos que se presentan a continuación:

##### **a) Área cognitiva:**

- Rodrigo era capaz de seguir instrucciones sencillas, identificar objetos y características de los mismos (color, tamaño, forma, etc.).
- El niño se relacionaba con los materiales de manera primitiva, ya que podía reconocerlos hasta que establecía contacto directo con ellos (pensamiento concreto).
- La interacción que establecía con los materiales era a través de la descripción que realizaba de estos con un lenguaje repetitivo, por medio del cual manifestaba su ansiedad (agregando una letra “p” al final de cada palabra, por ejemplo: “Mep gustop jugarp conp unpdino-sa-u-rio-op”), ya que conforme transcurría la sesión y el pequeño se relajaba pronunciaba adecuadamente las palabras.
- Los niños maltratados pasan gran parte de su juego acomodando las cosas y relacionándose con los materiales a través de establecer contacto directo con ellos. Tal es el caso de Rodrigo, quien de manera paulatina dejó de limitarse a describir los objetos, comenzando una actividad que involucraba la clasificación y acomodo de los materiales similares en filas, donde iba mencionando sus nombres conforme los ordenaba (Pre juego).

- Rodrigo clasificaba los materiales en cada una de sus sesiones, principalmente los animales miniatura, separando recurrentemente a los dinosaurios de los tigres marinos como si se tratara de familias distintas.
- El pequeño comenzó a mostrar agrado por trabajar en su espacio a partir de la tercera sesión, en la que inclusive lograba identificar los lugares específicos en que se encontraban los materiales con los que llevaría a cabo sus actividades (memoria).
- Se redujo el lenguaje repetitivo y con terminación con la letra “p”, lo que denotaba menor rigidez en el niño y mayor confianza para trabajar en su espacio terapéutico.
- El pequeño logró pasar de la mera descripción de los materiales (o pre juego) al juego solitario y simbólico, ya que estableció categorías en los materiales con los que trabajaba y manifestaba elementos que había vivenciado en la realidad a través del juego.
- Rodrigo lograba ajustarse a los límites de tiempo y orden en cada una de sus sesiones. Inclusive, comenzaba a planear la actividad que llevaría a cabo desde que se acudía por él al área de preescolares, lo que mostraba parte de la organización que la institución, su espacio terapéutico y cada una de sus rutinas le estaban brindando.
- Al final de esta fase de juego diagnóstico, Rodrigo podía identificar aquello que le gustaba y no le gustaba, mostró mayor tolerancia a la frustración cuando intentaba hacer algo que se le dificultaba, así como también era capaz de realizar actividades con intencionalidad, lo cual implicaba cierta planeación y toma de decisiones.

#### **b) Área motriz:**

- Sus movimientos eran rígidos, lentos y estereotipados sobre todo al iniciar las sesiones, conforme pasaba el tiempo y se relajaba podía desplazarse con mayor facilidad por el espacio, aunque mostrando habilidades motrices gruesas y finas de un niño de menor edad, ya que mostraba poca coordinación.
- Cuando el menor representaba en su juego la violencia que presenció y vivenció durante sus primeros años de vida, era común que se desorganizara de tal forma que a nivel motor presentaba dificultades para realizar movimientos gruesos y finos, por ejemplo, necesitaba ayuda para bajar los escalones puesto que no lo podía realizar sin apoyo y los objetos que manipulaba se le caían constantemente.
- La rigidez que el menor mostró en las primeras sesiones fue un mecanismo de adaptación ante la nueva dinámica de actividad que se le proponía en el espacio terapéutico, ya que había aprendido a desenvolverse de manera inhibida a través de las exigencias que tenía en el medio en el que se desarrolló antes de su ingreso a la institución.
- Al final de esta fase de juego diagnóstico, aunque el menor se mostraba más expresivo tanto verbal como gestualmente, a nivel motor aún se identificaban ciertas dificultades, ya que se tambaleaba conforme avanzaba y hacia el esfuerzo por subir y bajar las escaleras sin ayuda.

#### **c) Área emocional:**

- A pesar de que Rodrigo no puso resistencia desde el primer momento en que se le llevó al espacio terapéutico y fue capaz de adaptarse al lugar y a las reglas, no mostraba ningún tipo de respuesta emocional ante la actividad que realizaba.
- El menor manipulaba de manera constante los dinosaurios, a través de los cuales presentaba un comportamiento violento que incitaba a los tigres marinos a pelear. En su

juego repetitivo, los tigres marinos regularmente se resistían a pelear con los dinosaurios “porque no les gustaba” y además “porque los tigres marinos bebés no podían pelear”.

- Era tal la ansiedad que la actividad con los dinosaurios agresivos le generaba, producto del trauma por el ambiente violento en el que se había desarrollado el menor, que en dos ocasiones distintas solicitó ir al baño cuando la familia de tigres marinos no quería pelear. Probablemente se identificó con la familia de “tigres marinos”, en la que había varios que eran pequeños y otros más grandes, acomodados en fila de manera rígida de forma similar a como se encontraban en su casa al momento de ser encontrados por las autoridades.
- Rodrigo pidió en una ocasión finalizar su sesión antes de tiempo por la ansiedad que le generó, en su juego simbólico, la rigidez y violencia con la que el dinosaurio rex ponía los límites a los demás animales (por ejemplo: no meterse al arenero porque se podían ensuciar).
- Paulatinamente el niño fue siendo capaz de expresar emociones a través de los materiales con los que trabajaba. Por ejemplo, manifestó su enojo hacia la figura del dinosaurio “rex” en una de las sesiones cuando lanzó semillas a este personaje.
- El pequeño se iba mostrando cada vez más activo en sus sesiones, de tal forma que era capaz de preguntar respecto a los materiales que no conocía (por ejemplo: instrumentos musicales), tenía mayor iniciativa al explorar los juguetes que había en la ludoteca de preescolares (espontaneidad) y no eran tan rígidos sus movimientos ni sus verbalizaciones. Esto es, el niño mostró la necesidad de conocer y explorar su ambiente en un espacio en que estaba descubriendo elementos de su entorno y de él mismo sin temor a ser reprendido, ya que en las primeras sesiones se mostraba inhibido al manipular algunos materiales (por ejemplo: la arena), sin embargo, desde que se le permitió expresar el enojo hacia el rex con las semillas percibió que en ese lugar podía hacer y experimentar cosas diferentes a las que estaba acostumbrado.
- Al final de esta primera etapa de evaluación a través del juego, el niño fue capaz de identificar su emoción ante la actividad que realizaba e inclusive soltar una carcajada espontánea, muestra del disfrute que experimentaba al jugar.
- El niño comenzó a ver a la psicóloga como una figura constante, lo cual le transmitió seguridad, es por ello que de manera paulatina la fue integrando a sus actividades.

#### **d) Área social:**

- Debido a que el menor no había tenido la estimulación adecuada para interactuar con los demás a través de una conversación, no establecía contacto visual cuando se hablaba con él y en ocasiones, cuando se le hacía algún comentario o preguntaba algo, en vez de contestar, tenía ecolalia o respondía con cosas que él estuviera observando o manipulando aunque no se relacionaran con lo que se le estuviera hablando.
- El niño se percibía distinto a través de las sesiones, en donde podía establecer por momentos contacto visual con la psicóloga así como realizar intercambios verbales con ella sobre elementos concretos.
- A partir de la tercera sesión el menor fue capaz de contestar algunas preguntas sencillas de manera coherente.
- Rodrigo se mostraba cada vez más accesible cuando se le preguntaba sobre cada uno de los personajes que manipulaba, siendo capaz de ubicar que el “rex” era el dinosaurio “más fuerte” ya que le pegaba a los demás dinosaurios quienes no le podían ganar en su juego repetitivo que consistía en la lucha del dinosaurio rex contra los demás animales. Esto se



relacionó con la imagen de una figura paterna controladora y abusiva que interactuaba de manera violenta con los otros.

- Rodrigo comenzó a interactuar de forma constante con la psicóloga a través de un diálogo más fluido, en donde compartía no solo la actividad que llevaba a cabo en ese momento durante su sesión, sino que también retomaba experiencias de cada uno de los espacios en los que se desenvolvía (escuela y grupo de preescolares en el centro), hablando en primera persona e identificando gustos y necesidades frente a los de otros, elementos importantes que denotaban su inclusión a un grupo.
- El menor era capaz de pedir ayuda para realizar ciertas actividades (por ejemplo: caminar, acomodar ciertas cosas en su juego, al disfrazarse, etc.) en una interacción cada vez más constante con el otro. Además, logró pasar del pre juego al juego solitario y paralelo.

De manera general, durante esta primera fase de evaluación a través del juego diagnóstico, se observó que el niño se presentaba introvertido y ansioso, no permitía el contacto físico y social, se mostraba plano emocionalmente y no expresaba necesidades, su tipo de apego era ansioso, y debido a sus limitadas habilidades cognitivas y de socialización, las respuestas que el menor manifestaba eran a través de comportamientos desorganizados a lo largo de las sesiones, en las que pasaba de una actividad a otra sin interactuar realmente con los objetos y limitarse exclusivamente a su descripción aislada.

Por otro lado, conforme el pequeño se fue adaptando a cada una de sus actividades dentro del centro, manifestó cambios en las sesiones, ya que pasó de comportamientos inhibidos a desinhibidos y no se concretó en una categoría, por lo tanto presentó exacerbación motora, se relacionó con los objetos a partir de sus funciones, podía interactuar más con los otros y comunicar lo que necesitaba de manera verbal, esto con elementos fantasiosos y presentando un deseo exagerado de tener la atención de los demás (voracidad), como consecuencia de las carencias a las cuales había estado expuesto. De ahí que inclusive las maestras del área de preescolares llegaron a comentar al área de Psicología del centro que el menor tenía dificultades en el seguimiento de las reglas y quería llamar la atención de los compañeros y maestras la mayor parte del tiempo.

Otra forma en la que manifestó en las sesiones la afectación del trauma fue a través de juegos repetitivos. A este respecto los juegos que presentó en las últimas sesiones de juego diagnóstico iban enfocados a la violencia ejercida por el dinosaurio "rex" en contra del resto de los animales, así como también, momentos en los que pedía disfrazarse de súper héroe con elementos femeninos (Hulk y Batman con zapatillas) así como de princesa (Blanca Nieves), en los que manifestó la forma en que había incorporado los objetos; construcción que había hecho a partir de sus figuras parentales ambivalentes, sin una diferenciación de roles y con evidentes alteraciones perceptuales, de integración e identificación.

Es decir, Rodrigo presentaba preferencias fantaseadas o idealizadas de la figura femenina y distorsiones que había hecho con respecto a la integración de los roles sexuales. Es importante aclarar que estas conductas eran efecto del estrés postraumático del menor, por lo que se recomendó en ese momento que se continuara con el trabajo terapéutico de manera constante, en el que se estudiara el estado emocional del niño a partir de permitirle la expresión en el espacio terapéutico de manera libre e integrar los elementos que permitieran al pequeño identificar sus recursos individuales para lograr una mejor adaptación a su situación en ese momento.

A través de la exploración realizada en las sesiones de juego diagnóstico se ubicó el nivel de privación que presentaba Rodrigo, el cual evidenciaba los problemas en el funcionamiento general de cada una de sus áreas de desarrollo, ligadas al contexto violento en el cual se desarrolló durante sus primeros años (como testigo y víctima de maltrato), la falta de estimulación recibida de su entorno y las limitadas habilidades cognitivas, emocionales y sociales de los adultos responsables de su cuidado, ya que lo mantuvieron aislado del exterior, no le permitieron establecer un vínculo estrecho con alguno de sus cuidadores ni realizar aquellas actividades esperadas para un niño de su edad, lo que ocasionó que el menor fuera retraído, incapaz de establecer contacto con los demás, o de expresar necesidades y emociones, así como realizar tareas cognitivas que llevan a cabo los niños de su edad.

Sin embargo, a través de las sesiones de juego diagnóstico se logró que el niño tuviera mayor coordinación en sus movimientos, pudiera tener un diálogo más fluido con los demás, estableciendo contacto visual y expresando sus gustos y necesidades; además de que de forma paulatina, dentro de su actividad de juego iba manifestando los traumas generados por las condiciones de privación en las que vivió y que repercutieron notablemente en los recursos que el niño presentaba para desenvolverse en cada uno de los contextos en que se desarrollaba dentro de la institución.

Durante esta fase y a través del proceso terapéutico, fue importante una actitud positiva por parte de la terapeuta, lo cual involucró elementos básicos como un tono de su voz suave; paciencia para seguir al menor en su actividad, ya que era necesario esperar varios minutos durante las primeras sesiones para que Rodrigo intentara y lograra ejecutar alguna tarea; ser una figura constante, por lo que las sesiones se llevaban a cabo de manera semanal y en el mismo horario para que el niño asimilara sus sesiones terapéuticas dentro de sus rutinas y ello le brindara seguridad; la terapeuta modelaba el establecimiento de límites de forma distinta a como los había aprendido (sin gritos ni malos tratos); además le brindaba sostén emocional y aceptación incondicional ante cada uno de los temas y actividades que llevaba a cabo durante sus sesiones.

Por último, el juego diagnóstico se focalizó para ubicar los efectos que la privación psicológica había tenido en Rodrigo y el nivel de sus habilidades que habían sido interferidas por la falta de estimulación; además de que esta actividad también le brindó el soporte emocional que el niño requería por la desorganización general que presentaba como consecuencia de los traumas generados por la privación y violencia que vivió desde su nacimiento y que repercutió notablemente en la construcción de su estructura yoica.

### **2.3.2 Resultados del análisis cuantitativo de la evaluación Pre test (Sesiones 8-12)**

Después de llevar a cabo, a través del juego diagnóstico, la exploración del nivel de desarrollo que tenía el menor en las principales áreas (cognitiva, motriz, emocional y social) y las repercusiones en cada una de ellas como consecuencia de la privación a la que había sido expuesto; para esta fase se planteó el objetivo de llevar a cabo una evaluación de las áreas de funcionamiento del pequeño (intelectual, precepto-motor, emocional y social) a través de la aplicación de una serie de instrumentos psicométricos y no psicométricos que también hicieron relevante el atraso del funcionamiento general en Rodrigo.

Dentro de las sesiones de evaluación a través de pruebas psicológicas, se continuó asignando un tiempo para llevar a cabo la actividad de juego, en donde el niño presentó

cambios importantes, ya que se mostraba más organizado y con habilidades que permitieron abordar elementos del trauma generados por la privación psicológica que vivió, así como la aplicación de las pruebas psicológicas.

A continuación se presentan los principales elementos obtenidos de cada una de las áreas de funcionamiento de Rodrigo, obtenidos a través de la aplicación de pruebas psicológicas y el juego diagnóstico de esta segunda etapa de la fase de evaluación:

**a) Área de funcionamiento intelectual:**

- Se redujeron considerablemente en el niño los periodos de dispersión al explorar su entorno, ya que permanecía más tiempo en cada una de las actividades que elegía. Además manipulaba y trabajaba con materiales distintos a los de sesiones anteriores.
- Los periodos de atención y concentración de Rodrigo se ampliaron y su interés por tareas que implicaban estar más tranquilo aumentó (por ejemplo: el uso de juegos de mesa como memoramas y lectura de cuentos).
- El pequeño en diferentes momentos de la sesión mostraba varios de sus recursos cognitivos, por ejemplo: clasificaba materiales por forma, tamaño y color; refería las letras y números que observaba a su alrededor, así como también lograba ubicar espacialmente elementos de su entorno (arriba, abajo).
- Con mayor frecuencia la interacción que establecía el menor con los objetos ya no era únicamente realizando la descripción de los mismos, pues era capaz de relacionarse con ellos a través de sus funciones.
- Rodrigo presentaba mayor fluidez verbal al ser capaz de contestar de manera coherente las preguntas que se le realizaban.
- Por otro lado, se identificaron elementos que favorecieron su tolerancia a la frustración, la resolución de problemas prácticos y flexibilidad para solicitar ayuda cuando necesitaba algo, lo que permitió observar que Rodrigo percibía el espacio terapéutico como un lugar en el que se construía, nutría y aprendía cosas nuevas.
- Se concluyó que a pesar de que Rodrigo era un menor que contaba con la capacidad para adquirir aprendizaje, mostraba severos conflictos emocionales que le generaban ansiedad y no le permitían responder a algunas situaciones cotidianas de manera satisfactoria, dichos elementos ansiógenos interferían en su capacidad de atención y concentración lo que hacía que su desempeño en las tareas que realizaba fuera insuficiente al esperado para su edad.

**b) Área de funcionamiento precepto-motor:**

- Rodrigo se observaba con mayor control corporal y coordinación visomotora para realizar movimientos finos y gruesos (por ejemplo: al lanzar una pelota, caminar, correr, cambiar las páginas de un libro, acomodar objetos pequeños en filas, etc.).
- El menor presentaba dificultades en el trazo de líneas curvas o rectas de forma continua, así como errores asociados con la capacidad para manejar el espacio al escribir, ya que no tenía una ubicación adecuada para unir los elementos.

**c) Área de funcionamiento emocional:**

- El menor presentó una gran necesidad de ser protegido y gratificado, de recibir atención, cariño y afecto por parte de la figura materna.
- Respecto a la figura paterna mostró ambivalencia hacia ésta debido a que la percibía autoritaria, agresiva, violenta e inhibidora pero al mismo tiempo que lo protegía.

- Rodrigo percibía agresivo el ambiente en el que se desarrolló, lo que le generaba temor a la agresión y al castigo, elementos que lo desorganizaban.
- El niño presentaba a una madre incapaz de contenerlo o de rescatarlo de la violencia ejercida por la figura paterna, debido a que también era maltratada y minimizada por el padre, por lo que se mostraba indefensa y triste en su actividad de juego.
- El pequeño tenía una confusión en los roles de género, por lo que fue necesario hacerle un esclarecimiento en relación a los elementos que quería usar al momento de disfrazarse. Esto permitió que el menor tuviera mayor claridad respecto a los roles de género, al utilizar vestimenta y accesorios acordes a su género, e inclusive aceptando observarse en el espejo, donde identificó las principales partes de su cuerpo (esquema corporal) y mencionó que se veía “guapo”, lo que denotaba autovaloración y aceptación de su persona.
- La confusión de roles también la manifestó al presentar dificultades en la diferenciación de las figuras parentales, ya que ambas figuras eran “la papá” y tanto hombres como mujeres tenían pene.
- Rodrigo comenzó a expresar de manera continua emociones en su espacio terapéutico a través de su actividad de juego (por ejemplo: daba besos y abrazos a los materiales con los que prefería jugar; manifestaba enojo, alegría, tristeza y miedo a través de su actividad simbólica), y en los otros contextos en que se desenvolvía manifestaba sus emociones hacia las personas con las que convivía cotidianamente (por ejemplo: saludaba con besos, abrazos o estrechando la mano a las terapeutas y a las maestras), es decir, Rodrigo buscaba por iniciativa propia más los contactos sociales con los demás al grado de disfrutar llamar la atención de los adultos y compañeros cada vez que llegaba a un lugar que conocía y en que se sentía confiado.
- El pequeño se mostraba con mayor espontaneidad al realizar actividades diversas, como por ejemplo introducirse completamente al arenero, lanzar las pelotas por todo el espacio bajo la idea de hacer una fiesta y manipular un globo metálico, lo cual dejaba ver que el pequeño era capaz de disfrutar lo que hacía y buscaba la gratificación a través del juego.

**d) Área de funcionamiento social:**

- El menor podía establecer mayor contacto visual con los demás e inclusive se comunicaba a través del lenguaje verbal y no verbal. En alguna de las sesiones inventó una manera creativa de comunicarse con el otro a partir del uso de instrumentos musicales (xilófono), en donde el pequeño contestaba lo que se le preguntaba y hacía comentarios coherentes respecto a lo que se le decía a través de una canción.
- El niño logró pasar por momentos de un juego solitario y paralelo a un juego cooperativo, en donde interactuaba con el otro de manera coordinada para llevar a cabo una actividad específica (por ejemplo: juego de la pelota y armar rompecabezas).
- Rodrigo presentó dificultades para realizar el cierre de varias sesiones, resistiéndose para respetar los límites de tiempo y de orden. Disfrutaba cada una de sus actividades por lo que se le dificultaba desprenderse del espacio terapéutico y no quería guardar los materiales para regresar a sus rutinas al área de preescolares. De ahí que fuera necesario estarle recordando continuamente las reglas y condiciones al trabajar en su espacio terapéutico, inclusive desde antes de subir al área de Psicología, como parte de su organización global a partir de límites instaurados con buenos tratos, modelo distinto al que el niño había vivenciado antes de ingresar al centro.

Durante estas sesiones de evaluación Rodrigo se mostró más abierto y dispuesto para realizar actividades que él mismo decidía de manera libre y aquellas que eran propuestas por la terapeuta (pruebas psicológicas), ya que no se dispersaba con tanta frecuencia, y podía llevar a cabo tareas tranquilas y otras que implicaban movimiento. Asimismo, Rodrigo buscaba una mayor interacción con el otro a través de un diálogo más fluido, coherente y por medio de la realización de actividades de manera cooperativa.

La terapeuta permitía al niño elegir los materiales con los que llevaría a cabo su actividad y le seguía en cada una de sus tareas durante la sesión a través de la descripción de lo que el niño hacía, con el propósito de que encontrara sentido a cada una de las cosas que realizaba, además de permitirle regular sus emociones y canalizar sus energías en una actividad con intención y objetivos definidos. Asimismo, para facilitar y continuar promoviendo en Rodrigo el desarrollo de aquellas habilidades cognitivas que habían sido interferidas por la privación a la que estuvo expuesto, la terapeuta organizaba dentro del espacio terapéutico aquellos materiales por los cuales el menor tenía preferencia (memoramas, rompecabezas, loterías, cuentos, dinosaurios y animales miniatura, autopistas para armar, etc.) y que le permitían mostrar recursos de atención, concentración, memoria y lenguaje, así como habilidades de tipo social como la tolerancia a la frustración, la resolución de problemas prácticos y el juego cooperativo.

Por otro lado, a pesar de los avances que había mostrado Rodrigo en la coordinación de sus movimientos finos y gruesos, las dificultades que presentó se relacionaron con habilidades requeridas en el ámbito escolar, ya que el menor tenía problemas al realizar trazos específicos (líneas rectas y curvas), lo que evidenciaba la falta de estimulación y nula escolarización que había tenido, por lo que de manera paulatina se integró a tareas que le permitieron desplegar estos recursos que no habían sido aprovechados. Dentro de las sesiones terapéuticas, el niño mostraba mayor preferencia por actividades que requerían estar sentado, incluyendo la realización de dibujos, por lo que la terapeuta le proporcionaba materiales variados con los cuales pudiera realizar su tarea con agrado (lápices de colores, marcadores, gises, crayones, pintura digital, acuarelas, etc.), además de que le reconocía constantemente cada uno de los trabajos que llevaba a cabo, en los que además de presentar mejoras en la realización de los trazos, proyectaba a través de sus dibujos emociones hacia las figuras parentales (enojo, miedo y tristeza) y hacia una maestra del área de preescolares y la terapeuta (alegría y amor), que eran personas con quienes convivía dentro de la institución y que lo habían acompañado en el proceso de adaptación y estimulación que había seguido desde su ingreso a la misma.

En esta fase el niño fue capaz de percibir su espacio terapéutico como un lugar seguro en el que podía expresar sus pensamientos y sentimientos sin que se presentara alguna consecuencia negativa, lo que le permitió comenzar una actividad de tipo simbólica en la que predominaban elementos de violencia y necesidades de pertenencia familiar no satisfechas. Asimismo, se observó que cuando abordaba temas conflictivos que le generaban ansiedad (maltrato, ausencia de figuras parentales, necesidades de protección y afecto, miedos, etc.) el menor cambiaba repentinamente de actividad y realizaba alguna tarea relacionada con elementos motores o cognitivos, a través de las cuales se regulaba emocionalmente y podía continuar con su sesión, a diferencia de las primeras sesiones de juego diagnóstico en que se mostraba ansioso durante varios minutos, por lo que era

necesario un trabajo de contención por parte de la terapeuta e inclusive en una ocasión el pequeño pidió que se finalizara la sesión.

Rodrigo fue dejando la constante descripción de cada uno de los objetos con los que interactuaba, de tal forma que se fue relacionando con los materiales a través de sus funciones, donde involucraba elementos de creatividad y espontaneidad. Por ejemplo, cuando el niño logró establecer un diálogo con la terapeuta a través de una canción que ambos iban creando a través del uso de un xilófono, donde la terapeuta le iba reconociendo las habilidades que demostraba y le acompañaba en cada una de las tareas que iba proponiendo, como parte de la aceptación incondicional e imagen positiva que Rodrigo requería construir a través de la voz de la terapeuta.

Aunque el niño llegó al centro con severas fallas en su estructuración yoica derivadas de la privación psicológica que vivió desde su nacimiento hasta antes de ingresar a la institución, y que le impedían llevar a cabo actividades para cubrir necesidades básicas de alimentación, higiene e interacción con los otros; fue posible detectar diversos avances en cada una de las áreas de desarrollo a través de las sesiones de evaluación por medio del juego diagnóstico y mediante técnicas psicométricas y no psicométricas. Estos logros se observaron básicamente en la organización que presentaba el niño a partir de su integración a actividades que le estimularon y proporcionaron seguridad para realizar tareas que requerían de la intervención de procesos básicos, la interacción con los otros y el manejo de elementos emocionales que mostraban las carencias cognitivas, sociales y afectivas que Rodrigo tenía en ese momento.

Una vez que se detectó el mal funcionamiento del menor en diversas áreas obtenido por el juego diagnóstico y la evaluación psicométrica, se derivó una propuesta de intervención dirigida particularmente a propiciar cambios en el desempeño cognitivo, motor, emocional y social de Rodrigo. Es importante mencionar que, aunque para fines prácticos se haya establecido una fase de intervención psicológica, fue obligatoria una técnica de intervención desde las primeras sesiones que se trabajaron con el niño, debido a sus antecedentes y sus características al ingresar al centro.

La intervención realizada durante la primera fase de trabajo permitió que Rodrigo asimilara las actividades que llevaría a cabo en el espacio terapéutico, además que adquiriera y desarrollara algunas de las habilidades en las que mostraba un desempeño menor al esperado para un niño de su edad (percepción, atención, concentración, memoria, lenguaje, formación de conceptos, orientación en tiempo y lugar, etc.), lo que le permitió tener una mayor interacción con el otro y llevar a cabo la actividad de juego simbólico, en donde el menor era capaz de colocar en los objetos elementos emocionales que proyectaban sus problemáticas principales (confusión de roles, presencia de una madre incapaz de cumplir funciones maternas, padre autoritario y violento, ambivalencia hacia el padre, ausencia de sentimientos de pertenencia familiar, etc.). Se llevó a cabo el trabajo de forma semanal sin interrupción, ya que fue necesaria la constancia del objeto (terapeuta) a través de las sesiones, así como también una postura de aceptación incondicional por parte de la psicóloga, es decir, que interactuara con Rodrigo mediante una voz tranquila, le siguiera en cada una de sus actividades con actitud tolerante, de tal forma que su presencia en las primeras sesiones le brindara sostén emocional al menor y le sirviera de guía concreta para identificar y expresar paulatinamente sus pensamientos y sentimientos.

