



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**ANÁLISIS DEL ESTADO EMOCIONAL
DE NIÑOS MALTRATADOS MEDIANTE
DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE**

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

**PRESENTA
CATALINA ISARRARÁS HERNÁNDEZ**

**TUTORES PRINCIPALES
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

**MTRA. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

**MIEMBROS DEL COMITÉ
DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI
F.E.S. ZARAGOZA**

**DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

**DRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016



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.

Tabla de contenido

Resumen.....	5
Introducción.....	7
1. Salud mental y maltrato.....	9
1.1 Salud en México.....	9
1.2 Maltrato infantil.....	11
1.2.1 Concepto de maltrato infantil.....	11
1.2.2 Tipos de maltrato.....	12
1.2.3 Explicaciones etiológicas	13
1.2.4 Incidencia.....	17
1.2.5 Consecuencias del maltrato.....	19
2. Psicoterapia infantil.....	23
2.1 Psicoterapia infantil.....	23
2.2 Modelos psicoterapéuticos.....	24
2.3 Modelo integrativo.....	32
2.4 Psicoterapia infantil con grupos.....	36
3. Metodología.....	42
3.1 Justificación.....	42
3.2 Objetivos.....	44
3.3 Hipótesis conceptual.....	45
3.4 Variables	45
3.4.1 Definición de variables.....	45
3.5 Tipo de estudio.....	49
3.6 Diseño de investigación.....	50
3.7 Participantes.....	51
3.8 Escenario y materiales.....	52
3.9 Procedimiento.....	53
3.10 Análisis de datos.....	58

4.	Análisis de resultados.....	60
4.1	Análisis de resultados cuantitativos.....	61
4.1.1	Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas.....	61
4.1.2	Estadística descriptiva del inventario de depresión CDI.....	67
4.1.3	Estadística descriptiva del CMAS-R	70
4.2	Análisis de resultados cualitativos.....	75
4.2.1	Análisis del grupo A: Directivo o gestalt..	76
4.2.2	Análisis del grupo B: No directivo o psicodinámico.....	81
4.2.3	Análisis del grupo C: Integrativo.....	87
5.	Discusión y conclusiones.....	92
6.	Referencias.....	105
7.	Anexos.....	112

Agradecimientos

A mis profesoras de la residencia, agradeciendo el cariño que ponen en la labor de formar psicoterapeutas. A cada uno de mis 11 compañeros de generación; seres humanos que pusieron en este camino compañía, saber, cariño, diversión y experiencias de todos los sabores que complementaron la formación.

Agradezco a Fayne Esquivel, maestra y amiga, por el apoyo y la guía, por enseñarme que antes que la teoría y la técnica esta la sensibilidad humana con la que hay que acercarse a cada niño.

A Antonio, por saber acompañarme paciente incluso en los momentos más cansados y desesperantes que tuvo este trabajo.

Dedicatoria

A mi madre y a mi padre, porque cada uno a su manera han sabido ser apoyo de vida y ejemplo de vocación para mí.

A mis hermanos Luisa y Jesús por la infancia compartida, que sigue siendo, cuando estamos cerca.

Resumen

Reporte de experiencia profesional que expone parte del trabajo realizado como estudiante de la residencia en psicoterapia infantil en el Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (CET). En esta institución los niños son albergados cuando se descubre que han sido víctimas de algún tipo de maltrato.

El objetivo general del trabajo es el análisis del estado emocional de los niños antes durante y después de la intervención grupal con bases psicoterapéuticas, además de obtener evidencia de la aplicación de técnicas terapéuticas derivadas de distintos modelos en una población de niños víctimas de maltrato e institucionalizados.

Se utilizó la aplicación de test estandarizados de ansiedad (CMAS-R) y depresión (CDI), así como un análisis de la transcripción literal de las sesiones donde se ubican indicadores relacionados a ansiedad, depresión y otras manifestaciones emocionales durante el curso de las sesiones, y a partir de la misma dinámica grupal. Durante el curso del grupo y la entrada de nuevas generaciones el modelo teórico va cambiando para adaptarse a las características de los niños institucionalizados, pasando de técnicas gestálticas, a un encuadre psicodinámico y finalmente un diseño final que incluye actividades estructuradas y libres con base en modelos integrativos.