Además de los avances que mostró Rodrigo en cada una de las áreas de desarrollo a través de las sesiones, la organización que presentaba en sus actividades, así como la identificación y expresión de afectos a través del juego simbólico fueron los principales elementos que se consideraron para comenzar a partir de la sesión 13 a trabajar la propuesta de intervención dirigida a propiciar cambios en el desempeño general del menor.

#### **2.4 Resultados del análisis cualitativo de las sesiones de intervención terapéutica**

Durante la fase de evaluación se hicieron evidentes los efectos de la privación psicológica a la que fue expuesta Rodrigo antes de ingresar a la institución, a partir de las conductas que presentaba en las sesiones y de su desempeño en las tareas que realizaba, donde sus habilidades en cada una de las áreas de desarrollo eran inferiores a las esperadas para un niño de su edad.

En el transcurso de las sesiones de la primera fase se pudieron desarrollar algunas de las potencialidades del menor al posibilitar las condiciones que le permitieran estimular las áreas que habían sido interferidas por la privación, a través del uso de materiales que privilegiaran el uso de habilidades básicas (lenguaje, memoria, atención, concentración, percepción, resolución de problemas, tolerancia a la frustración, etc.), asimismo fue importante una actitud empática y de aceptación por parte de la terapeuta en todo este tiempo. Estos elementos permitieron que el niño se fuera apropiando de su espacio, por lo que comenzó a mostrar mayor organización en cada una de las actividades que realizaba, a identificar y expresar sentimientos y pensamientos de manera libre, y a depositar elementos emocionales en cada uno de los materiales con los que interactuaba a través del juego simbólico.

A partir de esta fase de intervención, que constó de 15 sesiones, se abordaron las metas terapéuticas obtenidas de la evaluación que se le practicó al menor, mismas que se enfocaron a trabajar en la estructuración yoica de Rodrigo a partir de las siguientes áreas de análisis:

1) Funciones cognitivas. Se relacionan con la adquisición de conocimientos basados principalmente en las experiencias previas, las cuales influirán en la interpretación de la información, así como en la configuración con la que se evocará esta información en la memoria, determinando en parte la respuesta conductual del menor. Además, involucran procesos de percepción referentes a la acumulación de información usando los cinco sentidos fisiológicos, incluyendo a su vez la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización. Dentro de las funciones cognitivas se ubicaron algunos elementos de análisis con la finalidad de situarlos con mayor precisión en las actividades desempeñadas por el menor:

- Función de los procesos básicos
- Prueba de realidad
- Aprendizaje
- Juicio

2) Elementos emocionales. Inicialmente se basan en las características más visibles que diferencian a las personas (sexo, edad, etc.) que a su vez serán la base del autoconcepto y autoestima. Más adelante se relacionan con el desarrollo de la conciencia de los propios sentimientos, estar en contacto con ellos y ser capaces de proyectarlos en los demás, tener

la capacidad para involucrarse con otras personas de forma adecuada relacionándose positivamente, tener la capacidad para empatizar con los otros, de identificarse, de tener vínculos e intercambios de sentimientos satisfactorios. Las categorías de análisis que se identificaron como parte de los elementos emocionales en las sesiones de Rodrigo fueron:

- Matices emocionales
- Expresión simbólica
- Holding
- Apego
- Relaciones objetales
- Regulación emocional
- Identidad
- Seguridad básica

3) Integración social. El niño va asimilando los valores, normas y formas de actuar que el grupo social intentará transmitirle. Este proceso es una interacción entre el niño y su entorno que depende de las características del menor y de la forma de actuar de los agentes sociales. A través de la socialización el niño va satisfaciendo sus necesidades y asimilando la cultura a la vez que la sociedad se perpetúa y desarrolla. Los elementos de análisis identificados como parte de la integración social en las sesiones del menor fueron:

- Elementos básicos de interacción
- Socialización

A continuación se describen los principales elementos obtenidos de las sesiones de la fase de intervención terapéutica a partir de las áreas de análisis identificadas:

#### **2.4.1 Funciones cognitivas (Sesiones 13-16)**

Durante las primeras sesiones de la fase de intervención se identificó que la actividad de Rodrigo se relacionaba en gran medida con habilidades de tipo cognitivo y perceptual, por lo que esta primera subfase de trabajo se categorizó como área de funciones cognitivas, de la cual se obtuvieron elementos de análisis y a su vez se definió operacionalmente cada uno de estos con el objetivo de identificarlos de forma precisa a través de las sesiones.

Sin embargo, aunque en esta subfase se hayan privilegiado los procesos cognitivos y perceptuales, es importante mencionar que Rodrigo presentaba algunos componentes de tipo emocional en las actividades que llevaba a cabo, pero cuando éstos se presentaban aún eran evidentes elementos ansiógenos que lo desorganizaban como consecuencia del trauma que presentaba por la experiencia de privación y maltrato que vivió antes de ingresar a la institución, por lo que el pequeño realizaba con mayor frecuencia actividades que lo alejaban de esas situaciones y que le permitían organizarse y regularse emocionalmente. Por ello durante estas sesiones fue importante acompañar al niño en las tareas que iba seleccionando y no presionarlo para abordar aquellas problemáticas que había comenzado a proyectar en su juego al final de la fase de evaluación (maltrato, ambivalencia hacia figura paterna, necesidades afectivas, etc.), dándole el tiempo necesario para que se sintiera confiado y seguro y fuera capaz de retomar su actividad simbólica en sesiones posteriores (subfase de elementos emocionales).



A continuación se presentan los principales elementos de análisis identificados en las sesiones de la primera subfase de intervención, donde el área de análisis principal estuvo relacionada con las funciones cognitivas:

ÁREA DE ANÁLISIS	ELEMENTOS DE ANÁLISIS	DEFINICIÓN OPERACIONAL
FUNCIONES COGNITIVAS	- Función de los procesos básicos.	- Atención. - Memoria. - Percepción. - Lenguaje. - Formación de conceptos.
	- Prueba de realidad.	- Orientación en tiempo y espacio. - Interpretación de los acontecimientos externos.
	- Aprendizaje.	- Integración de la experiencia.
	- Juicio.	- Anticipación de las consecuencias de sus actos.

**Área de análisis: Funciones cognitivas. Elemento de análisis: Función de los procesos básicos.** Los procesos básicos son los pilares fundamentales sobre los cuales se apoyan la construcción y la organización del conocimiento y el razonamiento.

Las categorías que se obtuvieron del elemento de análisis denominado función de los procesos básicos se presentan a continuación:

**a) Atención.** Es una actitud mental mediante la cual es posible concentrar la actividad psíquica sobre un objetivo, que pasa a ocupar en la conciencia el punto de mayor concentración. Respecto a la atención se observó en las sesiones lo siguiente:

- Gran parte de las sesiones Rodrigo dedicaba su actividad a ordenar, clasificar, contar y describir cada uno de los materiales que manipulaba (sobre todo tarjetas de animales, números y letras).
- El niño se percibía más tranquilo, ya que mostraba menor dispersión al explorar su entorno y elegir los materiales con los cuales llevaría a cabo su actividad, además de que dedicaba gran parte del tiempo de las sesiones a una misma tarea, siendo capaz de realizar actividades que implicaban mayores periodos de atención y concentración (por ejemplo: juegos de mesa, contar cuentos, dibujar, etc.).
- Dentro de sus actividades manifestaba elementos que denotaban una mayor organización, ya que podía respetar turnos e inclusive continuar un diálogo más fluido con el otro a través de la explicación de las reglas y procedimientos en las actividades que llevaba a cabo.
- Rodrigo realizaba menor cantidad de actividades durante la sesión debido a que su atención era más prolongada y se dispersaba menos que antes.

**b) Memoria.** Capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar, conservar y evocar las experiencias (ideas, imágenes, acontecimientos, sentimientos, etc.). En las sesiones se identificó que:

- Rodrigo utilizaba de manera constante juegos de mesa, uno de los principales era el memorama, en el cual mostraba un buen desempeño a través de las sesiones, ya que reconocía las características esenciales de las figuras y lograba recordarlas para integrar pares (identificación de semejanzas y diferencias).
- A pesar de que por momentos el niño brincaba de una actividad a otra, lograba establecer una secuencia en las cosas que llevaba a cabo.
- El menor podía retomar elementos abordados en sesiones anteriores como ciertos criterios en los juegos y reglas.
- El pequeño ubicaba el lugar específico en que se guardaban los materiales que utilizaba.
- Rodrigo reconocía los juguetes y elementos nuevos en su espacio terapéutico.
- El niño podía identificar por nombre a algunos de sus compañeros en el área de preescolares, maestras y psicólogas del centro.

**c) Percepción.** Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. También implica un proceso mediante el cual una persona: selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo. Durante estas sesiones se observó que:

- Rodrigo lograba identificar elementos iguales o diferentes en los objetos, nombres de animales, onomatopeyas, etc., muestra de su capacidad de percepción, atención y memoria.
- A diferencia de las primeras sesiones en que el niño manipulaba generalmente objetos duros y se limitaba a ordenarlos y clasificarlos, en estas sesiones se interesaba por materiales variados: con diversas texturas (semillas, telas), juguetes que emitían sonidos y que presentaban colores llamativos; los cuales manipulaba de manera constante y durante periodos prolongados de tiempo.
- Se percibieron mejoras en algunas habilidades visoespaciales del pequeño, por ejemplo: en su coordinación ojo-mano para el trazo de líneas y figuras geométricas, para pintar y colorear, así como mayor agilidad para desplazarse de un lado a otro por todo el espacio, inclusive debajo de los muebles.

**d) Lenguaje.** Capacidad propia del ser humano para expresar pensamientos y sentimientos por medio de un sistema de signos orales y escritos. En las sesiones de Rodrigo:

- Se identificó gran disminución del lenguaje repetitivo en el menor, quien dejaba de llevar a cabo la descripción de los elementos de su entorno e interactuaba más con el otro a través de un lenguaje más fluido.
- El pequeño ya no describía los materiales sino la actividad que realizaba, como una manera de estructurarse y regularse en la misma.
- Rodrigo presentaba mayor riqueza al comunicarse con los demás a través del uso del lenguaje verbal y no verbal (gestos e inclusive dibujos).
- El pequeño establecía intercambios verbales con mayor coherencia.

**e) Formación de conceptos:** Los conceptos son construcciones u objetos mentales, por medio de los cuales se pueden comprender las experiencias que emergen de la interacción

con el entorno, a través de su integración en clases o categorías relacionadas con los conocimientos previos. En las sesiones se obtuvo que:

- El menor era capaz de englobar diversos comportamientos y situaciones que había experimentado en un concepto particular, lo cual era indicador de su inclusión al grupo y asimilación de rutinas y reglas en cada una de las actividades que llevaba a cabo. Por ejemplo:
  - Portarse bien: Implicaba seguir instrucciones y respetar a los demás.
  - Tener amigos: Se relacionaba con tener en común ciertos elementos con sus compañeros y compartir cosas con ellos.
  - Malo: Rodrigo se refería con este término al dinosaurio que maltrataba a los demás animales.
  - Enojo y tristeza: Comportamientos como maltratar y llorar respectivamente.

**Elemento de análisis: Prueba de realidad.** La prueba de realidad se trata de un proceso postulado por Freud, que permite al sujeto distinguir los estímulos procedentes del mundo exterior de los estímulos internos, y prevenir la posible confusión entre lo que el sujeto percibe y lo que meramente se representa, confusión que se hallaría en el origen de la alucinación. A partir de la definición operacional que se realizó de prueba de realidad, se obtuvieron las categorías que se presentan a continuación:

**a) Orientación en tiempo y espacio.** Es el conocimiento que cada persona posee de quién es, dónde se encuentra y hacia dónde va en las coordenadas espacio-tiempo. En el caso del menor se observó lo siguiente:

- Rodrigo era capaz de respetar con mayor frecuencia los límites de tiempo y orden en sus sesiones.
- El menor ubicaba perfectamente las rutinas que tenía en el centro y en la escuela, producto de la organización que la institución y cada uno de los espacios en que se desenvolvía le habían proporcionado hasta ese momento, lo cual le brindaba seguridad y por consiguiente tenía un mejor desempeño en las tareas que realizaba.
- De manera concreta, Rodrigo podía ubicar los días a partir de relacionar el tiempo con las rutinas que realizaba, además de que adaptaba su actuación dependiendo del momento y espacio en que se encontraba, por ejemplo: establecía la diferencia en las reglas que se seguían en el espacio terapéutico (por ejemplo de orden y de tiempo) y las que se seguían en el área de preescolares dentro del centro (por ejemplo al comer y al realizar la tarea).

**b) Interpretación de los acontecimientos externos.** Las experiencias que adquiere el individuo se emplean como marco de referencia ante nuevos eventos, lo que permite a las personas significarlos de manera cualitativamente distinta. De ahí que un mismo acontecimiento sea experimentado de manera diferente por varias personas. A partir de la estancia del menor en la institución, se observó que:

- El niño se encontraba más integrado a sus actividades dentro del centro y se mostraba más flexible al momento de socializar, esto porque conocía las reglas de cada uno de los espacios en que se desenvolvía e iba descubriendo recursos propios a través de la interacción con los otros.

- Rodrigo comenzaba a representar a través del juego experiencias que había tenido antes de su ingreso a la institución, principalmente el haber sido testigo y receptor de violencia por parte de su padre, a través de un juego que consistía en los malos tratos de una figura dominante y controladora hacia los demás miembros del grupo, quienes se sometían para evitar consecuencias negativas (castigos).

**Elemento de análisis: Aprendizaje.** El aprendizaje es el proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia. A partir de la definición operacional que se realizó del elemento aprendizaje, se obtuvo la siguiente categoría:

**a) Integración de la experiencia.** Adquisición de elementos en diferentes contextos y tiempos que se acumulan en un todo y que guían futuros comportamientos de los individuos. En el caso específico del menor se observó lo siguiente:

- Rodrigo mostraba mayor organización en los juegos que llevaba a cabo al tomar en cuenta los siguientes elementos:
  - Uso de reglas como respetar turnos, cumplir ciertos criterios para ganar, tener el mismo número de materiales, etc.
  - Jugar en espacios que implicaban mayor estructuración, ya que pasó del uso del suelo y los tapetes de fomi a la mesa o escritorio.
- El pequeño podía inventar historias a partir de materiales visuales, lo cual promovía el uso de su imaginación y la creatividad. Sus historias estaban vinculadas con las experiencias que había tenido durante sus primeros años. Por ejemplo, relacionaba la tristeza y el enojo de los personajes con los malos tratos a los que eran sometidos o la tristeza con la separación de aquellas figuras representativas para los personajes.
- El niño manifestaba en sus sesiones la incorporación de actividades a través de las cuales se podía reconocer como persona y además cuidar. Por ejemplo:
  - Peinarse y ponerse crema en la cara y en los brazos.
  - Elegir disfraces relacionados con su género y diferenciarse como un niño.
  - Disfrutar cuando se observaba en el espejo después de disfrazarse, mencionando las partes de su cuerpo.

**Elemento de análisis: Juicio.** El juicio indica la comprensión y evaluación de las situaciones hipotéticas y reales, y las evaluaciones del sujeto sobre las consecuencias de los actos u otras conductas relacionadas con estas situaciones que el sujeto crea.

A partir de la definición operacional que se realizó sobre lo que es juicio, se obtuvo la siguiente categoría:

**a) Anticipación de las consecuencias de sus actos.** El individuo presta especial atención a las señales del entorno o internas que tienen el valor de predecir el desarrollo de la acción y sus resultados. La previsión resultante de la consideración y análisis de dichas señales predeterminan a su vez el campo atencional sobre el que preferentemente se focalizará cuando la situación se presente. Dentro de las sesiones fue posible identificar esta categoría cuando:

- El pequeño comenzó a elaborar una historia conforme hojeaba las páginas de un libro en donde los superhéroes se encontraban enojados y tristes, especialmente Hulk, ya que los

otros lo hacían enojar y por eso se convertía en un monstruo de color verde. Esto es, el menor iba ubicando ciertas situaciones que generaban algún efecto en los demás.

- Rodrigo compartía dentro de sus sesiones experiencias que tenía con sus compañeros del área de preescolares, en los que relacionaba la conducta propia o de los otros con ciertas emociones o respuestas de las figuras de autoridad. Por ejemplo:
  - Cuando compartía sus materiales sus compañeros lo aceptaban y él se sentía feliz.
  - Cuando no seguía las instrucciones de sus maestras lo castigaban.
  - Cuando los niños más grandes le pegaban a los pequeños se sentía triste.
- Rodrigo buscaba constantemente la aprobación de los demás, aspecto que lo llevaba a acceder continuamente a los requerimientos que se le hacían. Esto representó un cambio en su conducta, ya que durante algunas semanas presentó dificultades para respetar los límites tanto en su espacio terapéutico como en la institución. Es decir, Rodrigo aprendió, a partir de experiencias previas, que proporcionando a los otros lo que le solicitaban las consecuencias eran positivas para él, como el ser aceptado por su grupo, permitirle jugar y compartirle materiales que le gustaban.

Hasta este momento Rodrigo había tenido un gran número de experiencias desde su ingreso a la institución que le permitieron desarrollar diversas habilidades que habían sido interferidas por la privación psicológica que vivió antes de llegar al centro, por lo que iban siendo evidentes los avances que el niño presentaba de una sesión a otra. Tal es el caso del desarrollo en sus funciones cognitivas a través de actividades que le permitían tener la estimulación que no había recibido, lo que demostraba que el atraso que presentaba no se debía a falta de recursos sino de riqueza del ambiente en el que se había desarrollado durante los primeros años de su vida.

Estos avances en el funcionamiento cognitivo del pequeño le permitieron relacionarse con el otro a través de un lenguaje más fluido y coherente (verbal y no verbal), realizar tareas que requerían de periodos de atención y concentración cada vez más prolongados, de habilidades de memoria a corto y mediano plazo, de mayor organización a nivel de pensamiento y a través del uso de reglas, era capaz de hacer uso de su creatividad, de disfrutar de sus actividades, de integrar experiencias, resolver problemas prácticos, tomar decisiones y presentaba mayor tolerancia a la frustración en las tareas que realizaba. Todos estos cambios le permitieron integrarse a actividades grupales y desenvolverse con mayor confianza y seguridad, por lo que de forma paulatina expresaba sus pensamientos y sentimientos a través de las actividades que realizaba en cada uno de los espacios en que se desenvolvía. Dentro de sus sesiones, los juegos de mesa que llevaba a cabo se iban combinando con juego cooperativo y simbólico, a través del cual el niño proyectaba las situaciones traumáticas que vivió durante sus primeros años de vida.

Fue importante que la terapeuta continuara con una actitud flexible hacia el menor a través de la cual le seguía en cada una de las actividades que elegía llevar a cabo, lo que permitió a Rodrigo ir identificando y expresando sus emociones sin que esto le generara demasiada ansiedad, ya que iba adquiriendo habilidades para regularse a través de la realización de tareas que lo alejaban de sus emociones y del conflicto que comenzaba a simbolizar en sus juegos. Este fue uno de los criterios que se consideraron para categorizar las siguientes

sesiones en una subfase diferente, ya que en ellas el menor abordaba elementos emocionales de manera recurrente a través de su actividad simbólica.

#### 2.4.2 Elementos emocionales (Sesiones 17-22)

En estas sesiones, Rodrigo continuaba mostrando avances significativos en sus funciones cognitivas a través de juegos de mesa y actividades organizadas. Sin embargo, de manera paulatina el niño privilegió en sus sesiones aquellas actividades a través de las cuales representaba los eventos traumáticos que había vivido antes de ingresar al centro, cuestión que le iba permitiendo la elaboración de los mismos y un trabajo más profundo en la identificación y expresión de emociones.

Durante estas sesiones el menor requirió de contención y elementos de holding por parte de la terapeuta, quien a través de una actitud empática y de aceptación hacia el pequeño le brindaba aquella confianza y seguridad necesarias para que el menor fuera capaz de abordar las principales repercusiones emocionales que había tenido a consecuencia de la privación y maltrato vividos antes de que ingresara a la institución.

Asimismo, debido a las temáticas que Rodrigo iba desarrollando en sus sesiones, hubo ocasiones en que se le dificultaba desprenderse del espacio terapéutico y era incapaz de respetar los límites de tiempo, ya que se apegaba a la terapeuta y mostraba ansiedad para retomar sus actividades en el área de preescolares, de ahí que se introdujo a las sesiones un objeto de transición (oso de peluche), como parte del enfoque integrativo que se empleó durante todo el proceso terapéutico, y que permitiría al pequeño transferir hacia el objeto aquella seguridad y apego desarrollados hacia la figura de la terapeuta por las funciones que ella cumplía dentro de las sesiones.

A continuación se presentan los principales elementos de análisis identificados en las sesiones de la segunda subfase de intervención, donde el área de análisis principal estuvo relacionada con los elementos emocionales:

ÁREA DE ANÁLISIS	ELEMENTOS DE ANÁLISIS	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>ELEMENTOS EMOCIONALES</b>	- Matices emocionales.	- Reconocimiento y expresión de emociones.
	- Expresión simbólica.	- Análisis de la conducta e interpretación del juego.
	- Holding.	- Ubicación de elementos que proporcionan seguridad en el espacio terapéutico.
	- Apego.	- Establecimiento de vínculo emocional con principales cuidadoras, tía materna (en convivencias) y terapeuta.
	- Relaciones objetales.	- Elementos de reparación. - Integración de objetos parciales.
	- Regulación emocional.	- Tolerar las frustraciones y la demora.
	- Identidad.	- Diferenciación de los otros (individuación).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interacción con miembros de su familia en convivencias y sesiones terapéuticas.</li> <li>- Roles de género.</li> </ul>
- Seguridad básica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de su espacio vital.</li> <li>- Elementos de autocuidado.</li> <li>- Establecimiento de límites con sus pares.</li> </ul>

**Área de análisis: Elementos emocionales. Elemento de análisis: Matices emocionales.**

Los matices emocionales refieren la expresión de una respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo o situación. Si la situación le parece favorecer su supervivencia, experimenta una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, etc.) y sino, experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.), todas estas en diferentes grados y niveles dependiendo de la manera en que se signifique cada uno de los estímulos o situaciones. A partir de la definición operacional que se realizó de los matices emocionales, se obtuvo la siguiente categoría:

**a) Reconocimiento y expresión de emociones.** Competencias que permiten el reconocimiento y manejo de los sentimientos y las emociones, tanto propias como ajenas, para lograr relaciones mutuamente satisfactorias entre el hombre y su medio social. Además, estas habilidades o aptitudes que posee un individuo para manejar las emociones, le permiten sacar provecho de estas para sí mismo y en su interacción con los demás. Dentro de las sesiones de intervención este indicador se observó cuando:

- El menor en diferentes momentos dentro de su juego hacía referencia a personajes que manifestaban emociones, principalmente el enojo y la tristeza.
- Rodrigo comenzaba a identificar varios sentimientos en él mismo a través del uso concreto de caritas y de las sensaciones que experimentaba a nivel corporal ante la llegada de las emociones.
- En la interacción con sus pares en el área de preescolares, el menor podía ubicar algunas de sus emociones e inclusive expresarlas directamente con ellos, como cuando uno de los niños le quitó su material y Rodrigo manifestó su enojo de manera verbal pidiéndole además que le devolviera aquello que le había quitado.
- Continuaba presentando ambivalencia hacia la figura paterna (amor, enojo) a través de la simbolización en sus juegos, ya que el niño percibía que su padre había compartido actividades gratificantes con él (como por ejemplo tocar la guitarra y cantar juntos) y a la vez le había causado daño a través de la represión y malos tratos ejercidos hacia él mismo y su madre.

**Elemento de análisis: Expresión simbólica.** Acción que se lleva a cabo a través del juego, actividad donde los pequeños imaginan ser, imitando situaciones que ven en la vida real. En ese proceso utilizan al máximo su imaginación, jugando constantemente en el límite entre lo real y lo imaginario, lo cual les ayuda a crear representaciones mentales que serán de gran ayuda para resolver situaciones futuras en su vida.

A partir de la definición operacional que se realizó de expresión simbólica, se obtuvo la siguiente categoría:

**a) Análisis de la conducta e interpretación del juego:** El niño a través del juego lleva a cabo una asimilación de la realidad que le permite la preparación y superación de situaciones, así como la expresión del pensamiento y sentimientos.

En las sesiones de intervención, este indicador se observó en los siguientes momentos:

- El niño era capaz de llevar a cabo, con mayor frecuencia, juego simbólico en sus sesiones empleando recurrentemente a los animales de la selva y las serpientes, donde eran evidentes los malos tratos a los que fue expuesto y se ubicaron algunos sentimientos depresivos, esto debido a que en una de las sesiones cada vez que un leopardo era violentado por los otros animales se dormía para que dejaran de maltratarlo; en otro momento Rodrigo regañó a varios bebés que estaban sentados por lo que éstos decidieron irse a dormir como una manera de escapar de los malos tratos.
- En una sesión, cuando cada uno de los animales había maltratado al leopardo se le preguntó sobre lo que sentía el leopardo en ese momento y contestó que estaba “enojón”. Con respecto a lo que hacía cuando estaba “enojón” era dormirse, llevando al leopardo hacia un extremo del espacio y recostándolo para simular que estaba durmiendo.
- A partir del juego que realizaba de forma repetitiva con los animales, se pudieron ubicar dos emociones principalmente: tanto enojo cuando los animales y serpientes maltrataban al leopardo, así como de tristeza cuando el leopardo se dormía cada vez que era agredido.
- Rodrigo colocaba constantemente a los dinosaurios pequeños como espectadores del enojo de los animales grandes, lo cual podía representar la manera en que fue testigo de la violencia que su padre ejercía hacia su madre y su tía.
- El niño realizó un dibujo en el que se encontraba un gigante que violentaba a un niño ya que este último se había portado mal. El gigante iba a pegar y a gritar al niño para que ya no se portara mal, ante esto el niño del dibujo tuvo miedo y comenzó a llorar muy fuerte. Rodrigo mostró a la terapeuta de forma concreta la forma en que el gigante le pegó al niño a través de un muñeco, al cual azotó contra la pared con gran fuerza pegándole en la cabeza. Rodrigo aseguró que de esa forma el niño dejaría de llorar y el gigante ya no se enojaría. Este juego se ligó a la situación presentada en el expediente del menor, relacionada con la violencia que ejercía el padre de Rodrigo hacia él y sus hijos, en donde el hombre justificó sus actos y de esa manera los niños percibían que eran responsables de los malos tratos que recibían al apropiarse de la etiqueta de “malos”.
- En estas sesiones se seguía al pequeño en su juego y Rodrigo era capaz de responder aquello que se le preguntaba de manera coherente.

**Elemento de análisis: Holding.** Describe la función de la madre que permite la continuidad del ser del bebé. La función de holding lo proporciona la madre que sostiene al bebé con tranquilidad, adecuando la presión de sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente, etc., proporcionándole la vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental. El sostenimiento facilita la integración psíquica del infante. A partir de la definición operacional que se realizó de holding, se obtuvo la siguiente categoría:



### **a) Ubicación de elementos que proporcionan seguridad en el espacio terapéutico.**

Hace referencia a todos aquellos elementos que hacen sentir al menor seguro y protegido. Éstos le permiten desenvolverse con mayor confianza y paulatinamente apropiarse del espacio.

La seguridad que el menor encontraba en su espacio se visualizó dentro de las sesiones cuando:

- El niño integraba las devoluciones que se le hacían y contestaba algunas de las preguntas de manera coherente a partir del contexto en el que estaba trabajando.
- Cada vez que se intentaba abordar algún tema que hacía referencia a la dinámica familiar en la cual se desarrolló, Rodrigo se desorganizaba mostrando reacciones de ansiedad, es por ello que durante algunas de las sesiones era preciso tranquilizarle a través de verbalizar lo que estaba haciendo y lo que probablemente estaba expresando antes de continuar con la actividad.
- De manera paulatina el menor fue empleando actividades que le permitieran canalizar la ansiedad que presentaba ante ciertos temas y actividades, principalmente aquellas vinculadas con el maltrato y la agresión. Algunas de ellas fueron la manipulación de masitas, el garabateo y el uso del dibujo con diversos materiales (lápices de colores, pintura digital, gises y acuarelas).
- Rodrigo comenzó a expresar necesidades dentro de las sesiones, en una de ellas manipuló diversos alimentos en una tienda de supermercado, los cuales simuló comer de manera rápida y en gran cantidad. Se le acompañó a través del reflejo de lo que hacía, por lo que se le mencionó que parecía que tenía mucha hambre y el niño respondió que sí, ya que hacía “como si” comiera gran cantidad de alimentos. El menor fue capaz de pedir lo que se le antojaba comer y la psicóloga simulaba preparárselo, como simbolización de las necesidades afectivas del menor y la manera en que se estaba nutriendo a través del trabajo que realizaba en el espacio terapéutico.
- Debido a que el menor visualizaba el espacio terapéutico como un lugar seguro en el que podía expresar formas de ser y sentir sin ninguna consecuencia negativa, Rodrigo tenía dificultades para aceptar el cierre de las sesiones, por lo que en ocasiones se dedicaban algunos minutos para brindarle la contención que le permitiera tranquilizarse y retomar sus actividades en el área de preescolares.
- El pequeño se daba la oportunidad de interactuar con nuevos materiales y experimentar situaciones diferentes dentro de sus sesiones, donde reflejaba su creatividad, espontaneidad y capacidad de disfrute ante las actividades que llevaba a cabo. En una ocasión introdujo todo su cuerpo a la alberca de pelotas, donde pudo reconocer que se sentían suaves y dando giros reía mostrándose seguro y confiado de que se le aceptaba por lo que él era como persona y no lo que hacía para los demás.

**Elemento de análisis: Apego.** El apego es la vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. A partir de la definición operacional que se realizó de apego, se obtuvo la siguiente categoría:

**a) Establecimiento de vínculo emocional con principales cuidadoras, tía materna (en convivencias) y terapeuta.** Se consideraron aquellas personas que interactuaban con mayor frecuencia con Rodrigo dentro de la institución, y que además cumplían algunas funciones maternas con él, por lo que el niño había establecido un vínculo cercano con ellas. Dentro de las sesiones, esta vinculación afectiva se observó en los siguientes momentos:

- A partir de las dificultades que el menor presentó para bajar del espacio terapéutico después de sus sesiones, se incluyó al trabajo un oso de peluche (objeto transicional), al cual Rodrigo recibió con agrado y asignó el nombre de “Peluchín”, con la finalidad de transferir hacia éste el apego que el menor había establecido con la terapeuta a través del trabajo que habían realizado hasta este momento, donde predominaba la aceptación incondicional, la contención, un ambiente que lo nutría y en el que se abordaban aquellos elementos emocionales que llevaba Rodrigo a las sesiones.
- Rodrigo había establecido también un vínculo afectivo cercano con una de las maestras del área de preescolares, por lo que al concluir una de las sesiones en que “Peluchín” lo acompañaría para regresar con sus compañeros del centro, el pequeño manifestó: “Mami C. me va a decir te quiero”, ubicando aquellas figuras representativas que cumplían con él diversas funciones maternas que lo fortalecían e iban permitiendo tener avances en el área emocional (autoestima, seguridad, confianza, etc.).
- Paulatinamente Rodrigo integró a “Peluchín” a algunas de sus actividades dentro de las sesiones. En una de ellas, la terapeuta (a través de “Peluchín”) le devolvió al menor una imagen positiva y recursos mostrados en la actividad que realizaba (tocar instrumentos musicales). “Peluchín” le preguntó si podía darle un abrazo como parte del reconocimiento a sus habilidades y Rodrigo no contestó, separándose físicamente del osito de peluche, por lo que se le mencionó que él podía manifestar si no le gustaba algo, era capaz de dar y hacer cosas bonitas para otros, además de que se comenzó a abordar la dificultad que tenía para aceptar el contacto físico positivo de los demás (abrazos y apapachos), manera distinta a la que se había relacionado con los otros antes de ingresar al centro (malos tratos).

**Elemento de análisis: Relaciones objetales.** Se refiere a la riqueza y calidad de las relaciones interpersonales. Capacidad para comprender los sentimientos y las necesidades autónomas de los demás. Capacidad para tolerar la soledad, la separación y la pérdida.

A partir de la definición operacional que se realizó de relaciones objetales, se obtuvieron las siguientes categorías:

**a) Elementos de reparación.** La reparación es un mecanismo descrito por Melanie Klein, en virtud del cual el sujeto intenta reparar los efectos de sus fantasmas destructores sobre su objeto de amor. Este mecanismo va ligado a la angustia y a la culpabilidad depresivas: la reparación fantasmática del objeto materno, externo e interno, permitiría superar la posición depresiva asegurando al yo una identificación estable con el objeto benéfico.

Dentro de las sesiones de intervención, esta categoría se pudo observar cuando:

- Después de varias sesiones en que el menor abordó elementos emocionales a través de su actividad (agresión), Rodrigo se tranquilizó con ayuda del garabateo y dibujando elementos relacionados con sus emociones, tratando de reparar la agresividad proyectada en los personajes de su juego. Por ejemplo, escribía su nombre y dibujaba partes de su

cuerpo integrándolas en un todo, se esforzaba por escribir diversas letras que estaba aprendiendo en la escuela (a decir del menor estaba escribiendo palabras y números en inglés), así como también dibujó en una ocasión “un sol feliz para ti (terapeuta) y un sol feliz para mí” escribiendo los nombres de ambos (terapeuta y menor) ya que estaban en el espacio en que los dos trabajaban y esto le generaba alegría, diluyendo con ello el enojo y la tristeza manifestada en su actividad en el transcurso de la sesión.

- Cuando el niño se percataba que había algunos materiales fuera de su lugar, independientemente de que los fuera a utilizar o estuviera llevando a cabo otra actividad, Rodrigo se daba el tiempo para acomodarlos en su espacio correspondiente. Esto era un reflejo de la organización interna (pensamientos, sentimientos) que estaba teniendo a partir de que se iba conociendo y desarrollando habilidades en cada una de las áreas de desarrollo que le permitían ser cada vez más independiente y seguro, lo cual representaba a través del orden en el exterior.

**b) Integración de objetos parciales.** Implica la percepción de que el mismo objeto es a la vez la fuente de lo bueno (la gratificación) y de lo malo (la frustración o la privación). El reconocimiento de la madre como objeto total marca, según lo indica Melanie Klein, el comienzo de la posición depresiva, caracterizada por la relación con objetos totales, y por el predominio de integración, ambivalencia, ansiedad depresiva y culpa.

Dentro de las sesiones esta categoría se observó cuando:

- El niño no tenía la capacidad de englobar en el concepto de “papás” tanto a su mamá como a su papá, por lo que Rodrigo mencionaba que tenía “papás y mamás”, probablemente también se refería a sus dos figuras maternas (tía y madre biológica).
- Rodrigo se percibía tranquilo gran parte de las sesiones, sobre todo cuando creaba y escuchaba música con el piano y la guitarra. A través de esta actividad fue capaz de recordar que su papá tocaba una guitarra grande y eso le gustaba a él, agregando que además de eso observaba televisión en compañía de su papá. Esto es, el niño comenzaba a percibir elementos buenos en la figura paterna, de la cual había proyectado hasta este momento aspectos relacionados con la agresión y el maltrato hacia los demás.
- Durante varias sesiones realizó la actividad que compartía con su padre (tocar instrumentos musicales), misma que intercaló con aquella en la que se peleaban los animales. Es decir, de cierta manera representaba la ambivalencia que había en el ambiente en que se desarrolló, ya que por un lado la actividad con los instrumentos musicales lo tranquilizaba y por el otro existía caos y agresividad por parte de los animales enojados y fuertes.
- El pequeño iba introyectando una imagen más completa de sí mismo, ya que no solo se percibía como un niño malo sino también con características positivas, que podía estar feliz, triste y enojado.

**Elemento de análisis: Regulación emocional.** Se refiere al grado en que los mecanismos de control y demora permiten que los impulsos se expresen a través de derivados de los mismos o de manera modulada o adaptativa, en forma óptima, es decir, que el control no debe ser excesivo pero tampoco no existir en grado alguno. A partir de la definición operacional que se realizó de regulación emocional, se obtuvo la siguiente categoría:

**a) Tolerar las frustraciones y la demora:** Se requieren habilidades de paciencia y tranquilidad ante situaciones en que la persona encuentra un obstáculo que no le permite satisfacer un deseo o alcanzar una meta de manera inmediata.

En las sesiones se observó cuando:

- Rodrigo se esforzaba por realizar las cosas sin pedir ayuda, como vestirse al hacer uso de los disfraces, armar y organizar los materiales con los que llevaría a cabo su actividad.
- Aunque la mayoría de las ocasiones era capaz de lograr lo que quería sin ayuda, en los momentos en que se le complicaban algunas cosas podía solicitar apoyo o realizar las cosas haciendo varios intentos hasta que lograba lo que esperaba (por ejemplo: al disfrazarse, acomodar o armar cosas, para destapar materiales, subir o bajar juguetes de algunas repisas, etc.).

**Elemento de análisis: Identidad.** Es el conjunto de rasgos propios de un individuo que le caracterizan frente a los demás. Asimismo, hace referencia a la conciencia que una persona tiene respecto de sí misma y que la convierte en alguien distinto a los demás. A partir de la definición operacional que se realizó de identidad, se obtuvieron las siguientes categorías:

**a) Diferenciación de los otros (individuación).** Margaret Mahler refiere que en la fase de separación- individuación, que se presenta entre los 5 meses y los 2 años y medio de edad, comienza a disminuir la dependencia corporal total de la madre, a medida que la maduración de funciones locomotrices parciales produce el primer intento de apartarse de ella. Las conductas características que posibilitan la demarcación del yo respecto del no-yo son la exploración visual y táctil del rostro y el cuerpo de la madre; el apartar el cuerpo del de la madre para explorar un mundo más amplio y poder mirarla; la verificación entre la madre y otros.

Cuando Rodrigo ingresó al centro no había podido llevar a cabo esta diferenciación de los otros como parte de la construcción de su yo. En las sesiones mostró avances en este rubro, lo que se pudo identificar cuando:

- Rodrigo reconoció a sus compañeros en varias fotografías, sin embargo no se percató de que en una de ellas estaba él, ya que había mencionado que se trataba de otro de sus compañeros, quien a decir del niño “se veía guapo”. Cuando se le aclaró que se trataba de una imagen de él mismo Rodrigo comentó que entonces no era guapo, lo que denotó su bajo autoconcepto y problemas en la diferenciación de los demás.
- El niño pidió observarse en el espejo después de haberse disfrazado. Frente al espejo el niño sonrió y comentó: “Me veo guapo...guapísimo”, lo que mostró que paulatinamente iba mejorado la percepción que tenía de sí mismo y que podía diferenciarse de los otros a partir de que hablaba ya en primera persona.
- Rodrigo podía platicar sobre algunas actividades que llevaba a cabo en el área de preescolares, donde podía diferenciar sus gustos y preferencias por ciertas tareas respecto a los de sus compañeros, así como identificar los elementos que tenían en común.

**b) Interacción con miembros de su familia en convivencias y sesiones terapéuticas.** El menor tenía algunas convivencias con su tía materna junto con sus hermanos y primos; lo que permitió observar elementos de la dinámica familiar en la cual se desarrolló antes de ingresar al centro. Los elementos observados respecto a esta categoría durante las sesiones fueron:

- Rodrigo expresó enojo a través de un león. Con el león volteó a cada uno de los dinosaurios que estaba manipulando, al indagar sobre el motivo que realizaba esta acción contestó que el león estaba enojado sin saber el motivo, al vencer a los dinosaurios sería ahora el rey de todos y el juego habría terminado. Parecía que el niño expresaba su deseo de fortaleza ante los demás a través de la figura del león, ya que ante su primo Rodrigo tomaba una postura pasiva e inhibida tanto en las convivencias como en el área de preescolares.
- El pequeño fue capaz de hablar entorno a sus convivencias, mencionando que habían estado presentes sus papás, sus hermanos y primos. Habló de manera indiferenciada respecto a cada uno de ellos (como hermanos y primos), además afirmó que asistió también su papá por lo que se le mencionó que probablemente él quería que estuviera también su papá. Refirió que sus papás habían regresado al escondite (casa) en un coche negro; además de que mencionó algunos nombres de los familiares con los que probablemente convivió antes de su ingreso al centro.
- Se observaba que el pequeño no había establecido un vínculo estrecho ni poseía un sentimiento de identidad familiar con las personas que convivió antes de ingresar al centro, ya que durante las convivencias y sus juegos no había interacciones significativas entre ellos, además de que depositaba elementos fantasiosos para explicarse el motivo por el que no estaba su padre físicamente con él en las convivencias.

**c) Roles de género.** Constituyen la expresión de las conductas y actitudes que han sido modeladas por los agentes sociales, y tienen implicaciones en la forma en que se determinan en el individuo tanto su posición social, la forma como se relaciona con los demás, así como su personalidad y su conducta.

Dentro de las sesiones se ubicaron estos elementos cuando:

- El niño se inclinó por disfraces que correspondían a su género, lo cual indicó buena identificación psicosexual. En algún momento señalaba accesorios femeninos pero especificaba que los usaban las niñas y que él era niño.
- Con el uso de los señores cara de papa, Rodrigo iba buscando los accesorios de su personaje de acuerdo a su género, además estaba pendiente de lo que hacía la psicóloga de tal forma que le proponía algunos para la señora cara de papa que ella manipulaba. Al terminar de armarlos Rodrigo dijo “quedaron guapísimos” y pidió que se dieran un beso en su boquita.
- Se observó buena identificación psicosexual a partir de los personajes, en donde asignó ropa y elementos que correspondían al género indicado, lo cual constituyó un gran avance en la construcción e identificación del género y los roles de cada uno.

**Elemento de análisis: Seguridad básica.** La seguridad básica incluye una amplia gama de necesidades relacionadas con el mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de ésta también se pueden encontrar algunas necesidades como: sentirse seguros, tener estabilidad, tener orden, tener protección y la necesidad de dependencia. A partir de la definición operacional que se realizó de seguridad básica, se obtuvieron las siguientes categorías:

**a) Reconocimiento de su espacio vital.** Para Kurt Lewin, el espacio vital incluye al individuo como ser orgánico, su aspecto psicológico, el contexto en que vive, sus relaciones sociales y experiencias objetivas, factores que actúan en forma interdependiente.

Esto se identificó en las sesiones cuando:

- El niño hacía referencia a los niños que se habían ido del centro hacia sus casas, él decía que no tenía una casa porque únicamente tenía a su mamá y a su papá, figuras que tampoco estaban presentes de forma real en ese momento.
- El niño organizó constantemente los materiales, lo cual es un juego característico de niños maltratados. Llama la atención que después de que mencionó que no tenía casa realizó una actividad que lo tranquilizó. El hecho de que no visualizó una casa propia implica la falta de un espacio vital que le proporcione sentimientos de seguridad básica y pertenencia. Por otro lado, debido a que la casa simboliza también a la figura materna, la dinámica familiar y él mismo, se refieren conflictos en cada uno de estos aspectos.
- Rodrigo mostraba pena cuando se le propuso cantar en una de las sesiones y se le animó a hacerlo cuando su amigo “Peluchín” lo hacía también, por ello se consideró necesario que se le siguiera brindando la seguridad a través de este material. Se mostraba ansioso cuando se le reconocía algo que hacía y preguntaba si el osito podía darle un abrazo por lo que se le señaló que se le dificultaba recibir cosas bonitas y apapachos. Rodrigo mostraba aún dificultades para aceptar el acercamiento del otro, aspecto que involucraba inseguridad al compartir su espacio físico.

**b) Elementos de autocuidado.** El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. Esta categoría pudo ubicarse en las sesiones cuando:

- El niño simulaba comer varias cosas manifestando que tenía mucha hambre, lo cual se relacionó con las necesidades afectivas que no le habían sido cubiertas, de ahí que no fuera capaz de recibir un abrazo porque no estaba acostumbrado a ese tipo de tratos y cercanía física. Sin embargo, en esos momentos era capaz de identificar y buscar aquello que necesitaba dentro de su actividad, en este caso el alimento.
- Rodrigo usó el disfraz del rayo Mc Queen. Se reconoció que Rodrigo se haya vestido solo, mencionando que era un pequeño independiente que podía hacer muchas cosas sin ayuda, el niño mostró una sonrisa.
- En algunas sesiones Rodrigo se peinaba y ponía crema en el rostro y brazos, indicadores de autocuidado que había ido integrando a partir de sus rutinas en la institución.

**c) Establecimiento de límites con sus pares.** Se identificó que Rodrigo tomaba una postura inhibida y pasiva ante la presencia de algunos de sus compañeros en el área de preescolares del centro, así como en el espacio de psicología cuando él y su primo coincidían al tener sus sesiones terapéuticas. Por ello, se trabajó con Rodrigo respecto a la expresión directa de sus sentimientos, necesidades y derechos sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de sus compañeros.

Dentro de las sesiones esta categoría se ubicó cuando:

- El niño identificó el miedo que sentía ante la presencia de su primo en su espacio terapéutico, así como también fue capaz de pedirle que le regresara el material que le había quitado y que le interesaba.
- Rodrigo descargó su enojo mediante garabateo y su ansiedad mediante actividad motora. Fueron representativos los dibujos que elaboró al finalizar esa sesión, ya que se trató de un sol (figura paterna) y un fantasma que lloraba por sus hijos (figura materna). Se le preguntó sobre los motivos por los que les gritaba el fantasma y dijo que porque no estaban con ella, sin embargo no pudo explicar dónde se encontraban. El estado de ánimo del fantasma era “enojón” y por eso gritaba. Rodrigo también estaba enojado por la actitud invasiva de su primo.
- En el área de preescolares, Rodrigo fue capaz de defender sus materiales cuando algunos de sus compañeros se lo quitaban, además de poder expresar inconformidad y disgusto ante ciertas actitudes que tenían hacia él (no integrarle en juegos o tomar sus materiales sin pedirlos con anterioridad).

En esta subfase de la intervención, en que se abordaron principalmente elementos emocionales, se observó mayor apertura en el menor para realizar juego simbólico a través del cual representaba aquellas situaciones traumáticas que había vivido desde su nacimiento hasta antes de ser ingresado a la institución (deprivación y maltrato) y que habían influido considerablemente en la estructuración yoica que presentaba, la cual estaba afectada en cada una de las áreas de funcionamiento (cognitivo, motriz, afectivo y social), lo que le traía dificultades en la realización de tareas básicas de alimentación e higiene, actividades que involucraban habilidades cognitivas y perceptuales, aquellas que implicaban la identificación de pensamientos y sentimientos, así como la interacción con los demás.

Fue evidente que las habilidades que Rodrigo desarrolló en sus funciones cognitivas, durante la subfase de intervención anterior, le permitieron organizarse a nivel interno (pensamientos y sentimientos) y externo (en su espacio físico y en la interacción con los demás), ya que llevaba a cabo tareas en las que se apropiaba del espacio y de los materiales; tomaba decisiones respecto a lo que haría y el orden en que lo llevaría a cabo; interactuaba continuamente con la terapeuta a través de un diálogo más fluido, en el que inclusive atendía a las devoluciones que se le iban haciendo respecto a su actividad y la relación con sus emociones; dividía las responsabilidades (juego cooperativo), integraba reglas conforme se iban requiriendo e iba siendo capaz de identificar en él mismo y en los otros emociones y pensamientos que tenían un efecto en los demás.

Fue una etapa de trabajo en la que el pequeño mostró un mayor vínculo con la terapeuta, a partir de las funciones que ella cumplía dentro de las sesiones terapéuticas y por las situaciones emocionales que se estaban trabajando, donde fue fundamental la contención en varias ocasiones por los elementos de ansiedad que manifestaba el menor después de abordar la relación que había tenido con sus padres y hermanos, por lo que fue necesaria la inclusión a escena de un objeto transicional (oso de peluche), el cual el niño aceptó con agrado y hacia el cual transfirió la seguridad y confianza que poco a poco fue integrando a su persona. Esto permitió al pequeño mostrarse más independiente al realizar sus actividades en el espacio terapéutico, en el área de preescolares y en la escuela, así como también sentirse seguro al interactuar con sus pares y con figuras de autoridad.

Conforme transcurría el trabajo, Rodrigo iba siendo capaz de reconocer varios de los recursos y avances que se le iban devolviendo, por ejemplo: que es un niño simpático, amable, cooperador, con mucha imaginación, que iba adquiriendo cada día mayor control motor e independencia, que podía tomar decisiones y resolver problemas, decidir entre lo que le gustaba y no le gustaba además de marcar límites a sus compañeros del área de preescolares. Asimismo, el niño se iba apropiando de estos recursos de tal forma que podía reconocer que es guapo, que tiene habilidades para dibujar e inclusive que podía enseñar a realizar cosas a la terapeuta (hablar inglés), por lo que se mostraba con mayor iniciativa en cada una de las actividades que realizaba dentro de las sesiones.

Respecto a la percepción que tenía de la figura paterna, el niño iba siendo capaz de integrar elementos de la misma, ya que no solo hacía referencia al maltrato ejercido por parte de éste sino que retomaba algunas actividades que habían compartido y a través de las cuales Rodrigo percibía a su padre protector y cercano a él. Además, esto le permitió irse desligando de la responsabilidad que sentía respecto a los malos tratos que su padre tuvo contra él, por lo que Rodrigo también fue integrando una imagen más real de sí mismo y paulatinamente se separó de la etiqueta de “niño malo” que había incorporado y que le impedía desenvolverse con libertad en cada uno de los contextos en que se desarrollaba en ese momento.

Aunque Rodrigo aún no tenía claridad respecto al vínculo que tenía con su hermano, primos y tía materna durante las convivencias, conforme estas transcurrían se iba mostrando más confiado al interactuar con ellos. En la relación con su primo Diego, con quien compartía actividades en el área de preescolares, había presentado problemas para defender su espacio porque se inhibía cuando estaba presente, ya que Diego tomaba los materiales sin antes pedirlos e inclusive interrumpía las actividades de Rodrigo con el objetivo de reorganizarlas según sus preferencias. Sin embargo, Rodrigo fue capaz de expresar sus emociones de manera asertiva y defender sus materiales así como su espacio, lo que posibilitó una relación más cercana que los fortaleció y les permitió apoyarse en algunas de las actividades que llevaban a cabo en el área de preescolares y con otros niños de su edad.

La relación con la figura materna se trabajó a partir de las actitudes y acciones que la terapeuta tenía en cada una de las sesiones a través de una postura paciente, con holding, de contención, de aceptación incondicional y donde constantemente hacía la devolución de una imagen positiva al pequeño que le brindara la seguridad necesaria para que continuara desarrollando sus habilidades en cada uno de los espacios en que se desenvolvía.

Hasta este momento, los elementos cognitivos y emocionales que se habían trabajado en la fase de intervención permitieron que Rodrigo se desarrollara con facilidad dentro de las sesiones y en los diferentes contextos en que desarrollaba sus actividades. Asimismo, se percibieron avances en su integración social a través del tipo de juego que realizaba en las sesiones terapéuticas y las habilidades al relacionarse con los otros, ya que Rodrigo buscaba tener con mayor frecuencia interacciones con otros niños y adultos, expresaba sus necesidades, preferencias y emociones con mayor seguridad, compartía actividades y había asimilado las reglas de cada lugar en que se desenvolvía.

Aunque se continuaron trabajando elementos de tipo cognitivo y emocional en la última subfase de intervención, en mayor medida se lograron ubicar elementos de socialización



como parte del proceso de estructuración personal que se estaba trabajando con Rodrigo. De ahí que durante las últimas sesiones de la intervención terapéutica los elementos de integración social hayan sido los que se analizaron a mayor detalle, además de que las habilidades que había estado trabajando en las áreas cognitiva y emocional eran puestas en práctica al establecer de manera funcional relaciones sociales con los demás.

#### 2.4.3 Elementos de integración social (Sesiones 23-26)

En estas sesiones, Rodrigo continuaba realizando actividades a través de las cuales simbolizaba los eventos traumáticos que había vivido antes de ingresar al centro, donde a diferencia de la subfase anterior era capaz de regular con mayor asertividad sus emociones y requería de menor contención por parte de la terapeuta, ya que el pequeño iba integrando en su persona la confianza y seguridad que le había brindado en un primer momento la terapeuta y posteriormente el uso del objeto transicional (oso de peluche) que permaneció presente durante todo el proceso de intervención del menor.

Por otro lado, Rodrigo era capaz de respetar las reglas de orden y tiempo dentro del espacio terapéutico, por lo que ya no presentaba dificultades para bajar después de sus sesiones y retomar sus tareas en el área de preescolares, inclusive en aquellas ocasiones en que se abordaban temas que le generaban ansiedad (maltrato), ya que podía manejarla a través de actividades como el garabateo, uso de masitas o juegos de mesa, que lo tranquilizaban y continuaban reforzando habilidades cognitivas y manuales.

A continuación se presentan los principales elementos de análisis identificados en las sesiones de la tercera subfase de intervención, donde el área de análisis principal estuvo relacionada con los elementos de integración social:

ÁREA DE ANÁLISIS	ELEMENTOS DE ANÁLISIS	DEFINICIÓN OPERACIONAL
INTEGRACIÓN SOCIAL	- Elementos básicos de interacción.	- Establecimiento de contacto visual al interactuar con el otro. - Iniciar y mantener intercambios verbales y no verbales con el otro.
	- Socialización.	- Integración en actividades grupales. - Internalización de normas y valores. - Colaboración y cooperación en diversas actividades. - Tipo de juego.