Se concluye que:

- El estado emocional de los niños al ingreso refiere la presencia de indicadores de ansiedad y depresión
- Durante el curso de los tres diseños grupales se muestra una disminución de los indicadores de ansiedad y depresión.
- El diseño basado en un modelo integrativo permite tiempos de expresión estructurada y tiempos de juego libre que promueven la simbolización de la agresividad en un tiempo más corto, permitiendo la expresión emocional y disminuyendo los indicadores de ansiedad y

depresión. Resultando más adecuado que el diseño gestáltico y el psicodinámico para este tipo de población.

Palabras clave: Maltrato infantil, psicoterapia infantil con grupos, psicoterapia integrativa.

Introducción

El presente es un reporte de experiencia profesional que expone parte del trabajo realizado como estudiante de la maestría en psicoterapia infantil en el Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (CET). En esta institución los niños son albergados cuando se descubre que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, durante su estancia se busca definir la situación jurídica de los menores y ubicar nuevos cuidadores para ellos entre sus familiares alternos o casas hogar dependiendo del caso. Se eligió un trabajo realizado durante el tercer y cuarto semestre de la maestría en el que se desarrolla un dispositivo de trabajo grupal con el objetivo de evaluar el estado emocional de los menores al ingreso al CET, así como acompañarlos en su adaptación a la vida dentro de esta institución.

En la primera parte del reporte se busca describir el panorama de la salud mental en México, así como abordar el concepto de maltrato infantil, por medio de las teorías etiológicas al respecto, sus consecuencias y su incidencia en nuestro país. Para complementar el marco teórico, el segundo capítulo muestra ciertas nociones de la psicoterapia infantil y los modelos representativos para este estudio, así como un esbozo de psicoterapia grupal con juego, pilares del trabajo desarrollado durante la residencia en psicoterapia infantil.

El tercer capítulo retoma el proyecto y las especificaciones teóricas, metodológicas y de análisis que se desarrollaron para este estudio de caso de un grupo psicoterapéutico. También se describen los objetivos y el planteamiento del problema para después especificar la metodología empleada en la resolución de la pregunta de investigación. El capítulo cierra con la descripción del procedimiento de la investigación puntualizando cada etapa del proceso así como el desarrollo durante la intervención grupal de las distintas generaciones que pasan por este grupo abierto, de esta forma se describen los fenómenos observados al interior del grupo a través del egreso e ingreso de nuevos miembros y cómo se iban

manifestando estos cambios en la dinámica grupal, se justifican las modificaciones técnicas que fueron teniendo lugar y se describen las manifestaciones emocionales que se detectaron.

En el cuarto capítulo se desarrollan análisis cuantitativos basados en los resultados del pretest y posttest aplicados para definir los niveles de depresión y ansiedad observados en los niños al ingresar al CET y al terminar las doce sesiones de intervención grupal, por otro lado se realizan análisis cualitativos por medio de la revisión detallada de las sesiones que se transcribieron por una observadora neutral, durante las sesiones se van ubicando manifestaciones que hagan referencia a indicadores relativos a ansiedad o depresión, así como elementos de la dinámica grupal y las manifestaciones emocionales deprendidas de las técnicas terapéuticas utilizadas.

Finalmente se lleva a cabo una discusión basada en las referencias del marco teórico tanto en materia de maltrato como de dinámicas grupales en la literatura de psicoterapia infantil, se determinan distintos avances para cada uno de los tres dispositivos grupales empleados y se proponen sugerencias para trabajos próximos, el capítulo termina con una conclusión que integra lo más relevante de los resultados, los hallazgos, la utilidad y limitaciones de la investigación.

Capítulo 1. Salud mental y maltrato

1.1 Salud en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) establece la siguiente definición de salud: “El completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición, por lo tanto, incluye la participación de diversas disciplinas para lograr la salud. En México se agregó en 1982, a partir de la constitución mexicana que “gozar el nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política ni condición económica o social” (Reynoso y Seligson, 2002). Por otro lado, Dethlefsen y Dahlke (2009) definen enfermedad como la pérdida de una armonía o el trastorno de un orden anteriormente equilibrado.

La salud mental en México, por su contexto socioeconómico, es un aspecto en el que la demanda de servicios públicos excede los recursos disponibles, siendo un desafío extender la cobertura, mejorar la calidad de los servicios vigentes y proveer alternativas de tratamiento para los pacientes (De la Fuente, 1997).

Para De la Fuente (1997) las condiciones del ambiente social tienen un papel primordial en el desarrollo de la salud mental, en el caso de la pobreza puede intervenir ocasionando la aparición de síntomas o aumentando la vulnerabilidad del individuo.