**Área de análisis: Integración social. Elemento de análisis: Elementos básicos de interacción.** La interacción puede ser entendida como la acción recíproca entre dos o más agentes en donde el resultado es siempre la modificación de los estados de los participantes. Todo esto se relaciona con la comprensión de la persona como un ser social, un ser que sólo puede desarrollarse como ente de la sociedad a través de la comunicación con sus semejantes. La interacción surge con las características generales: cara a cara, directamente, indirectamente, implícito, informal y formal, entre el individuo, el grupo y entre diferentes grupos. A partir de la definición operacional que se realizó de la interacción social, se obtuvieron las categorías que se presentan a continuación:

### **a) Establecimiento de contacto visual al interactuar con el otro.**

Mirar a los ojos a alguien que nos está hablando, indica que le importamos, que entendemos su mensaje y compartimos sus preocupaciones. De la misma forma, cuando sentimos que alguien aparta la mirada, nos produce una sensación de que no nos está escuchando y no le importa lo que le estamos contando. Mediante el contacto visual, podemos apoyarnos o reforzar nuestra comunicación verbal a la hora de transmitir una idea. Además, transmitimos una sensación de confianza en nosotros mismos, de receptividad y escucha activa y reforzamos nuestra empatía.

Dentro de las sesiones de Rodrigo, este elemento se observó cuando:

- En las sesiones iniciales de la primera fase de evaluación, Rodrigo tenía dificultades para establecer un diálogo continuo con la terapeuta, de tal forma que gran parte del tiempo describía cada uno de los elementos que estaban en el espacio terapéutico sin intenciones de comunicar algo. Este lenguaje repetitivo y el establecimiento de contacto físico con cada uno de los materiales era una forma en la que el pequeño los iba reconociendo de manera concreta.
- Posteriormente, al iniciar la fase de intervención se observó que el menor podía establecer mayor contacto visual con los demás e inclusive se comunicaba a través del lenguaje verbal y no verbal. Sin embargo, los diálogos que utilizaba eran limitados, ya que expresaban ideas muy concretas y también iban dirigidos a contestar preguntas sencillas.
- Durante las sesiones de la última subfase de la intervención, se observó que Rodrigo era capaz de iniciar un diálogo con la finalidad de comunicar ideas referentes a la actividad que estaba llevando a cabo, los materiales que utilizaba e inclusive los pensamientos y emociones que experimentaba al realizarla, lo cual constituyó un gran avance como parte de la organización que estaba presentando el menor a nivel interno y externo.
- Rodrigo mostraba mayores habilidades sociales para establecer conversaciones, ya que podía establecer contacto visual con su interlocutor, hacer pausas para escuchar las ideas del otro, utilizar distintos tonos de voz de acuerdo a lo que estaba expresando y dar seguimiento de forma coherente a una conversación.
- El menor realizaba preguntas e interactuaba con la terapeuta en un diálogo más fluido en el que se intercambiaban ideas de manera coherente y Rodrigo enriquecía su diálogo con las experiencias que había tenido en los distintos contextos en que llevaba a cabo sus actividades.

### **b) Iniciar y mantener intercambios verbales y no verbales con el otro.**

La comunicación verbal puede realizarse de dos formas:

- Oral: a través de signos orales y palabras habladas.
- Escrita: por medio de la representación gráfica de signos.

La forma más evolucionada de comunicación oral es el lenguaje articulado, los sonidos estructurados que dan lugar a las sílabas, palabras y oraciones con las que nos comunicamos con los demás.

La comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: imágenes sensoriales, sonidos, gestos, movimientos corporales, etc. Entre los sistemas de comunicación no verbal tenemos el lenguaje corporal (gestos, movimientos, el tono de voz, etc.) que complementará en gran medida al lenguaje verbal.

En las sesiones terapéuticas, Rodrigo mostró cambios significativos en los recursos que empleaba para comunicarse con los otros de forma verbal y no verbal. Por ejemplo:

- Rodrigo se mostraba más activo en las conversaciones, las cuales se iniciaban desde el momento en que se acudía por él al área de preescolares, en donde el niño comentaba sobre las actividades que estaba llevando a cabo antes de ir a trabajar al área de Psicología, así como también compartía situaciones que había vivido en la escuela o con sus compañeros y maestras en el centro.
- El niño pedía el acompañamiento e integración de la psicóloga en la mayoría de sus actividades durante las sesiones, dentro de las cuales no solo empleaba elementos verbales para comunicarse con ella sino que también enriquecía su lenguaje por medio de gestos y movimientos. Por ejemplo: para explicarle la dinámica en que se realizaría un juego de mesa, Rodrigo daba algunas instrucciones de forma verbal a la terapeuta y las complementaba mostrando la forma en que se tenía que ir haciendo. Cuando llegaba el turno de la terapeuta, Rodrigo señalaba por medio de lenguaje no verbal (señas y gestos) si lo estaba llevando a cabo de manera correcta o no para corregirla posteriormente a través de lenguaje verbal.
- El niño respondía con mayor coherencia a las preguntas que se le realizaban, además de que se mostraba sensible y empático al interactuar con la terapeuta. Por ejemplo: en un juego de memoria en que la psicóloga había perdido por hacer menos pares que él, Rodrigo reorganizó nuevamente la actividad e inclusive modificó algunas de las reglas anteriormente establecidas con la intención de que ambos resultaran ganadores.
- El niño sonreía más (inclusive se carcajeaba) además de que realizaba mayores sonidos al llevar a cabo su actividad de juego simbólico (por ejemplo: onomatopeyas, hacía tonos de voz distintos para cada uno de los personajes y de acuerdo a los matices emocionales que iba presentando en la actividad).
- En alguna de las sesiones inventó una manera creativa de comunicarse con el otro a partir del uso de instrumentos musicales (xilófono), en donde el pequeño contestaba lo que se le preguntaba y hacía comentarios coherentes respecto a lo que se le decía a través de una canción.
- Con frecuencia Rodrigo elaboraba dibujos en las últimas sesiones, donde representaba sus emociones (principalmente enojo, amor y miedos), así como algunas experiencias que había tenido con sus compañeros en el centro y que le proporcionaban seguridad y confianza para continuar realizando cada una de sus actividades.

**Elemento de análisis: Socialización.** La socialización es un proceso por el cual el individuo recibe los elementos socioculturales de su ambiente y los integra a su personalidad a través de la experiencia, por medio de la cual adquiere aptitudes y conocimientos que le permitirán desenvolverse en la sociedad. A partir de la definición operacional que se realizó de socialización, se obtuvieron las categorías que se presentan a continuación:

**a) Integración en actividades grupales.**

La integración a actividades grupales es una muestra de la madurez personal que los individuos van adquiriendo por medio de la relación que establecen con los demás y requiere de habilidades que favorezcan la calidad de la tarea realizada así como el continuo

aprendizaje y crecimiento del individuo a través de su interacción con los otros. Algunas de las habilidades que se requieren para que se logre una adecuada integración a actividades que se realizan en grupo son: habilidades comunicativas (comprender los mensajes que se reciben de los miembros del grupo así como poder formular y expresar ideas, opiniones, necesidades e intereses), habilidades participativas (involucrarse en los componentes y etapas de la actividad que realiza el grupo) y habilidades colaborativas (construir nuevos y más valiosos aportes a través del trabajo con otros).

En el desenvolvimiento que Rodrigo presentaba tanto en sus sesiones terapéuticas como en el área de escolares del centro, esta categoría se observó de la siguiente forma:

- Al llegar a la institución, el menor no aceptaba el contacto físico o la mínima cercanía con otras personas, por lo que se le tenía que aislar del resto del grupo para llevar a cabo actividades básicas de alimentación e higiene.
- A través de la asimilación de cada una de sus rutinas en el centro, Rodrigo logró ubicarse dentro del grupo de preescolares, reconocía su salón así como el espacio en que realizaban las tareas y tomaban sus alimentos.
- Ya dentro del grupo preescolar, las primeras semanas se mostraba pasivo y establecía una mínima interacción con sus compañeros, limitándose a observar y a realizar sus tareas de forma aislada.
- Conforme se integró a las actividades en la escuela, Rodrigo se fue mostrando cada vez más flexible y dispuesto a relacionarse con otros, a través de las tareas que realizaban. Asimismo, con ayuda de las maestras encargadas del grupo, tanto en el centro como en la escuela, comenzó a acercarse con mayor frecuencia a sus compañeros y a compartir algunos de sus materiales.
- Durante la última subfase de intervención, Rodrigo presentaba habilidades para cooperar y compartir dentro de su grupo, se mostraba activo al aportar sus ideas, necesidades e inclusive apoyar a algunos de sus compañeros en actividades que se les dificultaban (por ejemplo al armar torres con legos o dibujar). Esto es, se percibía al menor más integrado a sus actividades grupales de tal forma que se mostraba alegre y disfrutaba de sus rutinas. Esto constituyó un gran avance en el menor, al identificarse en él sentimientos de pertenencia a un grupo de pares, mismos que no había tenido de su grupo de origen debido a que se le impidió establecer un vínculo cercano con cada uno de sus familiares. Por el contrario, dentro del área de preescolares había podido hacer algunos amigos a través de las actividades que compartía con ellos de forma regular.
- Dentro de las sesiones terapéuticas de esta subfase de intervención, Rodrigo integraba a la terapeuta en la mayoría de sus actividades, siendo capaz de dividir las tareas para la organización de los materiales antes y después de utilizarlos, así como de establecer turnos y criterios (reglas) en cada uno de los juegos.
- En sus sesiones identificaba elementos que tenía en común con otros de sus compañeros del área de preescolares como parte de esta integración grupal que estaba viviendo en el centro. Por ejemplo: en una ocasión habló del miedo que una de sus compañeras tenía hacia la oscuridad y enseguida realizó un dibujo en el que representaba la agresión y el maltrato que sufrió antes de ingresar al centro y que le generaba sentimientos de indefensión y miedo. Es decir, el grupo le brindó cierta confianza al abordar diferentes problemáticas individuales.
- En las últimas sesiones de intervención, Rodrigo se mostró interesado por conocer lo que sucedería con sus compañeros del centro que se habían ido de la institución, además de

que fue capaz de expresar tristeza ante ello y preocupación por lo que pasaría con él, lo cual denotaba su ubicación temporal y espacial, así como la identificación y cercanía que había podido establecer con varios de sus compañeros del centro.

#### **b) Internalización de normas y valores.**

La internalización de normas y valores morales consiste en un proceso mediante el cual las acciones reguladas inicialmente desde el exterior, van progresivamente incorporándose a la persona a medida que van asumiendo los valores familiares y autorregulando sus acciones. El afecto, la comunicación emocional con los niños, la aceptación de éstos incondicionalmente, la dedicación a su cuidado, supone la mejor manera para el desarrollo y la internalización moral de los pequeños.

Dentro de las sesiones terapéuticas se pudo identificar esta categoría en los siguientes momentos:

- En esta etapa del proceso terapéutico, Rodrigo se encontraba perfectamente ubicado respecto a las reglas que había en cada uno de los espacios en que se desenvolvía dentro de la institución: para realizar actividades de alimentación e higiene, sus tareas escolares y dentro de sus sesiones terapéuticas.
- El niño había internalizado las reglas de cada uno de sus espacios y lograba seguirlas sin que se le estuvieran recordando a cada momento, ya que la experiencia le había enseñado sobre las consecuencias que venían cuando las respetaba o cuando intentaba pasarlas por alto, por este motivo ya no era necesario negociar con él respecto a los límites de tiempo antes de llevarlo al área de Psicología a trabajar en sus sesiones, tal y como se llevaba a cabo en la subfase de elementos emocionales cuando mostraba resistencia para terminar sus sesiones en psicología y así retomar sus actividades en el área de preescolares.
- Rodrigo se daba cuenta de la importancia de las reglas en la vida cotidiana, de tal manera que dentro de algunas de sus actividades era capaz de incluirlas para organizar las tareas o seguir criterios que brindaran orden y acuerdos. Por ejemplo: los criterios para saber quién iniciaría el juego, cómo se seguirían los turnos, quién ganaría, cuánto duraría la actividad, etc.

**c) Colaboración y cooperación en diversas actividades.** La colaboración y cooperación consiste en el trabajo en común llevado a cabo por parte de un grupo de personas hacia un objetivo compartido, generalmente usando métodos también comunes, en lugar de trabajar de forma separada en competición.

Rodrigo presentaba estas características dentro de sus sesiones terapéuticas y en el área de preescolares cuando:

- El pequeño era capaz de dividir las tareas desde antes de comenzar propiamente sus actividades, ya que en varias ocasiones pidió a la terapeuta que llevara algunos materiales que utilizarían en su sesión mientras que él llevaba otros.
- Rodrigo observaba la manera en que la terapeuta llevaba a cabo varias actividades, le daba sugerencias y compartía con ella algunos de sus conocimientos para realizarlas, por ejemplo, cuando ambos armaban a los señores cara de papa Rodrigo le propuso ponerle lentes y un sombrero para que “quedara bonita”; o cuando la terapeuta realizaba un dibujo, el pequeño le mostró la manera en que podía utilizar las pinturas digitales para ponerle color. Esto es, el niño era capaz de compartir lo que sabía con los demás de manera

amable lo cual hacía referencia a recursos que había desarrollado para relacionarse con los otros.

- El niño se mostraba empático en sus actividades, por ejemplo: en una ocasión Rodrigo propuso jugar con un memorama de tal forma que al finalizarlo tanto él como la terapeuta contaron el número de pares que habían logrado conseguir. Cuando el pequeño se dio cuenta de que él tenía más pares que la psicóloga, propuso jugar nuevamente de tal forma que él iba ayudando a la terapeuta hasta que tuvo más pares que él. Al final cuando se hizo el conteo la psicóloga tenía más pares ante lo que el niño sonrió y dijo: “Los dos ganamos” por lo que se le reconoció que fuera capaz de compartir su actividad y tratara de ser equitativo en el juego, además, también se le mencionó que algunas veces se podía ganar y otras veces perder y que no pasaba nada porque solo se trataba de un juego.

**d) Tipo de juego.** El juego es la forma natural de aprender y comunicarse del niño, de ahí que sea utilizado en la evaluación y tratamiento de problemas emocionales. Los juegos que los niños realizan dependen de la etapa de desarrollo en que se encuentran:

1. Juego funcional o de ejercicio. Se presenta la repetición de una acción por placer (chupar, morder, lanzar, gatear, etc.). Los beneficios que trae esta actividad se presentan en el desarrollo sensorial, coordinación de movimientos y equilibrio. Se presenta desde el nacimiento hasta los dos años de edad.

2. Juego simbólico. Se da a través de la simulación de situaciones, objetos y personajes no presentes en el momento del juego. Los beneficios que traen a los pequeños se relacionan con la comprensión del entorno que les rodea así como el desarrollo del lenguaje y la imaginación. En el juego presimbólico los niños comienzan a identificar el uso de objetos diarios, mientras que en el simbólico realizan la imitación de escenas vividas de forma cotidiana, donde los argumentos que emplean pueden reflejar su realidad social, ser de ficción o inventados.

3. Juego de reglas. Como su nombre lo refiere, se caracteriza por la presencia de reglas, cuyos beneficios en los niños se obtienen al aprender a respetar turnos, a ganar o perder, favorecer su lenguaje, su memoria, etc.

4. Juego de construcción. En este los niños pueden realizar creaciones inteligentes y dar solución a problemas, potenciando con ello su creatividad, facilitando el juego compartido, aumentando el control corporal, etc.

En las sesiones terapéuticas, Rodrigo mostraba los siguientes tipos de juego:

- Cuando Rodrigo ingresó a la institución no sabía cómo jugar debido a la rigidez del ambiente en el cual se había desenvuelto durante sus primeros años, y a la falta de estimulación en las distintas áreas de desarrollo, por lo que se limitaba a establecer contacto directo con los materiales y describir lo que percibía de ellos.

- Conforme el pequeño se sintió confiado en su ambiente, incluyendo el espacio terapéutico, se fue relacionando de manera diferente con los materiales que tenía disponibles para trabajar. Pasó de la descripción al establecimiento de categorías a través de la clasificación y organización según las características de los objetos (forma, color, tamaño, tipo de animal, etc.), lo cual además de ser una actividad característica de los niños que han sido maltratados, le permitía comenzar a ordenar algunos elementos desde el exterior, ya que había vivido en un ambiente en el que no había una estructura organizada y a nivel interno también presentaba desorganización a raíz del trauma vivido (deprivación y maltrato).

- De manera paulatina, Rodrigo fue creciendo a través de su actividad, de tal forma que comenzó a realizar un juego funcional en la fase de evaluación pretest, donde disfrutaba cuando se introducía al arenero, manipulaba semillas, sentía texturas, prefería juguetes que emitían luces y sonidos, etc. Y que le permitieron conocerse, desarrollar habilidades a nivel cognitivo, motor y sensorial, además de apropiarse del espacio terapéutico.
- Al finalizar la primera subfase de la intervención, donde se observaron más aquellos elementos cognitivos y preceptuales, Rodrigo inició un juego presimbólico y simbólico, ya que comenzaba a utilizar los objetos según su uso real y a representar algunas de las situaciones que vivió antes de ingresar a la institución, principalmente el maltrato que había ejercido la figura paterna en todo el sistema familiar.
- Desde las sesiones de la segunda subfase de la intervención, en que se ubicaron prioritariamente elementos de tipo emocional, hasta esta tercera subfase de la intervención, la actividad de Rodrigo se enfocó más a un juego de tipo simbólico a través del cual no solo representaba las situaciones que había vivido durante sus primeros años de vida, sino que la terapeuta iba trabajando junto con el niño, a través del juego, la resignificación de cada uno de estos sucesos haciendo referencia a los recursos del menor como sobreviviente del maltrato y que le estaban permitiendo tener gran cantidad de avances en las distintas áreas de desarrollo desde su ingreso a la institución. Entre los juegos simbólicos repetitivos más representativos durante estas últimas sesiones de intervención se tienen los siguientes:
  - El niño manipulaba constantemente una autopista con un dragón. Esta autopista tenía que ser armada antes de usarse, por lo que desde antes de simbolizar por medio de este material ponía en práctica habilidades relacionadas con la iniciativa para hacer las cosas sin ayuda, el seguimiento de instrucciones, la tolerancia a la frustración, resolución de problemas y creatividad, ya que en cada ocasión intentaba diferentes maneras de ensamblar dos tramos de la autopista que se le complicaban.
  - A través de esta autopista hacía pasar varios automóviles que eran devorados por el dragón. A decir del niño, ninguno de ellos podía salvarse o hacer algo para no ser comidos por el dragón, el cual no saciaba su apetito y disfrutaba al ver a los automóviles temerosos cuando comenzaban su camino por la autopista. Este juego repetitivo se relacionó con sentimientos de indefensión frente a la figura poderosa y agresiva que representó la figura paterna, además con la imposibilidad de defenderse o ser defendido por alguien, ya que su madre y todos los miembros de su familia también eran violentados por su padre.
  - Después de varias sesiones en que los automóviles eran devorados por el dragón, Rodrigo cambió la dinámica del juego de tal forma que ordenó los autos por toda la carretera diciendo que pasarían a través de la boca del dragón rápidamente de tal forma que este no se los pudiera comer. Con este cambio mostraba recursos a través de los autos para poder cuidarse y alejarse del peligro que era representado por el dragón.
  - En otra sesión, Rodrigo retomó el uso de la autopista con el dragón y un tractor, el cual pasaba por la autopista y cuando llegaba hasta donde estaba el dragón comenzaba a pegarle. Cuando se indagó sobre lo que estaba pasando, el niño mencionó que el tractor estaba muy enojado con el dragón por todos los autos que se había comido. En ese momento se reflejó el enojo que estaba expresando el tractor hacia el dragón, así como la posibilidad de que nuevos autos fueran ayudados por el tractor. El niño asintió y se relacionó su juego con la ayuda que estaba recibiendo el

en centro, mencionándole varios de sus avances logrados hasta ese momento, elementos que el niño escuchó y ante los cuales asintió.

- En una sesión retomó el uso de los automóviles, los cuales paseaban a través de la autopista del dragón. Esta vez el dragón intentaba comerlos pero los automóviles se defendían golpeando repetidamente al dragón hasta que lograban pasar por donde este se encontraba. En esa ocasión se indagó sobre alternativas que tuvieran los autos para defenderse y cuidarse sin que hicieran uso de la violencia, ante lo cual el niño refirió que no, por lo que se relacionó con el momento en el que él mismo defendió sus materiales en el área de preescolares y le dijo a uno de sus compañeros que no le gustaba que le quitara sus masitas, por lo que se había protegido sin que fuera necesario el uso de los golpes.

- En sesiones posteriores empleó nuevamente los automóviles en un juego diferente, en el cual hacía referencia a un “escondite”, dentro del cual permanecían todos los automóviles a excepción de uno, que era el que salía y paseaba sin dificultades a través de la carretera. Cuando se indagaba, el niño refería que a los coches no les gustaba estar ahí ya que querían correr por la carretera, a pesar de ello no lograba expresar los motivos por los que no querían permanecer dentro del mismo y las consecuencias que vendrían en caso de que alguno de los autos pudieran salir, ya que los encerraban con llave.

- En una actividad distinta, Rodrigo comenzó a deshacer un plumero de tal forma que cuando terminó de arrancar las plumas del mismo las comenzó a tomar por montones y las lanzaba de tal forma que caían sobre de él. A partir de las preguntas que se le realizaron, el niño refirió que se trataba de “lluvia calentita”, por lo que disfrutó de ese momento durante varios minutos en los que de manera repetida tomaba las plumas y las lanzaba hasta que caían sobre él. Se relacionó esta lluvia que disfrutaba con el amor, el cariño y la protección que lo estaban cubriendo a través de los cuidados que se le proporcionaban en la institución y las necesidades que le eran satisfechas. El niño refirió que le gustaba, por lo que se complementó al decir que esa “lluvia calentita” lo fortalecía y le permitía aprender nuevas cosas así como disfrutar de la compañía de las personas que lo cuidaban y le brindaban los elementos que necesitaba.

- Cuando el niño mencionó que había terminado de llover, tomó un camión grande y comenzó a depositar en este las plumas que anteriormente habían caído en forma de lluvia por lo que se le mencionó que después de que el agua estaba regada por todo el piso él podía organizarla y contenerla en el camión, asociando esto con la manera en que había llegado a la institución con sus emociones y pensamientos desorganizados, y que conforme había estado trabajando en las sesiones y en cada uno de los espacios en que se desarrollaba, había sido capaz de irlos organizando.

El niño se percibía contento desde que se acudía por él al área de Psicología, además más espontáneo y flexible al adaptarse a los materiales que tenía disponibles en el espacio terapéutico, con los cuales llevaba a cabo actividades organizadas que tenían principio y fin. Asimismo, en algunos momentos denotaba su capacidad de disfrute de las actividades que llevaba a cabo. Sin embargo, aún presentaba dificultades para aceptar “cosas bonitas” de los demás, como cuando se le hacía la devolución de algunos de sus recursos o se le



indicaba que se habían llevado ciertos materiales especialmente para él después de que los solicitó.

Por otro lado, Rodrigo mostraba habilidades sociales para interactuar con los otros tanto en el espacio terapéutico como con sus compañeros y maestras del área de preescolares, de tal forma que podía iniciar conversaciones con ellos, estableciendo contacto visual y expresando necesidades, gustos y experiencias de manera coherente cada vez con mayor facilidad; se integraba a actividades grupales en donde era capaz de compartir y cooperar para lograr un objetivo particular; dentro de las sesiones llevaba a cabo un juego cooperativo con mayor frecuencia, en donde no se limitaba a dar sugerencias a la terapeuta sino que también era capaz de tomar ideas para integrarlas a su actividad y continuaba desarrollando habilidades cognitivas a través de cada una de las tareas que realizaba dentro y fuera de sus sesiones.

De manera similar a la subfase anterior, Rodrigo iba siendo capaz de ubicar y nombrar emociones en personajes de ficción como animales y automóviles, sin embargo, cuando las reconocía en él mismo se ponía ansioso y lograba regularse por medio de actividades como el garabateo o juegos de mesa que lo alejaban del plano afectivo. Asimismo, a través del juego simbólico, fue capaz de visualizar nuevos recursos que le permitieron resignificar aquellas situaciones traumáticas representadas en sus juegos como el maltrato, en donde mostraba una transición de la escisión (malo) a la ambivalencia (de y hacia la figura paterna), y visualizaba elementos que le brindaban seguridad y la posibilidad de cuidarse de aquello que podía dañarlo. De manera general, Rodrigo mostraba una mayor organización en cada una de las actividades que realizaba, lo cual era un reflejo del orden que estaba teniendo a nivel interno (pensamientos y sentimientos) y que se había conseguido a través del trabajo que se estaba llevando a cabo en sus sesiones terapéuticas y de la estabilidad que le brindaban las rutinas en la institución.

Debido a que Rodrigo sería canalizado a una casa hogar y no se podría continuar trabajando con él, se aplicó nuevamente una evaluación, a través de pruebas psicométricas y no psicométricas, para medir el desempeño del menor y compararlo con el que presentó cuando ingresó al centro, de tal forma que se pudieran valorar los avances que había tenido a lo largo del proceso terapéutico y a partir de estos generar sugerencias dirigidas hacia las personas y especialistas que estuvieran al cuidado del pequeño.

### ***2.5 Resultados de la fase de evaluación Post test y cierre del proceso***

Después de la intervención psicológica se realizó una evaluación a través de pruebas psicométricas y no psicométricas para obtener el nivel de funcionamiento que presentaba el menor en cada una de las áreas de desarrollo: intelectual, perceptomotora, emocional y social. De esa manera se podrían tener los principales avances que había tenido Rodrigo a partir de la intervención psicológica realizada, y además generar las sugerencias terapéuticas que permitieran dar seguimiento a su proceso en la institución que fuera canalizado, ya que aún había algunos elementos que se debían trabajar durante un tiempo prolongado.

Asimismo, durante estas últimas sesiones se llevó a cabo el cierre del proceso terapéutico, en el cual se devolvieron al pequeño sus principales recursos, se le reconocieron los avances presentados durante el tiempo que se había trabajado con él y se le comentó sobre

los cambios que viviría en los siguientes días al ser canalizado a otra institución, tal y como había ocurrido con otros pequeños que había conocido en el centro, con la finalidad de brindarle seguridad y confianza, así como para que no percibiera como rechazo la canalización a otro espacio.

### **2.5.1 Resultados del análisis cuantitativo de la evaluación Post test (Sesiones 27-30)**

El tiempo que Rodrigo permanecería en la institución era indeterminado, ya que dependía de diversos factores como: el proceso jurídico que seguía su padre, la presentación de algún familiar alternativo que pudiera responsabilizarse del menor y de que las autoridades establecieran su canalización a alguna institución que no fuera transitoria y en la que el pequeño cubriera sus necesidades básicas de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encontraba.

Debido a que las autoridades encargadas del caso determinaron que el menor sería trasladado a una casa hogar, se planteó el objetivo de evaluar los avances que tuvo después de la intervención psicológica, a partir de su desempeño en las áreas de funcionamiento: intelectual, precepto-motor, emocional y social a través de la aplicación de técnicas psicológicas mediante un post test, y a partir de esta evaluación se generaran sugerencias dirigidas hacia las personas y especialistas que estarían al cuidado del pequeño.

A continuación se presentan los principales elementos obtenidos en la evaluación post test de cada una de las áreas de funcionamiento de Rodrigo:

#### **a) Área de funcionamiento intelectual:**

- Aunque el desempeño del menor presentó un patrón similar en las evaluaciones del pre test y post test, fue posible observar que en el área de ejecución mejoró al obtener puntuaciones que lo colocaban en niveles “Promedio bajo” y “Promedio alto” respecto a la media poblacional.
- Este cambio favorable en las puntuaciones no suponen una modificación del CI del menor, por el contrario, las variaciones observadas en la evaluación post test, respecto al pre test, se explican a partir de la estimulación que el menor recibió durante el tiempo que permaneció en la Estancia Transitoria.
- A partir de su permanencia en el centro, Rodrigo aprendió de la experiencia adquirida y a responder ante las dificultades de acuerdo con las normas sociales establecidas así como también presentó mayores periodos de atención y concentración. De ahí que aunque el patrón de desempeño fuera similar que en el de la primera evaluación, las puntuaciones se situaron en posiciones más altas en esta segunda fase.
- Se concluyó que Rodrigo era un menor que aún mostraba conflictos de tipo emocional que le generaban ansiedad y no le permitían tener un desempeño satisfactorio, sin embargo, la estimulación y estructura que recibió de su entorno lo llevó a mostrar mayores conocimientos de objetos y situaciones que manejaba cotidianamente con respecto a los que presentaba a su ingreso a la estancia.

#### **b) Área de funcionamiento precepto-motor:**

- A pesar de que Rodrigo presentó avances en su coordinación motriz gruesa y fina a partir de la estimulación que estaba recibiendo en la institución y de las actividades escolares que

llevaba a cabo durante los últimos meses, aún presentaba un nivel de madurez inferior al esperado para su edad, lo cual se explicó a partir del retraso que tuvo como efecto de la privación que vivió y a factores de tipo emocional más que a problemas de tipo perceptomotores.

- Los avances que presentó el menor en esta área se observaron en actividades como: trazar figuras y letras de manera más integrada, hojear páginas, recortar, hacer boleado y rasgado de papel, subir y bajar escaleras con cierto equilibrio y sin necesidad de apoyarse todo el tiempo, saltar con ambos pies sosteniéndose de algo, correr con mayor coordinación, gatear, etc.

#### **c) Área de funcionamiento emocional:**

- Se obtuvo que Rodrigo presentaba una clara identificación con su sexo y una imagen de sí mismo interiorizados.
- Aún mostraba cierta rigidez por las exigencias que recibió del exterior y se observó una carencia de sentimientos de identidad debido a la falta de estructuración familiar y personal durante sus primeros años.
- A pesar de que había mostrado diversos avances con respecto a la manera en que había ingresado a la institución, Rodrigo seguía presentando elementos de ansiedad, sentimientos de inseguridad, timidez, retraimiento e incapacidad para reconocer y expresar sus emociones, así como para demandar aquello que necesitaba.
- El niño ya se mostraba tolerante ante la frustración y se comportaba de acuerdo a los límites y normas que se le presentaban, aunque en ocasiones llegaba a ser demasiado rígido, por lo que se ubicaba en situaciones de riesgo ya que podía realizar actividades que no deseaba llevar a cabo, lo que a su vez reducía su capacidad de liderazgo y de toma de decisiones.
- A diferencia de la primera evaluación, Rodrigo mostró sentimientos de ambivalencia hacia la figura femenina, quien no cubrió las necesidades de afecto y atención que presentaba. Respecto al concepto de la figura masculina la percibía como ambivalente, poco consistente, ausente, no suficiente y como una figura que no proveía ni cubría sus necesidades afectivas.

#### **d) Área de funcionamiento social:**

- El niño se mostraba más participativo, cooperador, abierto al aprendizaje de nuevos conocimientos y dispuesto a relacionarse con los demás, lo cual constituyó un enorme cambio respecto a la manera en que se mostraba recién había ingresado al centro, donde no interactuaba con los otros y tenía dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas.
- Rodrigo demostró en las sesiones algunas habilidades para relacionarse con los demás, por ejemplo: su capacidad para compartir los materiales, enseñar juegos nuevos, respetar las reglas y expresar lo que sentía y pensaba para que los otros lo pudieran conocer.
- A pesar de que el niño podía marcar los límites a sus iguales, frente a su primo Diego seguía presentándose inseguro la mayor parte del tiempo y terminaba cediendo ante lo que su primo le solicitaba probablemente por el tipo de relación que ambos niños tuvieron antes de ingresar al centro. De ahí que fuera necesario continuar brindándole a Rodrigo la seguridad y confianza para relacionarse con su hermano y primos, con la finalidad de fortalecer el bloque fraterno y se pudieran apoyar en las etapas subsecuentes de su desarrollo.

En esta segunda evaluación Rodrigo continuó presentando un desarrollo emocional y psicológico inmaduro que no le permitía responder a las presiones del ambiente de forma adecuada, reaccionando a ellas con retraimiento y dificultades en el contacto social y con sus afectos. Mostraba preocupación por sí mismo ante la impotencia y falta de defensas para dominar las dificultades, además de miedo, indecisión e inadecuación que lo llevaban a comportarse como los demás deseaban con el fin de recibir satisfacción de sus necesidades y deseos. Sin embargo, el pequeño también se mostraba más organizado y tranquilo durante las sesiones terapéuticas y al realizar sus tareas cotidianas en el área de preescolares, en donde mostraba las habilidades que había desarrollado en cada una de las áreas a partir de la estimulación que había recibido del centro y del trabajo realizado en sus sesiones terapéuticas.

Lo anterior muestra que no era que Rodrigo careciera de recursos al haber ingresado al centro, sino que la privación a la que había estado expuesto durante sus primeros años de vida lo había llevado a tener un retraso importante en aquellas destrezas necesarias para realizar actividades cotidianas y las que requerían del uso de procesos específicos a nivel cognitivo, emocional y social. De ahí que, aunque eran evidentes los avances que obtuvo, era necesario un abordaje psicológico de manera constante por un periodo de tiempo largo, ya que el niño presentaba recursos que le permitirían seguir adquiriendo aquellas habilidades que se interfirieron y promovieran la conformación de una estructura yoica organizada en el menor.

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación post test se sugirió a las personas que estuvieran al cuidado de Rodrigo en la casa hogar a la que sería canalizado, que el pequeño continuara con una terapia individual que le facilitara una adecuada identificación y expresión de sus sentimientos, así como eficacia en el establecimiento de relaciones con sus pares y adultos brindándole seguridad en las mismas. Por otro lado, era importante que se trabajara en la flexibilidad y disfrute de tareas nuevas que le permitieran al niño descubrir otras formas de relacionarse e interactuar con los elementos de su ambiente, además de proporcionarle el apoyo y soporte que requería de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encontraba.

Debido a que se promovió un cambio en las diferentes áreas de desarrollo (cognitivo, perceptual, emocional y social) en el trabajo que se realizó con el menor, con la finalidad de que pudiera ir desarrollando aquellas habilidades que habían sido limitadas por la privación que había vivido durante sus primeros años de su vida, así como promoviendo un cambio en su estructuración yoica (respecto a su funcionamiento cognitivo, la respuesta emocional e interacción social que presentaba a su ingreso al centro), mediante la intervención psicológica con enfoque integrativo; fue necesario hacer un cierre del proceso que se había llevado a cabo durante su permanencia en la institución, en el cual se plantearon al pequeño los avances que había tenido a través del trabajo dentro de sus sesiones terapéuticas y en su desenvolvimiento en los distintos espacios en que realizaba sus actividades (área de preescolares y escuela), con la finalidad de que fuera integrando cada una de las experiencias que lo habían nutrido durante los últimos meses, y estas le brindaran la confianza y seguridad necesarias para adaptarse al nuevo espacio al que sería trasladado.

Es importante mencionar que durante todo el proceso que se siguió con Rodrigo se desconoció el tiempo que permanecería dentro de la institución, por lo que fue necesario que en todas las sesiones se realizara un cierre como si se tratara de la última vez que se trabajaría con él, con la finalidad de que consolidara aquellos elementos en los que había trabajado hasta ese momento, además de que no viviera la separación de la terapia como una pérdida más después de todas las situaciones traumáticas por las que había pasado hasta antes de ingresar al centro. De ahí que después de realizar la evaluación post test se continuara trabajando con el niño mediante la intervención a través del juego, poniendo especial atención en el cierre de las sesiones donde se hacía el reconocimiento de los avances que había presentado, así como el señalamiento de algunos elementos que podría trabajar en el futuro.

En el caso de Rodrigo, se tuvieron tres sesiones con él después de realizada la evaluación post test, suficientes para hacer un cierre adecuado del trabajo llevado a cabo durante el tiempo que permaneció en el Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJDF (de septiembre de 2011 a junio de 2012).

### **2.5.2 Resultados del análisis cualitativo del cierre del proceso (Sesiones 31-33)**

Desde que se llevaba a cabo la evaluación post test, se le fue mencionando al menor sobre la posibilidad de que en poco tiempo fuera llevado a otro lugar, en el que conocería a nuevas personas (niños, niñas y adultos), además de que asistiría a otra escuela donde seguiría aprendiendo diferentes cosas, tal y como lo había hecho al llegar a esa institución. Se retomaban los casos de algunos de sus compañeros y compañeras, quienes de manera similar habían sido canalizados a otra institución, con la finalidad de que Rodrigo no lo percibiera como un rechazo sino como parte del proceso por el que atravesaban todos los niños que ingresaban a la estancia de acogimiento residencial temporal.

Los principales elementos que se abordaron durante las últimas sesiones de trabajo con Rodrigo en la fase de cierre fueron:

- Cuando se hacía referencia a los cambios positivos y avances observados que tuvo el menor desde que ingresó al centro hasta esas sesiones, Rodrigo escuchaba atento, asentía y sonreía en varios momentos. Esto mostraba la manera en que había ido integrando un nuevo autoconcepto, y al aceptar sus propios recursos mostraba avances en el área de la autoestima y autoconfianza.
- Rodrigo solicitaba algunos de los materiales que deseaba se llevaran para trabajar en las sesiones, lo que denotaba la confianza y seguridad que tenía para identificar sus necesidades y comunicarlas a la terapeuta.
- En esas últimas sesiones, el niño permanecía gran parte del tiempo armando y reparando cosas. Por ejemplo: en una ocasión Rodrigo decidió utilizar un par de camionetas que estaban averiadas, por lo que dedicó varios minutos para colocarles su caja y las llantas que les hacían falta. Se acompañaba al niño en su actividad mediante la descripción de lo que hacía, y se relacionaba con el proceso que había llevado en sus sesiones terapéuticas, donde también había podido ordenar y reparar algunos elementos, como sus emociones y pensamientos, además de reducir el miedo y la ansiedad al interactuar con otros y realizar diversas actividades que le permitían aprender gran cantidad de cosas y conocerse más.

- El pequeño aceptaba la idea de que peluchín se mudara con él a la nueva institución que sería canalizado, por lo que se recordaban las dificultades que presentaba cuando recién llegó al centro, para interactuar con los otros y llevar a cabo sus actividades cotidianas, y se reconocía la valentía que mostraba en ese momento de forma similar a los personajes de sus juegos, ya que era capaz de relacionarse con los otros sin dificultades a pesar de que la terapeuta y Peluchín no estuvieran con él todo el tiempo.
- Gran parte del juego que llevaba a cabo era cooperativo, ya que integraba a la terapeuta a partir de los materiales y roles en sus actividades. Se observaba que se podía establecer la intervención a través de un diálogo más fluido con el pequeño, quien participaba de manera activa en la organización de sus actividades y era capaz de reconocer avances propios.
- En una de las sesiones, Rodrigo llevaba a cabo su actividad y aceptó que su primo Diego se integrara a su sesión, ya que ambos niños trabajaban en el área de Psicología del centro. Durante esa sesión fue posible observar avances de ambos pequeños al interactuar entre ellos, ya que se desarrollaron en un juego paralelo y cooperativo en actividades variadas: cognitivas (armar rompecabezas), simbólicas (animales miniatura) así como artísticas (pintar).
- Con respecto a la última vez que se observó a los niños compartiendo el espacio terapéutico, presentaban menor rivalidad fraterna, había un sobresaliente interés de ambos por compartir, enseñar y aprender del otro, aunque en algunos momentos fue posible ver que Diego intentaba llamar la atención y recibir reconocimiento de la terapeuta, sin embargo los niños se mantuvieron juntos y supieron defender su espacio al decidir el momento en que compartirían las tareas o cada uno se desenvolvería en cosas diferentes. Se reconocieron los cambios positivos que presentaban, y se enfocó la manera en que podrían ayudarse, compartir e inclusive cuidarse en otros espacios, ya que se había informado que Rodrigo sería canalizado junto con su primo Diego a una casa hogar, por lo que era importante fortalecer el bloque fraterno para que se transmitieran confianza y seguridad para enfrentar los cambios que vivirían próximamente.
- En algún momento Rodrigo representó el enojo y la tristeza ante el cierre del proceso a través del dibujo de un Batman y un venen, emociones que se validaron y se reconoció la capacidad que tenía para identificarlas y expresarlas. Se ayudó a Rodrigo para que pudiera tranquilizarse a través del uso de masitas, las cuales manipulaba con fuerza mientras que se le hacía la devolución de varios de los recursos observados en el transcurso del trabajo realizado con el pequeño. La terapeuta mencionó que también se sentía triste pero a la vez feliz de ver todos los cambios positivos que había tenido el niño desde que llegó al centro hasta este momento. Resaltó las destrezas que tenía para relacionarse de una manera amable y cooperadora con Diego, lo cual podría retomar al interactuar con su hermano, primos y nuevos compañeros.
- El día en que la terapeuta se despidió del menor, Rodrigo se mostró atento ante cada una de las devoluciones que se hicieron de sus recursos y de los logros alcanzados en el transcurso del proceso terapéutico. A pesar de que al inicio se percibía rígido para no mostrar las emociones que experimentaba ante la despedida, conforme fue pasando el tiempo y a partir de que realizó una actividad de tipo cognitivo para regularse emocionalmente (memorama), pudo identificar su tristeza y a la vez “el gusto por ser feliz” ante el disfrute de las cosas que le rodeaban y las actividades que realizaba en el centro y

en compañía de sus amigos, de sus primos y maestras. Rodrigo se despidió de la terapeuta a través de un abrazo, percibiéndose tranquilo y llevándose consigo a Peluchín.

A diferencia de otros niños que son canalizados de manera repentina sin que se les brinde la oportunidad de despedirse de su terapeuta, maestras y compañeros del centro; Rodrigo tuvo la ventaja de hacer el cierre en cada uno de sus espacios, lo cual le permitió llevarse elementos positivos que le brindaran seguridad para adaptarse a las nuevas rutinas, personas y espacio en que se desarrollaría en los próximos años. Se confirmó que Rodrigo sería canalizado con su primo Diego, lo cual le proporcionaría soporte emocional en esta nueva etapa de su vida.

## CAPÍTULO 3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### **3.1 Discusión**

El objetivo del presente reporte de experiencia profesional fue establecer mediante la intervención psicológica con enfoque integrativo, un cambio en la estructuración Yoica de un menor que presentaba deprivación emocional, debido a que durante sus primeros años de vida se desarrolló en un ambiente que no le proporcionó la estimulación que requería de acuerdo a su edad, no se le permitió establecer un vínculo emocional con la figura materna, permaneció aislado del mundo social y fue víctima y testigo de violencia por parte de la figura paterna desde su nacimiento hasta el momento en que fue ingresado al Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJDF.

Las dos variables principales que se revisaron en este estudio de caso fueron la deprivación emocional y la estructuración yoica, las cuales se abordaron desde que se inició el trabajo con el menor a partir de la exploración que se realizó del nivel de afectación que había generado la deprivación emocional en el funcionamiento cognitivo, la respuesta emocional e interacción social que manifestó el pequeño al ingresar al centro. Para ello se realizó una evaluación a través del juego diagnóstico y la aplicación de instrumentos psicométricos y no psicométricos en la que se encontró que Rodrigo presentaba un desarrollo intelectual y perceptomotor inmaduro por la falta de estimulación de sus funciones cognitivas, de socialización y de lenguaje, destacando que no presentaba alteraciones de los procesos básicos (percepción, memoria, pensamiento). La evaluación permitió ubicar características que son propias de niños que han sido maltratados como: problemas de identidad personal, baja autoestima, retraso escolar, pérdida de confianza en los adultos, comportamiento dependiente y un razonamiento moral inadecuado a su edad. Además, su lenguaje se caracterizaba por la pobreza de contenido y la dificultad para expresar conceptos abstractos, ya que su conversación se restringía al presente inmediato (Fernández, 2002). Asimismo, se observaron dificultades en la expresión y reconocimiento de emociones básicas (felicidad, ira, tristeza), vínculo de apego inseguro, temores intensos para realizar actividades cotidianas y ansiedad (Shaefer, 1983 y Villanueva & Clemente, 2002).

A pesar de que el niño contaba con la capacidad para adquirir aprendizaje, mostraba severos conflictos emocionales que le generaban ansiedad y no le permitían responder a algunas situaciones cotidianas de manera satisfactoria, lo que interfería en su capacidad de atención y concentración, ocasionando que su desempeño en las tareas que realizaba fuera desorganizado y deficiente. Aunado a esto, la falta de estimulación de su entorno lo llevó a mostrar escasos conocimientos de objetos y situaciones que manejaba cotidianamente. Es decir, se evidenciaba que su sistema familiar (principalmente la figura paterna), tuvo una influencia notoria en el desarrollo de sus capacidades, al interferir en algunas funciones del Yo a través de: reglas rígidas, una comunicación afectada por obstáculos físicos y emocionales entre sus integrantes, además de que no existió la estimulación adecuada a la etapa de desarrollo en que se encontraba para que pudiera utilizar sus recursos yoicos (Rutter, 1990 y Bellak & Goldsmith, 1993).

En las primeras sesiones, Rodrigo se mostraba inhibido, ingresaba al espacio terapéutico de manera cautelosa y exhibiendo una actitud desconfiada y expectante hacia la terapeuta. Mostraba un ritmo lento, estableciendo poco o nulo contacto visual con la psicóloga y



parecía no responder a los estímulos externos, ya que se encontraba ensimismado en su actividad. Conforme transcurrían las sesiones y el niño iba tomando mayor confianza, interactuaba con mayor frecuencia con los materiales en un juego funcional más que constructivo, con movimientos estereotipados, y reiterativo en su actividad durante varias sesiones. Por las características que el niño presentaba, fue necesario que durante las sesiones de evaluación y durante todo el proceso, la terapeuta fuera una figura constante, se mostrara paciente, sensible, con holding, se dirigiera hacia él con voz suave, brindándole sostén emocional y aceptación incondicional al acompañarle en cada una de las tareas que llevaba a cabo durante sus sesiones (Ampudia et al., 2009), las cuales en un primer momento estaban dirigidas principalmente a la descripción y acomodo de objetos sin intención de realizar algo con ellos, ya que el niño se mostraba desconfiado y no sabía interactuar con los materiales de una manera distinta. Conforme el pequeño se fue adaptando a sus actividades dentro del centro, y fue desarrollando confianza en el espacio terapéutico y con la psicóloga, manifestó cambios en las sesiones, ya que pasó de comportamientos inhibidos a desinhibidos, por lo tanto presentó exacerbación motora, comenzó a relacionarse con los objetos a partir de sus funciones, podía interactuar más con la terapeuta y comunicar lo que necesitaba de manera verbal, esto con elementos fantasiosos y presentando un deseo exagerado de tener la atención (voracidad), como consecuencia de las carencias a las cuales había estado expuesto.

A pesar de que se trataban de sesiones de evaluación, a través del juego diagnóstico se logró que el niño tuviera mayor coordinación en sus movimientos, pudiera tener un diálogo más fluido, estableciera contacto visual y expresara sus gustos y necesidades; además dentro de su actividad iba manifestando los traumas generados por las condiciones de privación en las que vivió y que repercutieron notablemente en los recursos que el niño presentaba para desenvolverse en cada uno de los contextos en que se desarrollaba dentro de la institución. Algunos de estos juegos repetitivos representaban la violencia que vivió (por ejemplo: un dinosaurio “rex” que maltrataba al resto de los animales), así como también la forma en que había incorporado los objetos a partir de sus figuras parentales, sin una diferenciación de roles y con evidentes alteraciones perceptuales, de integración e identificación (por ejemplo: pedía disfrazarse de súper héroe con elementos femeninos, de Hulk o Batman con zapatillas).

Estos avances que se iban observando en el menor, aún en la fase de evaluación, confirmaron que el juego tiene un papel primordial en la estimulación de los niños al favorecer el desarrollo de la motricidad, de la cognición (atención, memoria, representaciones mentales, conocimientos previos y capacidad de razonamiento) y de la socialización. Por otro lado, la evolución en los juegos que iba presentando Rodrigo a través de estas primeras sesiones permitió a la terapeuta darse una idea del grado de madurez del niño y valorar las repercusiones que había tenido la privación que vivió en su desarrollo físico, cognitivo y social (Martínez, 1998; Esquivel, 2010).

A partir de lo obtenido en la evaluación, se consideró primordial promover un cambio en la estructuración yoica del menor mediante la intervención psicológica respecto a su funcionamiento cognitivo, la respuesta emocional e interacción social que manifestaba; ya que Rodrigo presentaba una desorganización y retraso en cada una de las áreas de desarrollo a consecuencia de las influencias del ambiente en el cual vivió durante sus primeros años, por ejemplo: mostraba miedo para las actividades de aseo ante las cuales

lloraba y gritaba con desesperación; en lo referente a la alimentación, no estaba familiarizado con la utilización de la cuchara al no tener coordinación en sus movimientos y se negaba a tomar asiento para comer, mostrando desconfianza con el personal que le ofrecía los alimentos. A su ingreso al centro no se incorporaba con sus compañeros para jugar y permanecía como observador, regularmente no manifestaba sus necesidades y en general se mostraba desconfiado para realizar las actividades que se le pedían, ya que no quería trabajar y se le notaba muy disperso.

Es decir, Rodrigo presentaba algunas de las características de menores que han tenido experiencias de privación, como: una pobre calidad de interacciones sociales con adultos y compañeros; una tendencia a ser poco cooperativos, hostiles, dependientes; con problemas en el desarrollo del lenguaje, la función de abstracción, la capacidad de generalización y la aptitud para establecer lazos interpersonales profundos (Rutter, 1990 y González, 2004).

Para la intervención psicológica se empleó un enfoque integrativo debido a que permite abordar las problemáticas psicológicas considerando los múltiples factores que las originan y sus efectos en las distintas esferas en que se desarrollan los individuos. Como menciona Bagladi (2010), se trata de un enfoque que concibe al individuo como un sistema complejo (biológico, afectivo, cognitivo y conductual), que se desarrolla en interacción con un ambiente familiar y sociocultural en un determinado tiempo histórico. En el caso particular de Rodrigo, fue el enfoque adecuado por la gran cantidad de componentes de la privación y las implicaciones que tuvo en el desempeño del pequeño a su ingreso a la institución, además porque el proceso no tendría una temporalidad establecida y en cualquier momento el niño podía ser canalizado con algún familiar alternativo o institución mientras se seguía el proceso jurídico de sus familiares, por lo que la manera de intervenir tenía que ser precisa e inmediata, lo cual se facilitó mediante la aplicación de aquellas estrategias terapéuticas efectivas en los casos de niños que presentan estrés postraumático y que han sido víctimas de maltrato.

Durante la fase de intervención, fue posible abordar las metas terapéuticas obtenidas de la evaluación que se le practicó al menor, mismas que se enfocaron a trabajar en la estructuración y/oica de Rodrigo a partir de las áreas de análisis cognitiva, emocional y social; las cuales se fueron ubicando a partir de las actividades que llevaba a cabo a través de las sesiones.

Durante las primeras sesiones de la fase de intervención, Rodrigo realizaba la mayor parte del tiempo actividades relacionadas con habilidades de tipo cognitivo y perceptual (juegos de mesa, de construcción, manipulación de materiales de diversas texturas, etc.), y aunque presentaba algunos componentes de tipo emocional en las tareas que llevaba a cabo, eran evidentes elementos ansiógenos que lo desorganizaban como consecuencia del trauma que presentaba por la experiencia de privación y maltrato que vivió antes de ingresar a la institución, por lo que el pequeño realizaba con mayor frecuencia actividades que lo alejaban de situaciones emocionales y que le permitían organizarse y regularse emocionalmente. De ahí que fuera necesario acompañar al niño en las tareas que iba seleccionando, brindándole el tiempo necesario para que se sintiera seguro y fuera capaz de retomar paulatinamente su actividad simbólica.

Desde su ingreso a la institución hasta las primeras sesiones de la fase de intervención Rodrigo tuvo diversas experiencias que le permitieron desarrollar habilidades que habían sido interferidas por la privación psicológica que vivió, por lo que iban siendo evidentes los avances que el niño presentaba de una sesión a otra. Esto demostró que el atraso que presentaba no se debía a falta de recursos en el niño sino de riqueza del ambiente en el que se había desarrollado durante los primeros años de su vida (Rutter, 1990). Dichos avances le permitieron relacionarse con los demás empleando un lenguaje más fluido y coherente, realizar tareas que requerían de periodos de atención y concentración cada vez más prolongados, de habilidades de memoria a corto y mediano plazo, de mayor organización a nivel de pensamiento y a través del uso de reglas, era capaz de hacer uso de su creatividad, de disfrutar de sus actividades, de integrar experiencias, resolver problemas prácticos, tomar decisiones y presentaba mayor tolerancia a la frustración en las tareas que realizaba.

A través de la actividad de juego, la terapeuta se mostró accesible ante las necesidades emocionales de Rodrigo, le permitió explorar el espacio a su ritmo, aceptándolo en cada una de sus actividades, lo cual promovió en el niño sentimientos de seguridad y confianza, por lo que presentó un mayor vínculo con la psicóloga a partir de las funciones que ella cumplía dentro de las sesiones terapéuticas, donde fue fundamental la contención en varias ocasiones por los elementos de ansiedad que manifestaba el menor al abordar algunos temas como la violencia y la relación que había tenido con sus padres y hermanos. Es decir, la disponibilidad emocional de la terapeuta permitió que Rodrigo explorara el ambiente con plena confianza (Heredia, 2005), y que fuera integrando las habilidades que estaba desarrollando para trabajar los efectos que la privación había ocasionado en su estructuración yoica.

Respecto a la percepción que tenía de la figura paterna, no solo hacía referencia al maltrato ejercido por parte de su padre, sino que retomaba algunas actividades que habían compartido y a través de las cuales Rodrigo percibía a su padre protector y cercano a él. Además, esto le permitió irse desligando de la responsabilidad que sentía respecto a los malos tratos que su padre tuvo contra él, por lo que Rodrigo fue integrando una imagen más real de sí mismo y paulatinamente se iba separando de la etiqueta de “niño malo” (Shaefer, 1983) que había incorporado y que le impedía desenvolverse con libertad en cada uno de los contextos en que se desarrollaba en ese momento.

En cuanto a su integración social, Rodrigo buscaba tener interacciones con otros niños y adultos, expresaba sus necesidades, preferencias y emociones con mayor seguridad, podía iniciar conversaciones, estableciendo contacto visual y comunicando experiencias de manera coherente cada vez con mayor facilidad; se integraba a actividades grupales en donde era capaz de compartir y cooperar; dentro de las sesiones llevaba a cabo un juego cooperativo con mayor frecuencia y había asimilado las reglas de cada lugar en que se desenvolvía. Asimismo, se percibía más espontáneo y flexible al adaptarse a los materiales que tenía disponibles en el espacio terapéutico, con los cuales llevaba a cabo actividades organizadas que tenían principio y fin. Inclusive, en algunos momentos denotaba su capacidad de disfrute de las actividades que llevaba a cabo.

Sin embargo, la percepción de sí mismo aún no era la adecuada porque, a pesar de que se desenvolvía con mayor espontaneidad frente a los demás, cuando estaba en su espacio terapéutico aún era frecuente que menospreciara sus capacidades y la valoración de sí mismo, ya que es común que cuando los pequeños son maltratados atribuyan el maltrato a

su mala conducta, justificando así a sus padres o a los generadores de la violencia (Kempe & Kempe, 1979, Fernández, 2002 y García & Noguerol, 2006). Esto indicó la importancia de que se continuara apoyando a Rodrigo psicológicamente de manera constante por un periodo de tiempo largo, ya que presentaba recursos que le estaban permitiendo adquirir aquellas habilidades que habían sido interferidas por la privación a la que estuvo expuesto, y aún continuaban identificándose áreas que habían sido más afectadas y que requerían de mayor tiempo para ser abordadas por el menor. Tal es el caso del área emocional, específicamente de la autovaloración que presentaba Rodrigo, donde de manera paulatina y a través del juego simbólico, fue capaz de visualizar algunos recursos que le permitieron resignificar aquellas situaciones traumáticas representadas en sus juegos como el maltrato, en donde mostraba una transición de la escisión (malo) a la ambivalencia (bueno-malo) de la figura paterna, y visualizaba elementos que le brindaban seguridad y la posibilidad de cuidarse de aquello que podía dañarlo.

Aunque eran evidentes los avances que presentaba Rodrigo a partir del trabajo que se realizaba en la intervención psicológica, debido a que se informó que en poco tiempo sería canalizado a una casa hogar y no se podría continuar trabajando con él en el centro, se estableció como prioridad evaluar los avances del menor después de la intervención psicológica, a partir de su desempeño en las áreas de funcionamiento: intelectual, percepto-motor, emocional y social a través de la aplicación de técnicas psicológicas mediante un post test, y a partir de esta evaluación generar sugerencias dirigidas hacia las personas y especialistas que estuvieran al cuidado del pequeño para que dieran seguimiento al proceso terapéutico de Rodrigo y así se continuara trabajando en los efectos que la privación había tenido sobre su estructuración yoica.

La evaluación que se realizó después de la intervención psicológica permitió identificar que los aspectos emocionales continuaban influyendo en el rendimiento que presentaba Rodrigo en las otras áreas, de tal forma que su desempeño disminuía, por lo que era importante que el pequeño continuara en una terapia individual que le facilitara una adecuada identificación y expresión de sus sentimientos, la autovaloración de sus capacidades y eficacia en el establecimiento de relaciones con los otros. Asimismo, debido a que el pequeño se mostraba demasiado rígido en algunas de sus actividades, se recomendó que se continuara trabajando en la flexibilidad y disfrute de tareas nuevas que le permitieran descubrir otras formas de relacionarse e interactuar con los elementos de su ambiente.

En las sesiones de cierre, Rodrigo realizaba con mayor frecuencia actividades cooperativas y se podía establecer la intervención a través de un diálogo más fluido con el pequeño, quien participaba de manera activa en la organización de sus actividades y era capaz de reconocer cualidades propias. Al hacer referencia a los avances que mostró desde que ingresó al centro, Rodrigo escuchaba atento, asentía y sonreía en varios momentos, o por el contrario, se mostraba ansioso por lo que era necesario tranquilizarlo a partir del garbeteo o manipulación de masitas; lo que evidenciaba la importancia de continuar trabajando en las áreas de autoestima y autoconfianza. Además, el pequeño aceptó que peluchín (objeto transicional) se mudara con él a la nueva institución que sería canalizado, elemento que lo había acompañado durante la fase en que abordó a través de su juego las situaciones traumáticas que había vivido antes de ingresar al centro y que le brindó la seguridad que requería para desenvolverse de manera funcional en cada uno de los contextos en que realizaba sus tareas.

Por otro lado, el niño fue capaz de representar el enojo y la tristeza ante el cierre del proceso a través del dibujo de un Batman y un Venon, emociones que se validaron y se reconoció la capacidad que tenía para identificarlas y expresarlas. Cuando llegó el día en que la terapeuta se despidió del menor, aunque Rodrigo se mostró atento a la devolución de sus recursos y de los logros alcanzados, se percibía rígido para no mostrar las emociones que experimentaba ante la despedida, regulándose emocionalmente a través de una actividad de tipo cognitivo (memorama), lo que le permitió en un momento posterior despedirse de la terapeuta a través de un abrazo y mostrándose tranquilo. Es importante resaltar que a diferencia de otros niños que son canalizados de manera repentina, Rodrigo tuvo la oportunidad de hacer el cierre en cada uno de sus espacios, lo cual le permitió llevarse elementos positivos que le brindarían seguridad para adaptarse a las nuevas rutinas, personas y espacio en que se desarrollaría en los próximos días.

Es así como la psicoterapia a través del juego constituyó una experiencia de alivio para Rodrigo, al permitirle resignificar sus principales conflictos, le permitió dar organización a su estructura yoica y desarrollar habilidades para la vida diaria en un espacio seguro, por ejemplo: integrarse a sus compañeros, trabajar en equipo, sentirse valorado, darse cuenta de sus habilidades, tener mayor control de su cuerpo, expresar sentimientos, experimentar soluciones alternativas, conocer sus necesidades, sentimientos y deseos, entre muchos otros elementos en cada una de las áreas de desarrollo (Schaefer, 1983 y Esquivel, 2010).

Al finalizar el trabajo psicoterapéutico con Rodrigo, el pequeño mostraba una mayor organización en cada una de las actividades que realizaba, lo cual era un reflejo del orden que estaba teniendo a nivel interno (pensamientos y sentimientos) y que se había conseguido a través de la seguridad física y emocional que la institución y la terapia le habían brindado, y que difícilmente había podido encontrar durante sus primeros años de vida. Es decir, Rodrigo había podido liberar a través del juego las tensiones por las experiencias traumáticas que había vivenciado antes de su ingreso a la institución, además había podido aprender, crecer, desarrollar capacidades y generado recursos que le permitirían enfrentar problemas futuros.

### **3.2 Conclusiones**

Debido a que el juego es una de las principales actividades de los niños, les genera placer, lo realizan de forma voluntaria y se conecta con su realidad de manera continua; según Martínez (1998) es una técnica a través de la cual se ayuda a los niños que han sufrido maltrato a: exteriorizar su trauma; que puedan descargar su ansiedad y sentimientos; aprender estrategias para regular sus conductas y emociones así como expresar de manera simbólica sus angustias e intentar dominar las experiencias desagradables. A partir de estos beneficios que se observan en el juego es que se empleó como principal técnica de evaluación e intervención en el trabajo con Rodrigo, lo que le facilitó el desarrollo de diversas habilidades que habían sido interferidas por la privación emocional de la que fue víctima, así como la reconstrucción del trauma a partir de la repetición de juegos en donde intentaba superar las experiencias desagradables que había vivenciado.

Con ello, se evidenció la importancia de la técnica de juego en el trabajo con niños que han sido maltratados (Martínez, 1998 y Ampudia, et al., 2009), al permitirles, como menciona Van Fleet (2000 citado en Esquivel, 2010) expresarse, hacer cosas nuevas, aprender más acerca del mundo y de las restricciones que en él se imponen, así como también a trabajar

en sus problemas emocionales. En el caso particular de Rodrigo, se observó el proceso que tuvo a través de la actividad de juego y que le permitió estimular aquellas áreas que habían sido desatendidas durante sus primeros años de desarrollo, favoreciendo su desempeño en actividades de tipo motriz, cognitivo y de socialización. Aunque en un primer momento se presentaron mayores avances en el área cognitiva a través de actividades que implicaban procesos de atención, concentración, memoria, percepción, etc., dicho desarrollo cognitivo contribuyó notablemente en el trabajo que se realizó en las otras áreas, por ejemplo en el área emocional respecto a la formación del autoconcepto del menor al intervenir en la forma como se realizan los procesos reflexivos sobre el Yo, y en el área social al asimilar las reglas y formas de ser que son aceptadas al relacionarse con los demás.

Mann y McDemott (1979, citado en Rosas, 2007), refieren que la meta principal de la terapia de juego es ayudar a los niños a dominar las múltiples tensiones del maltrato, a corregir y prevenir desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro. Además, Fernández (2002) y Ampudia et al. (2009) mencionan que es importante preparar psicológicamente a las víctimas de los malos tratos para que cuando lleguen a la edad adulta y sean padres o madres de familia no tengan un comportamiento similar al que han sufrido con sus hijos, solo que ahora ellos serán los agresores. Como se ha mencionado, algunas de las principales afectaciones observadas en niños que han sido víctimas de maltrato son: daño en las funciones del Yo relacionado con defectos intelectuales, estados de pánico como resultado de traumas ocasionados, distorsiones graves de las relaciones objetales con ausencia de confianza en los demás, bajo autoconcepto y alteración en el control de impulsos.

Cuando se trabaja con niños institucionalizados que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, y que además de eso fueron separados de su familia y de las personas con las que habían establecido un vínculo cercano, los terapeutas infantiles tienen que hacer uso de herramientas psicoterapéuticas diversas que les permitan trabajar con los menores en un corto plazo, ya que es variable el tiempo que cada uno de ellos permanecerán en la institución y en muchas ocasiones se muestran desconfiados hacia las personas adultas por el tipo de experiencias traumáticas que vivieron (Esquivel, 2010).

Además, es importante brindar a estos pequeños la ayuda necesaria para que experimenten la sensación de ser únicos e importantes, ya que tienen que compartir cada uno de los elementos de que disponen desde que ingresan a la institución (espacio físico, materiales, objetos personales y atención de los cuidadores), poniendo en juego parte de su individualidad. En estos casos, la principal tarea del terapeuta infantil es ayudar a los niños a superar sus traumas, por ello se debe mostrar paciente, empático, sensible y seguir a los menores en su actividad, respetando el ritmo que lleven para mostrar confianza hacia el espacio y hacia el terapeuta, quien a partir del trabajo les modelará una forma distinta de relacionarse con los otros a través de buenos tratos y aceptación incondicional.

En el caso de Rodrigo, aquellos elementos que habían influido de manera negativa en su estructura personal y la poca adaptación manifestada recién había ingresado a la institución, llevaron a considerar no solo el uso de la técnica de juego sino del enfoque integrativo en el proceso terapéutico que se seguiría con él, lo que permitió tomar en cuenta el compendio de elementos que afectaron al menor durante sus primeros años de vida, principalmente la influencia de la privación emocional en su estructuración yoica; así como las condiciones en las cuales se estaba desarrollando en la institución y que repercutían en su bienestar

emocional, como por ejemplo: estar lejos de su espacio y, sobre todo, de las personas con las que convivía cotidianamente, evitando en él una sensación de abandono o de culpa por esta separación. Asimismo, considerando que Rodrigo no había recibido de su ambiente la estimulación que requería según la etapa de desarrollo en que se encontraba, que no seguía algún tipo de rutina que le brindara organización y no tenía ningún tipo de socialización o contacto con el mundo exterior, su ingreso al centro constituyó un cambio radical por el tipo de actividades que llevaba a cabo y la dinámica general en que se desenvuelven los niños que se encuentran resguardados ahí.

A través de la terapia Rodrigo pudo tener contacto con elementos que anteriormente no había podido experimentar y que de manera paulatina le permitieron tener mayor organización personal, así como mostrar conductas de adaptación y de conocimiento de su realidad, desde sensaciones táctiles, auditivas y olfativas, hasta enfrentarse a situaciones que le permitieran hacer uso de aquellos recursos que no habían sido aprovechados, por ejemplo: habilidades de motricidad gruesa y fina, creatividad, resolución de problemas, tolerancia a la frustración, capacidad de asombro, memoria para recordar elementos de su entorno y episodios que vivió antes de ingresar al centro, habilidades sociales, etc.

Por otro lado, Beezeley (1976, citado en Rosas, 2007) se dio cuenta de que los niños que habían sufrido algún tipo de maltrato que permanecían un año en psicoterapia de juego, mostraban una mejoría significativa en la habilidad para confiar en los adultos, verbalizar sus sentimientos, se mejoró su autoestima, su capacidad para disfrutar y sentir placer. Por su parte, García y Noguerol (2006) refieren que los niños que han recibido terapia presentan un mejoramiento en el control de impulsos, funcionamiento cognoscitivo y relaciones objetales.

Considerando los avances que se obtienen de la terapia durante un tiempo continuo, algunas de las limitaciones que se tuvieron en el presente estudio se relacionan con la disponibilidad de tiempo para ver al menor, ya que existen algunas dificultades administrativas que impiden que las sesiones se lleven de manera constante por lo que se tenía una sesión semanal, ya que el pequeño dejaba de asistir a la escuela cada vez que se llevaban a cabo las sesiones terapéuticas con él y las maestras mencionaban la importancia de que Rodrigo no interrumpiera las actividades escolares que estaba asimilando como parte de sus rutinas.

Debido al trauma que presentaba el menor al ingresar al centro y las dificultades que estaba teniendo en su integración a las actividades que se le proponían, de haberse presentado las condiciones en el centro, se le hubiera acompañado a través de un trabajo más constante a través de dos sesiones semanales, brindándole un espacio en el que tuviera la posibilidad de descargar toda la ansiedad que los cambios que enfrentaba le estaban ocasionando y paulatinamente permitir la interacción con los otros en actividades estructuradas y dirigidas. A pesar de ello, se pudo trabajar con el menor semanalmente y de manera continua durante el tiempo que permaneció en la institución, de tal forma que al finalizar el trabajo con él se hicieron las sugerencias que le permitieran continuar con su proceso terapéutico en la institución a la que sería canalizado.

Por otro lado, se tiene que cuando los padres viven en condiciones familiares y sociales desfavorables pueden perjudicar el desarrollo de los niños, por lo que también es conveniente brindarles la ayuda necesaria para que resuelvan las problemáticas que les

están afectando. Además, cuando se integra a la familia en la terapia, se busca promover un cambio en las relaciones negativas, de tal forma que se promuevan interacciones de apoyo entre sus integrantes al valorar a la familia como un elemento de apoyo cuyas interrelaciones fortalecen a sus miembros. Es decir, como lo menciona Van Fleet (2000 citado en Esquivel, 2010), la terapia filial es una herramienta eficaz para trabajar en el mejoramiento de las relaciones entre padres e hijos. Algunos de los beneficios que se obtienen de este tipo de terapia son: un incremento en la aceptación, la empatía y la atención positiva entre sus miembros.

Tomando en cuenta esta forma de tratamiento y la posibilidad de haberla utilizado en el caso de Rodrigo, por reglamento de la institución, no se permitió realizar ninguna intervención terapéutica con los principales cuidadores o padres de los niños que se encontraban resguardados en la institución, por lo que el terapeuta se limitaba a la observación o revisión de reportes de las convivencias que tenían los menores con sus familiares. De ahí que se sugiera no solo el trabajo directo con los niños que han sido víctimas de la violencia por parte de sus padres, sino la implementación de un procedimiento con las familias a través del cual los padres o cuidadores también sean entrenados para relacionarse de manera distinta con sus hijos (Solloa, 2006).

A partir del presente estudio de caso se pudieron verificar los beneficios de la terapia de juego en la estructuración y/o de un niño que fue víctima de privación emocional, ajustándose a las condiciones de trabajo de la institución en la que estaba resguardado mientras que sus familiares enfrentaban un proceso jurídico y empleando un enfoque integrativo; elementos que le permitieron vivir una relación estable con la terapeuta, siendo capaz de expresar sus necesidades afectivas y sus temores, desarrollar un sentimiento de seguridad personal y de valoración, estimular aquellas habilidades que habían sido interferidas por las condiciones en las que vivió durante sus primeros años, así como fortalecerse emocionalmente para enfrentar las situaciones que se le presenten en las etapas subsecuentes de su vida.

Asimismo, se resalta la obligación ética que tiene cualquier persona de notificar a las autoridades sobre aquellos casos de sospecha de maltrato, y en el caso de los profesionales que trabajan con los menores y las familias, es trascendental la detección de los casos de desatención y maltrato de menores en el contexto familiar e institucional con el fin de evitarlos.

Considerando la ontología dimensional de la privación afectiva, en la que existe un paralelismo, bio-psico-socio-emocional, y en la que se destaca la constitución de la persona; las causas de maltrato se presentan, por un lado, como situaciones externas, que escapan del control del niño y que se pueden establecer como una condición natural de vulnerabilidad, y que adicionalmente aumentan la probabilidad de padecer algún tipo de maltrato infantil; estas, aunque se ven asociadas al maltrato no se consideran agentes causales directos de tal problemática.

A nivel socio familiar y relacionado con la transmisión generacional neurótica, otro aspecto señalado en la génesis de la privación emocional y las formas de maltrato, es la manera en la que interactúan o se interrelacionan los miembros de la familia, las relaciones que se establecen de manera recíproca a partir de las construcciones individuales y de las constantes interacciones entre estas individualidades.



Es evidente que el trato inadecuado, la violencia intrafamiliar y en este caso la privación emocional, se tornan particularmente ligados a distintas idiosincrasias, lo cual se cimienta mediante actitudes de aprobación hacia el castigo físico, la violencia o al maltrato en cualquiera de sus formas, y se soporta en la construcción social de la realidad y la vinculación con la historia particular, restringiendo el despliegue de la emocionalidad, y adoptando un nivel de pasividad en el que el niño o niña se perciben como propiedad de los padres o del cuidador a cargo, al punto de significar, validar y justificar desde su campo fenomenológico, el trato coercitivo, autoritario y abusivo que le anula por completo (Ampudia, Santaella y Eguía, 2009).

Ahora, no podemos obviar otros factores coadyuvantes, como la negligencia estatal, desconocimiento de los derechos fundamentales, contextos excluyentes, falta de acceso a la educación, inequidad de género y necesidades básicas insatisfechas, que si bien no son de dominio intrapersonal exclusivamente, son trascendentales, pues perpetúan tales prácticas y las institucionalizan, restringiendo la facultatividad humana y su tendencia a la actualización y el desarrollo. Sin embargo, esta transmisión de conductas y en unión con la facultatividad humana, pueden ser interrumpidas y es en estos casos, donde lo particular oculta lo general; el sujeto tiene la capacidad de decidir, de cambiar, de resignificarse y de utilizar su potencial auto-creador para salir victorioso y fortalecido de las crisis (Barudy, 1998).

En síntesis, si bien no existe una relación causal lineal, absolutamente determinada para explicar el fenómeno en cuestión, podemos considerar la existencia de multicausalidad y complejidad, claro está, establecida a partir de la configuración particular del individuo y su campo fenoménico, en la que la presencia de múltiples factores externos (poco o nulo apoyo social, hacinamiento, pobreza extrema, falta de acceso a la educación y desempleo, discriminación de género, sistema de salud inadecuado, etc.) que asociados con las variables individuales (factores de personalidad, historia de vida, experiencias, aprendizaje, libertad, auto determinismo, habilidades sociales, potencial, etc.); configuran la presentación de modos de comunicarse y de relacionarse, modos de ser o identidad, cuya interacción recíproca entre aspectos internos y externos configuran el estilo de relación característico de cada núcleo social y obviamente la persona como individuo. En este sentido, y como lo mencionan Ampudia et al. (2009), el ambiente no crea al individuo ni el individuo crea al ambiente, sino que existe una relación recíproca en donde ambos se crean y se recrean.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

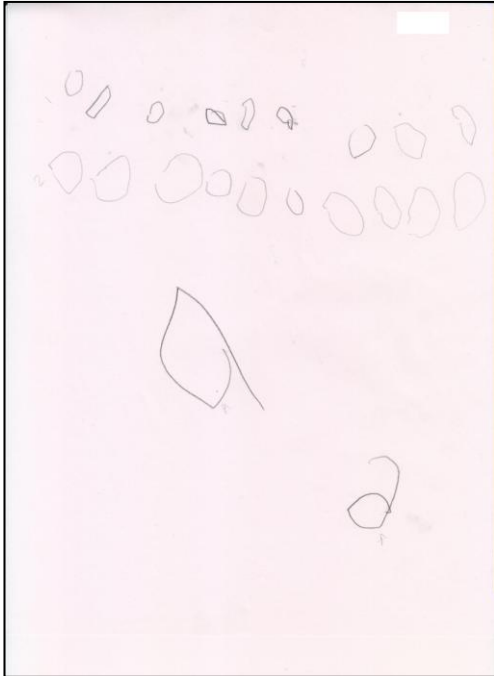
- Amigo, V. I., Fernández, R. C., & Pérez, A. M. (1998). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Ediciones pirámide.
- Ampudia, R. A., Santaella, H. G. B., & Eguía, M. S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual moderno.
- Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C., & Daymas, S. (2001). *El juego en psicoterapia del niño*. España: Biblioteca nueva.
- Arruabarrena, M. I. & De Paúl, J. (2001). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. España: Pirámide.
- Arruabarrena, M. I., De Paúl, J. & Torrés, B. (1996). *El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación. Programa para la mejora del sistema de atención social a la infancia (SASI)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Azaola, E. (2003). *Violencia intrafamiliar y maltrato infantil*. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Bagladi, L. V. (2010). Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E. I. S.), 2, 143- 178. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*. Recuperado el 02 de abril de 2013 de: <http://www.icpsi.cl/acpi2.html>
- Barudy, L. J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. España: Paidós.
- Bellak, L., & Goldsmith, L. A. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*. México: Manual moderno.
- Bringiotti, M. I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. México: Paidós.
- Casado, F. J., Díaz, H. J. A., & Martínez, G. C. (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Craig, G. & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- De la Fuente, R., Medina, M. M., & Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México: Fondo de cultura económica.
- Esquivel, A. F. (2010). *Psicoterapia Infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual moderno.
- Fernández, E. D. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. Cuando ellos deben dejar su familia (para sobrevivir)*. Argentina: Grupo editorial Lumen.
- Fiorini, H. J. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Franco, R. T. (1988). *Vida afectiva y educación infantil*. Madrid: Narcea.
- Garbarino, J. & Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos: enfoque ecológico sobre el maltrato de niños y adolescentes*. Barcelona: Granica.

- García, D. N., & Noguero, N. V. (2006). *Infancia maltratada. Manual de intervención*. Madrid: Eos.
- González, E. (Coord.), (2004). *Necesidades educativas específicas. Estrategias de intervención*. Madrid: CCS.
- Heredia, A. B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.
- Hernández, E. L. (2012). *Evaluación del apego en niños maltratados*. Tesis Licenciatura. México: UNAM.
- Hernández, M. E., & Grau, A. J. (2005). *Psicología de la salud, fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- <http://www.pgjdf.gob.mx/index.php/micrositios/estancianinosninas/subdirecciones>
- Kempe, R. S., & Kempe, C. H. (1979). *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Morata.
- Kerlinger, F. N., & Lee H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw-Hill.
- Maddaleno, M.; Morello, P. & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45 (1), S132-S139. Recuperado el 02 de abril de 2013 de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-6342003000700017&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342003000700017&lng=es)
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C., & Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. México: Manual moderno.
- Martínez, C. G. (1998). *El juego y el desarrollo infantil*. España: Octaedro.
- Martínez, R. A. & de Paul, O. J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. México: Martínez Roca.
- Mojarro, I. M. (2006). *Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Mondragón, C. (coord.) (2002). *Concepciones del ser humano*. México: Paidós.
- Morales, C. F. (1999). *Introducción a la Psicología de la salud*. México: Paidós.
- Ortigosa, Q. J. M., Quiles, S. M. J., & Méndez, C. F. X. (coord.) (2003). *Manual de Psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Ediciones pirámide.
- Osorio y Nieto, C. A. (2005). *El niño maltratado*. México: Trillas.

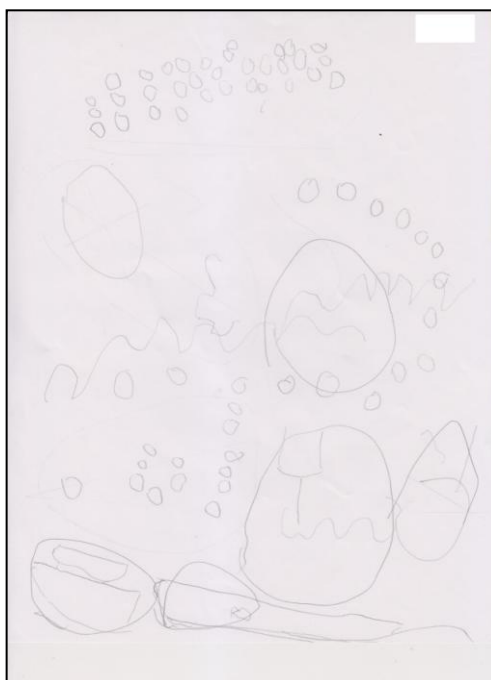
- Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Información sobre el Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas. Recuperado el 02 de abril de 2013 de
- Reynoso, E. L., & Seligson, N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual moderno.
- Rosas, L. (2007). *Terapia de juego para niñas y niños maltratados: Una propuesta de atención*. Tesis Licenciatura. México: UNAM.
- Ruíz, V. (2004). *Psicoterapia de juego grupal con niños (10-11 años) víctimas de maltrato*. Tesis Maestría. México: UNAM.
- Rutter, M. (1990). *La privación materna*. Madrid: Ediciones Morata.
- Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R. & Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México*, 40 (1) Recuperado el 02 de abril de 2013 de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341998000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100009&lng=en&nrm=iso).
- Secretaría de Salud. Información sobre los servicios de atención psiquiátrica. Recuperado el 02 de abril de 2013 de [http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/hp\\_juannnavarro.html](http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/hp_juannnavarro.html)
- Shaefer, C. (1983). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Solloa, G. L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Villanueva, B. L., & Clemente, E. R. (Coord.) (2002). *El menor ante la violencia: Procesos de victimización*. España: Universitat Jaume.
- Winnicott, D. W. (2005). *Realidad y Juego*. España: Gedisa.

# **ANEXOS**

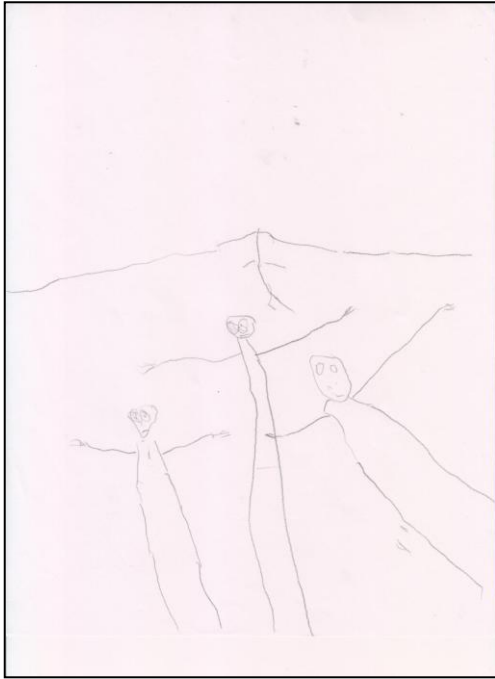
**Anexo 1. Test Gestáltico Visomotor de Bender (Pre test)**



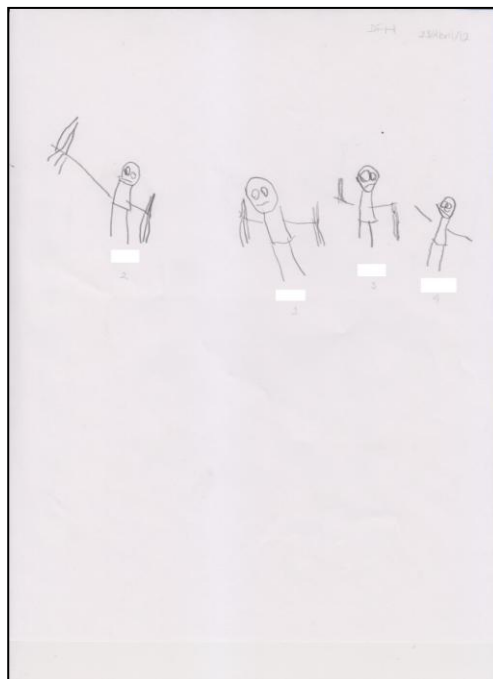
**Anexo 2. Test Gestáltico Visomotor de Bender (Post test)**



**Anexo 3. Dibujo de la Figura Humana (DFH) (Pre test)**



**Anexo 4. Dibujo de la Figura Humana (DFH) (Post test)**



# APÉNDICE



**Apéndice 1. Análisis cualitativo de la escala Weschler de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario (WPPSI)**

<b>Grupo</b>	<b>Subprueba</b>	<b>Fase de pre test</b>	<b>Fase de post test</b>
<b>Procesos verbales</b>	Información	El desempeño del menor fue clasificado en un nivel bajo, lo que indicó que había tenido una pobre estimulación del medio ambiente en que se desarrolló y su nivel de conocimiento y comprensión verbal eran inferiores a los esperados para su edad. Presentaba mínimo conocimiento de los elementos que le rodeaban por lo que se limitaba a describirlos y clasificarlos, característica común en los niños maltratados.	Aunque se clasificó en el mismo nivel de la fase anterior, se observó que la estimulación recibida en la institución y su talento natural le permitieron adquirir un mayor conocimiento de los elementos de su entorno, así como cierta asociación y organización de experiencias que iba adquiriendo a través de sus rutinas y su capacidad de memoria a largo plazo. Además, el pequeño se mostraba motivado para seguir asimilando nuevos conocimientos que le fueron permitiendo adaptarse a sus rutinas y lineamientos de la institución.
	Vocabulario	La puntuación normalizada fue de 2, sumamente baja para el rendimiento esperado según su edad. Esto mostró que sus experiencias habían sido limitadas por la privación que vivió, lo que trajo como consecuencia pobreza en el desarrollo de su lenguaje, en la formación de conceptos y por consecuencia en su capacidad intelectual. Sus ideas y habilidad lingüística eran insuficientes por lo que era incapaz de seguir instrucciones e interactuar con el otro a través de una conversación, se limitaba a hablar sin sentido y describir lo que observaba.	Su ejecución seguía siendo baja, sin embargo, se observó una mayor habilidad lingüística, comprensión verbal y capacidad expresiva, lo que le permitía interactuar con el otro a través de una conversación más fluida y ya no limitarse a la mera descripción de los objetos, estableciendo contacto visual e inclusive refiriendo la funcionalidad de las cosas debido al acopio de información que iba teniendo a través de sus actividades. Era evidente su adaptación al centro debido al desarrollo de su lenguaje, a pesar de que aún no se ubicaba en un nivel de desarrollo de lenguaje óptimo para su edad.

	Comprensión	<p>Al haber obtenido una puntuación normalizada de 2 y ubicarse en un nivel bajo para lo esperado según su edad, se observó que tenía restringida la posesión de información práctica y un nulo desarrollo del sentido moral, debido a que sus experiencias pasadas no le habían proporcionado el conocimiento de los convencionalismos sociales y Rodrigo no era capaz de llevar a cabo lo que se le pedía aunque se tratara de elementos sencillos (por ejemplo respetar las rutinas y seguir instrucciones). Esto confirma que los niños que han sido víctimas de maltrato presentan una disminución en actividades que requieren habilidades de tipo verbal.</p>
<p><b>Atención y concentración</b></p>	Aritmética	<p>Su ejecución en esta área se localizó en un nivel promedio, lo que implicaba que presentaba capacidad para el razonamiento numérico y no verbal, memoria a corto y largo plazo, aplicación de procesos aritméticos básicos así como formación de conceptos cuantitativos.</p> <p>Aunque su nivel disminuyó respecto a la primera evaluación, Rodrigo continuaba presentando habilidades para realizar comparaciones y discriminaciones preceptuales, memoria a corto y largo plazo así como capacidad de razonamiento no verbal. Su asistencia a la escuela reforzaba este tipo de habilidades.</p>
<p><b>Formación de conceptos y tipo de pensamiento</b></p>	Semejanzas	<p>Obtuvo un desempeño bajo, por lo que su pensamiento conceptual era deficiente al tener dificultades para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos o más objetos o conceptos, relacionado con la nula estimulación que recibió respecto al conocimiento de su medio.</p> <p>A pesar de la estimulación que recibía en la institución y a través de sus rutinas, Rodrigo continuaba presentando un pensamiento concreto, ya que la rigidez en sus procesos de pensamiento se encontraba en proceso de flexibilización, pues la ausencia de estimulación que vivió durante sus</p>

			primeros años de vida requería ser abordada de manera constante.
	Diseño con prismas	Su desempeño en esta área se situó en un nivel promedio, por lo que Rodrigo presentaba una adecuada capacidad de razonamiento no verbal, de análisis y síntesis, así como buenos métodos de ensayo y error.	Rodrigo continuaba con una buena ejecución en actividades que implicaban capacidad de razonamiento no verbal, de conceptualización, de análisis y síntesis, por lo que no tenía dificultades visoperceptuales.
	Casa de animales	Se situó en un nivel esperado para su edad. El menor mostró adecuada concentración y capacidad para aprender material nuevo de manera asociativa y para reproducirlo con velocidad y precisión.	Rodrigo continuaba con agilidad y precisión para reproducir material nuevo. La asimilación de sus rutinas y adquisición de información nueva le permitía tener buena motivación y deseo de logros.
<b>Test visomotores</b>	Figuras incompletas	Al situarse en un nivel promedio, Rodrigo era capaz de identificar objetos que le eran familiares, mostraba capacidad para diferenciar detalles esenciales de los que no lo eran, concentración, memoria y atención de tipo visual así como organización perceptual.	En esta segunda evaluación, el menor obtuvo un desempeño en la categoría promedio alto. Las actividades escolares le permitían desarrollar aún más las habilidades relacionadas con su percepción y organización visual. Su demora al impulso le permitía diferenciar detalles esenciales de los objetos y tener concentración en material percibido de forma visual.
<b>Test motores</b>	Laberintos	A pesar de que Rodrigo tenía adecuada capacidad de organización perceptual, mostraba fallas en el control visomotor por lo que se ubicó en un nivel de desempeño bajo. Esto se relaciona con la falta de estimulación, ya que cuando ingresó al centro el menor era incapaz de sostener un lápiz y realizar trazos definidos.	Obtuvo un desempeño que lo ubicó en la categoría promedio bajo, ya que la estimulación por parte de la escuela le permitió adquirir cierto control visomotor, de tal forma que ya era capaz de hacer trazos concretos con cierta velocidad aunque sin la planificación y exactitud esperada para un niño de su edad.
	Diseño geométrico	Su rendimiento lo colocó en un nivel bajo, debido	Fue evidente que la estimulación que recibió, a través

---

	<p>a que sus procesos de maduración y de sus actividades escolares, le permitió obtener una organización visomotora eran deficientes porque adecuada organización perceptomotora que ubicó su el pequeño no había sido escolarizado ni desempeño en una categoría promedio alta. Rodrigo estimulado en actividades que implicaran la podía realizar trazos coordinados a partir de un coordinación ojo-mano. modelo previo.</p>
--	---

---

**Apéndice 2. Calificación del Test Gestáltico Visomotor de Bender.**

<b>FIGURA A:</b>		<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>• Distorsión:</b>			
1	a. Fig. deformadas o achatadas; un eje de la fig. es el doble de la otra; adición u omisión de ángulos.	1	1
	b. La proporción entre las 2 figuras no corresponde, una es el doble de la otra.	0	0
<b>• Rotación:</b>			
2	El eje de la figura está rotado en más de 45°, donde la rotación de la tarjeta también se puntúa.	1	0
<b>• Integración:</b>			
3	Yuxtaposición de las 2 partes. Sobre posición excesiva o separación excesiva por más de 3mm.	1	1
<b>FIGURA 1:</b>		<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>• Distorsión:</b>			
4	5 o más puntos se han convertido en círculos. La conversión a rayas no se puntúa	1	1
<b>• Rotación:</b>			
5	La figura está rotada en más de 45°, se consideran también las curvas y la rotación del modelo	0	1
<b>• Perseveración:</b>			
6	Hay más de 15 puntos en la hilera.	0	1
<b>FIGURA 2:</b>		<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>• Rotación:</b>			
7	El eje de la figura está rotado en más de 45°, donde la rotación del modelo también se puntúa.	0	0
<b>• Integración:</b>			
8	Se omiten una o dos hileras, se usa el dibujo anterior como una hilera o cuando hay cuatro hileras en la mayoría de las columnas. No se puntúa si se omiten columnas, siempre que queden hasta 3.	1	0
<b>• Perseveración:</b>			
9	Cuando hay más de 14 columnas * No se puntúa si las columnas están verticales o si hace puntos en vez de círculos.	0	0
<b>FIGURA 3:</b>		<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>• Distorsión:</b>			
10	5 o más puntos se han convertido en círculos. La conversión a rayas no se puntúa.	1	1
<b>• Rotación:</b>			
11	El eje de la figura está rotado en más de 45°, donde la rotación del modelo también se puntúa.	0	0
<b>• Integración:</b>			
12	a.-La cabeza de la flecha resulta irreconocible, sin ángulo y/o asimétrica	1	0
	b. No se hacen puntos sino rayas. La línea puede sustituir a los puntos o estar agregada.	0	0
<b>FIGURA 4:</b>		<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
<b>• Rotación:</b>			
13	El eje de una o ambas figuras está rotado en más de 45°, donde la rotación del modelo también se puntúa.	1	1
<b>• Integración:</b>			
14	Separación o sobre posición de más de 3mm entre la curva y el ángulo adyacente.	0	1
<b>FIGURA 5:</b>		<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>

	<b>• Modificación de la forma:</b>		
15	5 o más puntos se han convertido en círculos. Puntos agrandados, rayas o círculos parcialmente rellenados no se puntúa.	1	0
	<b>• Rotación:</b>		
16	Rotación de la figura en más de 45°; extensión apunta al lado izq. o nace a la izq. del punto central del arco	1	0
	<b>• Integración:</b>		
17	a.-Desintegración del diseño; conglomeración de puntos.; línea recta o círculo de puntos. En lugar de arco; la extensión atraviesa el arco. Angulo o cuadrado no se puntúan	1	0
	b. Línea continua en lugar de puntos., en el arco, la extensión o ambos	0	1
	<b>FIGURA 6:</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
	<b>• Distorsión de la Forma:</b>		
18	a.- 3 o más curvas sustituidas por ángulos (en caso de duda, no computar)	0	1
	b.- Ninguna curva en una o ambas líneas; líneas rectas	1	0
	<b>• Integración:</b>		
19	Las dos líneas no se cruzan, o se cruzan en el extremo de una o ambas; dos líneas onduladas entrelazadas	1	1
	<b>• Perseveración:</b>		
20	6 o más curvas sinuosidades completas en cualquiera de las 2 direcciones	1	1
	<b>FIGURA 7:</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
	<b>• Distorsión de la Forma:</b>		
21	a.- Cuando hay desproporción en el tamaño de ambos hexágonos (2:1).	1	1
	b.- Cuando hay deformación de los hexágonos por adición u omisión de ángulos en uno o ambos	1	1
	<b>• Rotación:</b>		
22	Rotación de la fig. o parte de la misma en más de 45°; rotación del modelo aunque después se copie correctamente como se ve en la tarjeta rotada	1	1
	<b>• Integración:</b>		
23	Cuando los hexágonos no se superponen o lo hacen excesivamente (uno penetra completamente a través del otro).	0	1
	<b>FIGURA 8:</b>	<b>Pre test</b>	<b>Post test</b>
	<b>• Distorsión:</b>		
24	El rombo o el hexágono están deformados; con ángulos de más o menos	1	1
	<b>• Rotación:</b>		
25	La figura esta rotada en más de 45°; rotación del estímulo aunque después se lo copie correctamente. (Girar la hoja para aprovechar el papel no se computa, pero se registra en protocolo)	1	0

Fase	Errores	Total de errores
<b>Pre test</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsión de la forma: A, 1, 3, 5, 6, 7, 8.</li> <li>• Integración: A, 2, 3, 5, 6.</li> <li>• Rotación: A, 4, 5, 7, 8.</li> <li>• Desproporción: A, 7.</li> </ul>	19
<b>Post test</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsión de la forma: A, 1, 3, 6, 7, 8.</li> <li>• Integración: A, 4, 5, 6, 7.</li> <li>• Rotación: 1, 4, 7.</li> <li>• Desproporción: 7.</li> <li>• Perseveración: 1, 6.</li> </ul>	17

**Apéndice 3. Calificación del Dibujo de la Figura Humana (DFH).**

○ **Pre test**

<b>Ítems esperados y excepcionales del DFH (Koppitz).</b>					
<b>Ítems esperados</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Ítems excepcionales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Cabeza	1	0	Pies dos dimensiones	0	1
Ojos	1	0	Proporción	0	1
Nariz	1	0	Fosas Nasales	1	0
Boca	1	0	Perfil	0	1
Cuerpo	1	0	Codos	0	1
Piernas	1	0	2 Labios	0	1
Brazos	1	0	Rodillas	0	1
			Brazos unidos a hombros	0	1
			Ropa: 4 prendas de vestir	0	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

**Puntuación total:** 6 (nivel de maduración normal alto)

○ **Post test**

<b>Ítems esperados y excepcionales del DFH (Koppitz)</b>					
<b>Ítems esperados</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Ítems excepcionales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Cabeza	1	0	Pupilas	0	1
Ojos	1	0	Pies 2 dimensiones	0	1
Nariz	0	1	5 dedos	0	1
Boca	1	0	Brazos unidos a hombros	0	1
Cuerpo	1	0	Proporción	0	1
Piernas	1	0	Fosas nasales	0	1
Ropa: de 0 a 1 prenda de vestir	1	0	Perfil	0	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	Codos	0	1
			2 labios	0	1
			Rodillas	0	1
			Ropa: 2 a 4 prendas de vestir	0	1
			<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>11</b>

**Puntuación total:** 5 (nivel de maduración normal)

**Apéndice 4. Test de Apercepción Temática (CAT-A) Bellak**

LÁMINA		PRE TEST	POST TEST		
1	<p>La gallina y los gallitos se comen la sopa...había una vez un cuento que se llama la gallina...la gallinita, la gallinita (señala) y luego estuvo la sopa y luego fue en la caja... (Permanece en silencio observando la lámina)</p> <p>Psicóloga (P). ¿Cuál caja?</p> <p>Rodrigo (R). (Señala el plato grande) y luego con su...mmm...que creen que la mamá les dejó y los otros le comen en su mesa y luego les va a pedir sus letras de esas como las vocales...mmm...la gallinita va a comer su sopa... (Permanece unos segundos en silencio y se distrae mirando el techo por lo que se le cuestiona).</p> <p>P. ¿Y los gallitos comen?</p> <p>R. Sí de que todos comen y les gusta la sopa de letras...y luego los cochinitos, no los pajaritos se van a venir los pollitos agarran su juguete de niña (señala a los pollitos de la lámina) que los pollos sepan pedir y el oso maloso...este...mmm...este...</p> <p>P. ¿Qué hace el oso maloso?</p> <p>R. Ruge fuerte porque está enojado...</p> <p>P. ¿Con quién está enojado?</p> <p>R. Con todos los pollitos y a los pollitos les daba miedo el oso maloso...</p> <p>P. ¿Y qué hacían los pollitos?</p> <p>R. A los pollitos los defendían las gallinitas... (El niño se pone de pie y se asoma a la ventana).</p> <p>P. ¿Y qué pasó después?</p> <p>R. Ya nada...todos comieron...</p> <p>P. ¿Cómo termina la historia?</p> <p>R. No sé de que todos comían toda su sopa...</p>	<p>“Los tres pollitos pero comían y tiene sopa por eso tiene la gallina, por eso ya están trabajando y por eso ya van a comer y la gallina no dijo que ya vamos a subir las escaleras y vamos a lavar los dientes (interrumpe y se acerca a una de las repisas por un Scooby Doo y un perro blanco) y es que estos perros que ya se van a dormir (los acomoda sobre una silla y continua su relato) pero ahí viene un animal que se llama un mono el que está riendo pero los pollitos que vio a un animal un tigre que vio comer a un mono, cebra y elefante loco y por eso se van ahora las letras, ya van a escribir las figuras geométricas y por eso ya hay un santa cros de navidad que por eso hayan ratoncito chiquitito que se lo va a comer el gato...”</p> <p>Psicóloga (P): ¿Quiénes eran estos pollitos?</p> <p>Rodrigo (R): el chiquito ya acabó (señala pollito del lado izquierdo) también el otro ya terminó (señala el de en medio) y el otro no ha terminado de comer (el de la derecha) y le van a decir apúrate porque no ha terminado...</p> <p>P: ¿Quién le va a decir que se apure?</p> <p>R: Los otros dos pollitos...</p> <p>P: ¿Cuál te gustaría ser a tí?</p> <p>R: la gallina grande (señala)</p> <p>P: ¿Por qué? ¿Qué hacía esa gallina?</p> <p>R: porque está más gorda y tiene sus patas...y que hace todo porque está más gorda...porque tiene su cabeza larga y bonita y los pies están chiquititos...</p> <p>P. ¿Qué es la gallina de los pollitos?</p> <p>R: son pollitos y que le van a dar sopa de fideo...</p> <p>P: ¿Les gustaba la sopa de fideo a los pollitos?</p> <p>R: sí a todos pero menos al pollito que no se la ha terminado.</p> <p>P: ¿En qué terminaba la historia?</p> <p>R: para que ya no pisen la hoja y ya no lo rompan los cuentos de nadie...</p>			
	<b>Pre test</b>		<b>Post test</b>		
Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones
<p>Figura materna que tiene intenciones de nutrir pero no sabe cómo porque también tiene necesidades no cubiertas.</p> <p>Pollitos con miedo y necesidades de ser protegidos de la agresión de la figura paterna.</p> <p>Oso maloso- Figura paterna agresiva, que reprime.</p>	<p>Medio que provee alimento y cierta afectividad por parte de la figura materna aunque no sabe cómo debido a que ella también tiene necesidades orales.</p> <p>El ambiente también es agresivo por la percepción que tienen los gallitos del oso maloso y el miedo que genera en ellos.</p>	<p>Satisfacción oral, necesidad en la alimentación, de ser protegido, recibir atención, cariño y afecto por parte de la figura materna.</p> <p>Pulsión= agresión por parte del oso maloso.</p> <p>Represión, proyección.</p>	<p>La gallina no alimenta ni establece reglas. El pequeño se desorganiza ante la presencia de la figura materna.</p> <p>Dos pollitos han terminado su sopa a excepción de uno porque no le gusta.</p>	<p>Medio que provee pero no lo necesario para todos.</p> <p>Se identifica con la gallina porque está gorda (Se esta nutriendo en el centro).</p> <p>Ambivalencia hacia figura materna (es gorda y con cabeza bonita).</p>	<p>Satisfacción oral, necesidad de ser nutrido.</p> <p>Proyección.</p>



LÁMINA	PRE TEST	POST TEST
2	<p>Del lobo y los osos...Había una vez unos osos y el bebé estaban jalando...mmm...que van jalando el papá oso dice que el lobo se va jalando, que el lobo que el oso y el lobo le va jalando que le va jalando que le va jalando todo todo todo los osos y el osito se va a encontrar su peluche de Igor que le tapa sus orejas y los osos se van a traer su peluche de serpiente y uno de balón de béisbol.</p> <p>P. ¿Cuál te gusta más?</p> <p>R. El osito de que estaba jalando el bebé y el oso y colorín colorado este cuento ha acabado</p> <p>P. ¿Cómo terminó la historia?</p> <p>R. De que estaba llorando el oso (señala el oso que esta con el osito en la lámina) y el bebé oso se estaba riendo (el niño se pone de pie y se dispersa por el salón, negándose a proporcionar más información).</p>	<p>"También el otro papá oso le jaló a él por eso papá oso le estaba jalando fuerte. Luego papá oso estaba muy triste..."</p> <p>P: ¿Por qué estaba triste papá oso?</p> <p>R: porque el hijo del papá oso le quería jalar fuerte porque estaba enojado, enojado y enojado... (Señala al oso del lado izquierdo)</p> <p>P: ¿Qué pasó después?</p> <p>R: Le daba miedo al papá oso y le quería rugir fuerte al hijo pero la mamá osa ya se fue a su casa y está recibiendo comida y hay un pajarito que le quiere que le quiere quitar la cuerda a los osos y el oso hijo que se quería bañar con agua caliente por eso el hijo quiere ya morderlo a un ratón que lo iba a morder y que se va a bañar con agua caliente por eso iba a una caja y que le iban a pegar y que le sale sangre en un diente...</p> <p>P: ¿Quién le iba a pegar?</p> <p>R: el hijo le iba a pegar a la caja y le salió sangre y le daba más cuerda porque los amigos le jalaban la cuerda y caminaban por la línea azul y jugaban al recreo y que se iban a jalar la cuerda y colorín colorado este cuento se ha acabado...</p> <p>P: ¿Cuál de los personajes te gustaría ser a tí?</p> <p>R: Salir a jugar al recreo y el que le jale más fuerte...el hijo está más enojado que el papá...</p> <p>P: ¿Podrías señalar quién es cada uno de los osos que están en el dibujo?</p> <p>R: (señala de izquierda a derecha) hijo, papá y bebé y a mi me gusta el hijo y que se enoja...</p> <p>P: ¿Por qué se enojó el hijo?</p> <p>R: porque le iban a jalar fuerte y le iban a pegar a la caja</p> <p>P: ¿Y qué hacía el bebé?</p> <p>R: jalando fuerte iba a caminar por la línea punteada y se los iban a llevar al recreo...</p> <p>P: ¿En qué termina la historia?</p> <p>R: según que el oso que estaba en el agua se va a caer...el hijo</p> <p>P: ¿Qué le va a pasar cuando se caiga?</p> <p>R: cuando empieza a cambiar de lugar tiene que llevar y picarse los ojos...</p> <p>P: ¿Le duele?</p> <p>R: Sí...</p> <p>P: ¿Por qué se picaba los ojos?</p> <p>R: le duele pero se lo iban a llevar a la bruja...</p> <p>P: ¿Para qué?</p> <p>R: se iba a enojar y se iba a contestar y le iba a dar la manzana por eso el perrito Scooby Doo estaba por ahí...</p> <p>P. ¿Quién gana a jalar la cuerda?</p> <p>R: el papá oso y el bebé oso...y colorín colorado este cuento se ha acabado.</p>

Pre test			Post test		
Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones
Medio ambiente que no contiene, las figuras parentales están centradas en sus actividades, ya que el papá oso jala la cuerda y la mamá termina llorando.	Temor a la agresión y al castigo. Necesidad de escapar de su ambiente a través de la gratificación. Necesidades afectivas (peluche suave). Recursos del niño: Buscar en su medio lo que no le proporcionan las figuras parentales a través del peluche (afecto, cariño, cubrir sus orejas y no escuchar para aislarse).	Se identifica con el osito, el cual va por su peluche (necesidad de afecto) y tapa sus orejas para no escuchar (Violencia verbal). Figura materna deprimida porque termina llorando.  Proyección, negación, formación reactiva.	El papá oso quiere jalar la cuerda y se pone triste. El hijo la jala fuerte porque está enojado. Le daba miedo al papá oso y le quería rugir al hijo. La mamá sale de la escena, no interviene.	Se identifica con el hijo, sobre todo por el enojo ante el padre.  Impulsos agresivos, el hijo está más enojado que el papá.  Culpa por agresión hacia el padre, se iba a picar los ojos y la bruja se lo llevaba.	Proyección, identificación.

LÁMINA	PRE TEST	POST TEST
3	<p>El león...había una vez el cuento que se llama león, el león está sentado y va a pedir su casa de su pollo y tiene mucho pipí al león...</p> <p>P. ¿Por qué tiene mucha pipí? R. Al león porque no tiene su pene, no tiene su pompa porque sí tiene su colita...</p> <p>P. ¿Tiene su colita? R. De que es un niño y por eso tiene su colita (se distrae y mueve constantemente sobre la silla)</p> <p>P. ¿Qué hace el león? R. (El niño se distrae, sigue jugando con la silla) Que vamos a ir a su casa...</p> <p>P. ¿Quiénes iban a ir a su casa? R. Solo el león y colorín colorado se acabó...</p> <p>P. ¿Qué hace ese león? R. Que su cola...es un león...</p> <p>P. ¿Cómo se siente ese león? R. Triste, contento y enojado... mal y muy enojado...</p> <p>P. ¿Por qué se enojó? R. Enojado (acerca la lámina a su rostro y observa el león) que la ardilla se va a pedir al león que ya vamos a lavarnos las manos porque están sucias...</p> <p>P. ¿Se enoja porque no se lavan las manos? R. Sí pero de que si se las van a lavar para que no se enoje...si a la ardilla...no, es un perro</p>	<p>"El león se iba a sentar y viene un ratón pero el león estaba enojado (señala al león de la lámina) por eso el león estaba cocinando y por eso ahí viene un ratón (señala al ratón en la lámina) por eso vivía en la cueva el ratón y se iba a esconder del león y el ratón le iba a morder la cola al león y por eso el león estaba triste y estaba resoñando las letras pero ¿ya sabes dónde están las letras? (el niño se pone de pie y señala un letrero que hay en el espacio) estas eran las letras..."</p> <p>P: ¿Por qué le mordía el ratón la cola al león? R: porque el ratón estaba bien contento y el león también lo está mira (señala al león)</p> <p>P: ¿Cómo es que estaba resoñando las letras? R: de que las resueña y les dice las letras...</p> <p>P: ¿Cómo termina a historia? R: Bien pero el león se iba a enojar y colorín colorado este cuento se ha acabado...</p> <p>P: ¿Por qué se enojaba el león? R: porque al león le gusta el agua...</p> <p>P: ¿Cuál de los personajes te gustaría ser a ti? R: me gusta el león pero de que ganaba el ratón porque le iba a ganar al león.</p>

	y que el perro se va a esconder a su cueva... P. ¿Por qué el perro se esconde en su cueva? R. De que el león no le pegue porque no se lava las manos sucias... (Se pone de pie y evade cualquier tipo de preguntas).				
<b>Pre test</b>			<b>Post test</b>		
<b>Tema descriptivo</b>	<b>Tema interpretativo</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Tema descriptivo</b>	<b>Tema interpretativo</b>	<b>Observaciones</b>
Necesidad de protección, es por ello que se mete a su cueva. Pulsión agresiva por parte del león, el cual impone las normas de manera severa, se enoja y maltrata físicamente. Agresividad del padre. Severidad en la imposición de las reglas.	Visualiza a una ardilla y posteriormente dice que se trata de un perro en el caso del ratón (desorganización-shock ante situaciones de maltrato cuando no se cumplen las exigencias que el medio demanda). Pipí, pene, colita- shock ante la severidad del padre. La regla finalmente se cumple para evitar las consecuencias que pueden venir ante el enojo del león (maltrato físico).	El niño se desorganiza ante la agresividad y los malos tratos del padre. Sin embargo, es capaz de adaptarse y cumplir con las reglas para no ser lastimado físicamente.  Represión, proyección.	El león está enojado y el ratón se esconde en su cueva, sin embargo el ratón quiere morder al león. El león se pone triste y "resueña" (repite) las letras.	Integración parcial de la figura parental, ya que se siente feliz, enojado y triste, ya no es percibida únicamente como una figura agresiva. Recursos del niño: esconderse, protegerse del león cuando esté enojado, evitar malos tratos. Reconocer sentimiento hacia el padre que maltrató.	Proyección, identificación, represión.

<b>LÁMINA</b>	<b>PRE TEST</b>	<b>POST TEST</b>
<b>4</b>	Había una vez un cuento que se llama los canguros, el canguro se va brincando y se pone a hablar el Spiderman y se va a pedir su canasta y que el bebé canguro va a pedir... P. ¿Qué iba a pedir el bebé canguro? R. Que le van a pedir sus frutas para que se las coma el canguro bebé (se distrae porque se escucha que llega un auto al estacionamiento y enseguida pide ir al baño por lo que se suspende la aplicación de la prueba).	"El canguro fue brincando con la canasta y tiene su bicicleta y tiene su gorro por eso, tiene un gorro con santa cloc por eso aquí está santa cloc y dice Shrek la navidad de los animales y también fiona es el santa cloc..." P: ¿Qué estaban haciendo los canguros? R: brincando y andando en bicicleta y les gusta dormir al papá (señala canguro grande) al bebé (señala al canguro de la bolsa) y a la mamá (señala al canguro que está en la parte de atrás de la bicicleta) pero de que la mamá es la más chiquita...iban corriendo rápido hasta la casa y subiendo al puente y la mamá iba a caerse... P: ¿Se cae? R: Sí porque le salió sangre a la cola por eso ahí viene el sol y viene el arco iris le dio al arco iris con la mano de santa cloc y fiona, viven los animales de la selva yb también los canguros y los osos... P: ¿Les gustaba vivir a todos juntos? R: Sí...se dormían todos derechitos en la misma cama...es una por eso y también hay un sillón que se iba a sentar el papá, la mamá y el bebé se iba a dormir con los peluches de mate y de Buzz Light Year que se va a caer...

			<p>P: ¿Cómo termina la historia?  R: Bien, por eso el papá tiene a su esfera para el día de navidad y es el día de navidad del pastel de la fiesta y colorín colorado este cuento se ha acabado...  P: ¿Cuál de los personajes te gustaría ser a ti?  R: A mí me gustaría dar una fiesta con santa cloc, Shrek y fiona...degusta la navidad y que me comí un pastel y también me gustan los dulces y juguetes y por el día del niño...</p>		
Pre test			Post test		
Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones
Se identifica con el canguro bebé, el cual tiene recursos porque puede solicitar lo que necesita. Puede pedir lo que necesita pero no sabe si se lo proporcionarán.	No puede terminar la historia, no interviene la figura materna.  Necesidades orales.	No aparece el tema de la rivalidad con sus hermanos.  Regresión.	Los canguros brincan y corren, además de que les gusta dormir (actividades gratificantes). La mamá es la más chiquita, iba a caerse cuando van corriendo rápido hasta la casa.	Percepción de la figura materna vulnerable.  Deseos de ser gratificado.	No aparece el tema de la rivalidad con sus hermanos.

LÁMINA	PRE TEST	POST TEST
5	<p>Ese había una vez un cuento del oso, uno dice el oso que se estaba subiendo en la cama de papá oso... un día bebé oso jugaba con mamá oso y un día el bebé jugaba con papá oso y el bebé oso no estaban los papás osos porque estaban en la ventana y se perdieron ahí porque estaban jugando...</p> <p>P. ¿A qué estaban jugando?  R. Pues que estaban jugando el bebé y papá y la mamá...</p> <p>P. ¿Cómo jugaban?  R. Jugaban y les gustaba...</p> <p>P. ¿Cómo se sentía el osito?  R. Se portó muy mal el bebé oso y se sentía triste y enojado y mal...</p> <p>P. ¿Cómo se portó mal?  R. Que estaba allá afuera y estaba llorando...</p> <p>P. ¿Qué pasó después?  R. De que ya no jugaron y se acabó el cuento...</p> <p>P. ¿Cuál te gusta más de los ositos?  R. El bebé oso que se portó mal...</p>	<p>"Por eso estaban dormidos los bebés y por eso estaban llorando y por eso se dormían y lloraban y vivían un animal que se llama el tigre y los bebés están tristes y querían a la ventana y colorín colorado este cuento se ha acabado..."</p> <p>P: ¿Dónde estaba el tigre?  R: Afuera pero yo no lo veo al tigre porque estaba en la puerta pero los quería estar viendo a los osos bebés...</p> <p>P: ¿Para qué los veía?  R: Para que los estaba viendo...</p> <p>P: ¿Les gustaba a los osos bebés que los viera el tigre?  R: Sí les gustaba porque les quería dar miedo el tigre... cuando rugía muy fuerte les daba miedo...</p> <p>P: ¿Cuál te gustaría ser a ti?  R: Me gusta ser el tigre porque da miedo...</p> <p>P: ¿Cómo terminó la historia?  R: Allá después... (El niño evade y se distrae con los materiales del espacio).</p>

Pre test			Post test		
Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones
Se identifica con el bebé oso, el cual se sube a la cama de papá oso y juega un día con el papá oso y otro día con la mamá oso, después no están los papás osos, se pierden y juegan.	El niño introduce el juego como acción principal en todo su relato, lo que probablemente se relaciona con la participación en la escena primaria. Culpa ante la observación de la escena primaria. El niño ha interiorizado la rigidez que vive del exterior de tal forma que ahora él se auto castiga.	Proyección, represión.	Los bebés dormían y lloraban, querían la ventana, vivía un animal que se llamaba tigre y que estaba afuera vigilando a los bebés.  El tigre ruge y quiere dar miedo a los bebés.	Distorsión de los elementos de la lámina por la ansiedad que le generan.  El niño se identifica con el tigre.  Figura paterna hipervigilante.  Temor a la agresión.	Represión, proyección, identificación.

LÁMINA	PRE TEST	POST TEST
6	<p>Había una vez el papá oso y el bebé oso, el papá oso y el bebé oso querían comprar su comida... Un día el papá oso y el bebé oso se cayó y el papá oso y el perro que le mordió a los osos...</p> <p>P. ¿Por qué los mordió el perro? R. De que el perro mordió al bebé oso y porque los van a morder al papá oso y al bebé oso...</p> <p>P. ¿Qué pasó después? R. El oso le va a pedir a su mamá oso...mmm...</p> <p>P. ¿Qué le va a pedir a su mamá oso? R. Le va a pedir a su papá oso...</p> <p>P. ¿Qué le va a pedir el oso al papá oso? R. Está triste, enojado...mal...que estaba allá afuera y estaba llorando...estaban y se perdieron ahí y colorín colorado este cuento ha acabado...</p> <p>P. ¿Cómo termina la historia? R. De que no llegan y se pierden los osos...</p> <p>P. ¿Cuál te gustaría ser? R. El bebé osito. (El niño se pone de pie y se dispersa)</p>	<p>"Había una vez ricitos de oro que anda cayendo a papá oso porque está un bebé oso y ya estaban un tigre por eso ahí por eso tiene ahí un animal que está escondido y por eso tiene un animal que come brócoli. El cocodrilo se lo va a comer al bebé oso del brócoli para que estén todos juntos...y colorín colorado este cuento se ha acabado".</p> <p>P: ¿Cómo terminó la historia? R: Sí.</p> <p>P: ¿Cómo se sentía el osito? R: Enojado (Señala al osito en la lámina).</p> <p>P: ¿Por qué estaba enojado? R: Porque le quería dar miedo al tigre.</p> <p>P: ¿Qué hace cuando se enoja? R: Va a rugir.</p> <p>P: ¿A quién le va a rugir? R: Al oso con el tigre y el tigre con el oso.</p> <p>P: ¿Quiénes están en el dibujo? R: El papá oso y el bebé oso.</p> <p>P: ¿Qué hacían? R: Estaban muy enojados los dos con el tigre.</p> <p>P: ¿Por qué se escondía el tigre? R: Porque se está escondiendo en los árboles para rugirle a los osos.</p> <p>P: ¿Cuál te gustaría ser a tí? R: A mi me encantan los osos...me encantan para comer y me gustaría ser el bebé oso... (El niño se dispersa).</p>

Pre test			Post test		
Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones
Dificultades en la percepción de la figura materna, quiere pedirle algo sin embargo cambia el tema y dirige la atención hacia el padre. El niño se proyecta en los sentimientos que manifiesta el padre: esta triste, enojado y llorando por la ausencia de su madre.	Necesidad de la presencia y el afecto de parte de la figura materna. El niño se desorganiza cuando hace referencia a la figura materna.	Identificación, proyección.	Incluye elementos fantasiosos, se desorganiza e inclusive hay perseveración de la historia anterior. Están el bebé y el papá oso, el tigre se esconde porque quiere rugirles a los osos. El cocodrilo se quiere comer al bebé oso "para que estén todos juntos"	El osito se enoja porque quiere darle miedo al tigre. El papá e hijo oso tienen en común un enojo hacia el tigre. Impulsos agresivos, identificación con el agresor. El cocodrilo (malo) se quiere comer al bebé oso (bueno) – integración.	Regresión, identificación.

LÁMINA	PRE TEST		POST TEST		
7	Un día el tigre que le rugiera al mono y el mono se asustó al tigre el tigre se le pasó al tigre y al mono y porque el tigre le mordió al mono como ese (señala al mono en la lámina) y se perdió al tigre. P. ¿Por qué lo mordió? R. Que tiene sus dientes muy cortos y el mono está gritando está gritando. P. ¿Cómo se siente el mono? R. Triste, enojado y feliz. P. ¿Alguien podía ayudar al mono? R. No porque el tigre de que le mordió al mono. P. ¿Cómo termina la historia? R. De que el tigre mordió al mono y el mono y el mono y el mono... P. ¿Cuál te gustaría ser? R. Tigre porque le va a pedir al tigre como las manchas que tiene la vaca...		"El tigre anda comiendo al mono...el tigre y el mono se está colgando y por eso el tigre está enojado y que empezó a gritar el mono y el mono se está gritando fuerte y por eso se está trepando con los árboles... y el tigre anda rugiendo bien fuerte al tigre y el mono se le anda gritando fuerte y colorín colorado este cuento se ha acabado". P: ¿Cómo termina la historia? R: Gritando el mono. P: ¿Qué grita el mono? R: El mono anda gritando fuerte y se estaba colgando a los árboles. P: ¿A quién le gritaba el mono? R: El mono al tigre y el tigre anda rugiendo al mono. P: ¿Cuál te gustaría ser a tí? R: A mi me gustaría ser el tigre...pero ¿Sabes dónde está el mono?...ahí está (Señala un mono que está sobre una de las repisas de juguetes). P: ¿Solo rugía el tigre o hacía algo más? R: Le encanta hacer y que le gusta comer...el mono come bananas y el tigre come brócoli... (El niño se pone de pie y explora los materiales del espacio).		
Pre test			Post test		
Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones
Percepción del medio	El niño se desorganiza ante	Proyección, negación.	El tigre está comiendo	Se identifica con el tigre.	Proyección.

agresivo, padre dominante y violento, el niño no puede ser rescatado debido a que la figura materna también era maltratada como él.	el tema de la agresión, de ahí que repita constantemente las palabras No percibir recursos que le permitan escapar de las agresiones del tigre ni contar con apoyo por parte de elementos externos.		al mono. El mono grita y el tigre ruge porque está enojado (violencia verbal).  Percepción de agresividad en el medio.	El niño repara, aunque al inicio el tigre come al mono, al finalizar la historia el mono come bananas y el tigre brócoli.	
---	--	--	--	---	--

LÁMINA	PRE TEST			POST TEST		
8	<p>Y luego los monos van a pedir las nueces que le va a pedir que se siente a los monos y el bebé mono que le va a pedir al mono grande y que le va a morder el tigre y que le va a dar sus tazas y el mono se sentaba y cuando los monos se van a tomar una taza de café...le va a dar café y se va a encontrar a su mamá el bebé...</p> <p>P. ¿Qué pasó después? R. El bebé mono con el papá mono se estaba sentando en su pierna y le abría la puerta a la mamá oso digo a mamá mono y el papá mono se paró al papá mono...</p> <p>P. ¿Cuál te gustaría ser? R. Hay un bebé mono un bebé mono el bebé y el papá mono y la mamá mono...</p> <p>P. ¿Cómo terminó la historia? R. A la mamá mono le va a pedir a su mamá que toque la puerta que se toca así (pega en la mesa con su mano simulando tocar la puerta) y colorín colorado este cuento se ha acabado.</p>			<p>"El mono anda escuchando que le encanta que le digan que por eso está cerrando los ojos y por eso está viendo...el mono que le encanta la sorpresa...luego el mono anda jugando y que le encanta jugar a ese mono..."</p> <p>P: ¿Qué le gusta jugar? R: El carrito de este (Muestra un carro de una de las repisas de juguetes). P: ¿Qué más hace el mono? R: Le gusta jugar con un helicóptero... P: ¿Qué más sucede en la historia? R: Le encanta jugar al mono...le encanta jugar al mono y colorín colorado este cuento se ha acabado... P: ¿Quiénes eran los demás monos? R: El bebé, la mamá, el hijo y el señor... P: ¿Cuál te gustaría ser a tí? R: A mi me encanta el bebé. P: ¿Qué hacía la mamá con el hijo? R: Anda hablando y por eso le encanta jugar al bebé...habla de que le gusta comer a la mamá... P: ¿Qué hace el señor con el bebé? R: De que no era el papá porque era el señor anda diciendo que hay un tren y unos peces y un perrito... (Randi se pone de pie y nuevamente explora los materiales en el espacio).</p>		
<b>Pre test</b>			<b>Post test</b>			
<b>Tema descriptivo</b>	<b>Tema interpretativo</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Tema descriptivo</b>	<b>Tema interpretativo</b>	<b>Observaciones</b>	
Miedo ambiente agresivo y con necesidades orales no satisfechas. Padre- autoritario e inhibitorio y al mismo tiempo protege. Madre- con ciertas	Miedo a los impulsos agresivos del padre, sin embargo es a él a quien le solicita protección (ambivalencia en la percepción de esta figura).	Proyección, represión. El menor tiene recursos al ser capaz de visualizar las funciones de sus padres de manera separada: padre que a pesar de que es	El mono continúa escuchando a pesar de que le piden que cierre los ojos.  A la mamá le gusta	Rodrigo percibía completamente todo lo que ocurría en su entorno disfuncional. El niño se desorganiza. Se identifica con el bebé que	Regresión, aislamiento, negación.	

tendencias a brindar afecto pero al margen de la dinámica familiar. Bebé- pasivo, capaz de pedir lo que necesita.	La madre toca la puerta, como si estuviera fuera y tuviera que pedir autorización al padre para ser incorporada al sistema familiar.	agresivo puede proteger, y la madre que es encontrada a partir de la oralidad (afecto).	comer y el mono no es el papá.	juega todo el tiempo. No hay roles diferenciados en el sistema familiar. El pequeño evade la realidad a través del juego.	
--	--	---	--------------------------------	---	--

LÁMINA	PRE TEST			POST TEST		
9	<p>Y luego el conejito que le va a pedir el conejito a su mamá y le pedía a su mamá ya viene por sus caramelos y su requiero...</p> <p>P. ¿Qué es eso? R. (El niño se distrae y se mueve constantemente en su silla) Soy santa clos a su mamá le va a pedir el bebé conejo.</p> <p>P. ¿Dónde estaba su mamá? R. En su casa...en otra casa y estaban mal...muy tristes está muy enojada y mal y feliz...</p> <p>P. ¿Con quién vivía el conejito? R. Con su papá conejo y el bebé conejo...</p> <p>P. ¿Cómo termina la historia? R. De que el papá conejo había estado allá atrás (señala la lámpara de la lámina) del que te cuenta la historia el papá conejo y su cuento de colorín colorado y le va a pedir a su cuento a su mamá.</p> <p>P. ¿Cuál te gustaría ser? R. De que el bebé conejo y el papá conejo...</p>			<p>"El conejo le gusta que le da miedo a la puerta por eso abrió la puerta y le encanta jugar al cuento y cerrar la puerta por eso el teléfono anda sonando y por eso sonó la alarma 10 minutos para despertarse y colorín colorado este cuento se ha acabado".</p> <p>P: ¿Cómo termina la historia? R: Anda abriendo la puerta y le encanta que le cuenten un cuento y abre la puerta...eso le gusta al conejo...</p> <p>P: ¿Quién le contaba el cuento al conejo? R: El leopardo le contaba el cuento pero el leopardo es un animal salvaje...</p> <p>P: ¿Lastimaba al conejo? R: Sí porque le va morder fuerte sus orejas al conejo...</p> <p>P: ¿Qué hace el conejo? R: Le da miedo y le encantaba jugar al carrito...le da miedo al conejo el leopardo pero le gusta que le cuenten cuentos...</p> <p>P: ¿Cuál te gustaría ser a ti? R: Me gusta contar el cuento del conejo pero que yo quiero ser el conejo...</p>		
<b>Pre test</b>			<b>Post test</b>			
<b>Tema descriptivo</b>	<b>Tema interpretativo</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Tema descriptivo</b>	<b>Tema interpretativo</b>	<b>Observaciones</b>	
Introduce al "Santa clos" como elemento fantasioso al cual el conejito solicita que le lleve a su madre. Introduce a las figuras paternas Introduce los caramelos (Como elemento oral (afecto) y gratificación-relacionado con la figura materna).	Madre ausente, va por sus caramelos (afecto, gratificación), está en otra casa, se desorganiza al decir que está triste, enojada y feliz. Padre, que cuando Rodrigo dice que "siempre estuvo atrás" es como si permaneciera vigilante, menciona además "del que te cuenta la historia" como	Proyección, negación.	En la historia hay un conejo y un leopardo que cuenta un cuento. Al conejo le gusta a pesar de que tiene miedo de la agresividad del leopardo.	Ambivalencia hacia la figura paterna.  Temor a la agresividad.	Proyección.	



	si el padre es quien le justifica la ausencia de su madre.				
--	--	--	--	--	--

LÁMINA	PRE TEST			POST TEST		
10	<p>De perros que van al baño había una vez el mamá oso que le va a pedir a su hijo que le va a bajar a la palanca y le va a pedir al Shrek y al burro y a fiona y a Male que los perritos no se sientan en el baño porque no se sienta porque se va a caer y los perros no se sientan porque se van a caer en la taza del baño...</p> <p>P. ¿Qué pasó después? R. Y le sale sangre de la lengua y le va a pedir a su perrito...</p> <p>P. ¿Y qué le va a pedir? R. A los perritos...los perros a cuidar los dos...</p> <p>P. ¿Y cómo los van a cuidar? R. De que el bebé no se caiga y el papá perrito lo va a cuidar y no le sale sangre de la lengua...</p> <p>P. ¿Cuál te gustaría ser? R. Bebé perrito por el que no se va a caer y que no se va a caer y colorín colorado este cuento se ha acabado...</p>			<p>"El perrito le gusta que le bañen, que le vistan y que se hace de la pipí y le anda mucho de l apopó y de la pipí y por eso le bajó a la palanca y va al baño con su mamá y colorín colorado este cuento se ha acabado".</p> <p>P: ¿Cómo termina la historia? R: Cuando se va a hacer de la pipí el perrito y hace de la popó y le van a dar al perrito el bebé un papel grande...</p> <p>P: ¿Cuál te gustaría ser a ti? R: A mi me gusta el perrito grande...</p> <p>P: ¿Te gusta la mamá? R: Sí porque se estaba quitando su ropa, los calcetines, los calzones y los pantalones de la mamá...</p> <p>P: ¿Para qué? R: Para bañarse con el bebé... (Randi se pone de pie y evade las preguntas que se le realizan ya que pide ir al baño).</p>		
<b>Pre test</b>			<b>Post test</b>			
Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	Tema descriptivo	Tema interpretativo	Observaciones	
Padre/ Madre- que pone reglas y señala a los otros el cuidado de los "perritos". Perritos pasivos, que requieren ser protegidos por los otros.	Necesidad de ser cuidado y protegido a través de los límites y reglas de manera amable, sin violencia. Los perritos se muestran pasivos ante las reglas establecidas porque las viven como una forma de ser protegidos.	Proyección, negación.	El perrito manifiesta agrado por la estructura que se le brinda a través de sus actividades rutinarias (bañarle, vestirle, llevarlo al baño, etc.). Le gusta el perro grande (mamá). La mamá se bañará con el hijo.	Estructuración a través de las reglas y rutinas en la institución.  Necesidad de acercamiento con figura materna, con quien se bañará el perrito.  Desaparecen malos tratos.		

**Apéndice 5. Evaluación del juego (Ampudia, Santaella y Eguía, 2009)**

<b>Acción por evaluar</b>	<b>Aspectos observados en la fase de Pre test</b>	<b>Aspectos observados en la fase de Post test</b>
Entrada al cuarto de juego	El niño ingresaba al espacio y se acercaba de inmediato a todos los juguetes sin tener una organización, se dispersaba continuamente.	Rodrigo ingresaba de forma tranquila al espacio terapéutico y comenzaba a organizar las actividades que llevaría a cabo en su sesión a través de la verbalización de los materiales que utilizaría.
Inicio de las actividades de juego	Movimientos rápidos y continuos, no iniciaba propiamente una actividad porque únicamente exploraba el espacio.	El menor era capaz de dirigir su propio juego, requería de ayuda en ciertas ocasiones pero la mayor parte del tiempo se mostraba seguro en lo que decidía realizar.
Energía gastada en el juego	El niño adquiría un ritmo rápido en la exploración y descripción de los materiales, toda la sesión se mostraba activo.	El pequeño podía comenzar actividades que implicaban movimiento o de igual forma aquellas que requerían de estar sentado y con periodos de atención y concentración prolongados. Esto dependía de su estado de ánimo y las actividades que elegía al iniciar.
Acciones manipulativas en el juego	El niño se percibía “libre” y parecía no saber por dónde comenzar a explorar, había momentos de tensión al inicio pero conforme transcurría la sesión se relajaba.	Rodrigo mostraba movimientos más uniformes respecto a la actividad que realizaba recién ingresó al centro, de tal forma que se percibía tranquilo la mayor parte del tiempo. Únicamente se observaron algunas tensiones dependiendo de las temáticas que abordaba en el juego.
Ritmo del juego	Las actividades eran repetitivas, observaba y describía los materiales, los tocaba y regresaba a su lugar. Únicamente interactuaba con un robot y algunos animales durante periodos cortos.	Sus actividades regularmente tenían inicio, desarrollo y final. No cambiaba a otra actividad hasta que concluía la que realizaba.
Movimientos corporales en el juego	Sus movimientos no eran uniformes, presentaba dificultades al desplazarse y coordinar a nivel grueso y fino.	Mostraba mayor coordinación gruesa y fina, lo que lo llevó a realizar actividades variadas de manera relajada y con movimientos libres.
Verbalizaciones	Hablaba todo el tiempo para él mismo, describiendo lo que hacía y los materiales que reconocía, parecía que eso le brindaba seguridad dentro del espacio.	El pequeño se estructuraba a través de la verbalización de las actividades que realizaría al inicio de la sesión, además, en el transcurso de sus actividades adoptaba el “como sí” y los propósitos de lo que decía iban relacionados directamente con el contenido del juego.

Tono de juego	Era cuidadoso al tocar los materiales y devolverlos a su lugar, se mostraba satisfecho cuando seguía instrucciones del robot con el que interactuaba y clasificaba los animales u objetos.	En el juego se mostraba satisfecho con lo que llevaba a cabo y podía disfrutar de sus actividades, sobre todo cuando tenía ciertos logros (construir cosas, organizar espacios de juego, etc.). Por otro lado, mostraba matices emocionales en el transcurso de su actividad.
Integración del juego	Actividad fragmentada, fortuita, atención fugaz la mayor parte del tiempo. Actividad de pre juego.	Su juego era organizado, con atención sostenida la mayor parte del tiempo. En las últimas sesiones era capaz de realizar un juego cooperativo.
Creatividad en el juego	Actividad estereotipada y rígida.	Su actividad presentaba elementos imaginativos e improvisaciones.
Productos del juego	Se preocupaba por la limpieza y el orden. Quedaba satisfecho al dejar el material clasificado.	Prefería jugar con animales miniaturas, súper héroes, juegos de mesa (básicamente memorama) y en las últimas sesiones incluyó material de arte, con el que elaboró dibujos integrándolos a una actividad dentro del juego (por ejemplo, la escolita).
Características del juego apropiado para la edad	Juego funcional, estereotipado y regresivo, reiterante en actividad.	El pequeño seguía sus ideas de forma independiente, su juego era cada vez más variado e inclusive de roles y cooperativo.