En el contexto social, se pueden considerar factores que generan frustración y tensiones importantes que al ser combinados con elementos patógenos biológicos y psicológicos, tienen parte en la iniciación, evolución, curso y desenlace de malestares y trastornos psicológicos y psiquiátricos. De esta forma en el análisis no se encuentran datos que sustenten que una sociedad puede ser la causante de enfermedades mentales, sin embargo, bajo esta misma premisa, la sociedad tampoco puede ser generadora *per se* de salud mental (De la Fuente, 1997). De esta forma el estilo de vida se ubica como un pilar para el desarrollo de

la salud física y mental, siendo éste un factor principal en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Según Reynoso y Seligson (2002) la psicología de la salud es la rama de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso de salud enfermedad y de la atención de la salud. Por lo tanto, la psicología de la salud tiende a integrar distintos enfoques y tecnologías relacionadas a la terapéutica de la salud mental en personas enfermas, así como a la prevención del desarrollo de trastornos mentales.

En nuestro país, la explotación demográfica y los cambios en las estructuras del estado, han provocado la degradación de las instituciones públicas, lo que se ha visto reflejado en la calidad de la educación y de los servicios de salud, desde esta perspectiva el efecto nocivo sobre la salud de los mexicanos requiere una intervención multidisciplinaria. (Almada, 1991)

Los sistemas de salud en México están más enfocados hacia la solución de los problemas de salubridad que hacia la prevención de los mismos, por lo que es importante, en adelante, considerar enfoques que abarquen ambos aspectos. En la actualidad se da mayor importancia a la atención médica y psicológica de los niños, además se ha ahondado en el estudio de los factores genéticos, somáticos y psicosociales de los trastornos y desviaciones mentales de los niños.

La salud mental de los niños incluye el adecuado desarrollo de los sistemas motor, cognoscitivo, sensorial, lenguaje, social, afectivo y de integración. Para los niños las relaciones afectivas más significativas son los padres, de esta forma al verse rodeados de un contexto seguro, se permiten la exploración activa del ambiente para luego lograr la separación-individuación, para poco a poco irse integrando sanamente en la sociedad (De la Fuente, 1997). De esta manera cuando los contextos familiares y sociales no aportan los elementos necesarios para la satisfacción de las necesidades de los niños, pueden presentarse problemas de salud y más específicamente de salud mental, mismos que deben abordarse por medio de acciones médicas a favor de la salud mental de los niños,

para De la Fuente (1997), estas acciones comprenden tres metas: 1) Prevenir la presentación de casos de patología; 2) Identificación y manejo oportuno de los problemas psicológicos para impedir su avance; 3) Apoyo en la compensación de deficiencias para quienes sufren defecto o daño irreparable en sus funciones mentales.

El maltrato infantil es una de las principales causas de problemas psicológicos en niños y por el predominio de éste, el maltrato es un problema de salud pública y un impedimento para la promoción de la salud, creación de riqueza, derechos infantiles, conservación de la familia, igualdad de géneros y prosperidad. (Wekerle, Miller, Wolfe y Spindel, 2007).

1.2 Maltrato infantil

1.2.1 Concepto de maltrato infantil.

El maltrato infantil se define según la OMS (2014) como los abusos y la desatención de la que son objeto las personas menores de 18 años de edad, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo, dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja, también se incluye entre las formas de maltrato infantil.

A partir de los distintos modelos explicativos se reconsidera la conceptualización del maltrato, con base en la etiología ecosistémica se considerará para este trabajo el siguiente concepto de maltrato infantil: “toda acción u omisión cometidos por individuos, instituciones o por la sociedad en general, y toda situación provocada por éstos que prive a los niños de cuidados, de sus derechos y libertades, impidiendo su pleno desarrollo” (Barudy, 1998. Pag. 35). Desde esta perspectiva el maltrato infantil es un fenómeno que involucra a toda la comunidad y el hecho de que se presente habla de un fracaso social, ya

que el brindar circunstancias adecuadas para la crianza requiere de un proceso humano a partir de los esfuerzos de la comunidad.

Por su parte en México se empezaron a realizar estudios formales sobre este tema hasta la década de los setentas, más adelante se propone una concepción con bases médicas definida por Eduardo Primero Rivas (citado por Loredó, 1994) en el XXIII congreso internacional de pediatría, México D.F. 1992 : El maltrato infantil es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.

1.2.2 Tipos de maltrato.

Para Wekerle, et al. (2007), se reconocen 4 tipos de maltrato como actos importantes de comisión u omisión de conductas por parte de los tutores; estas conductas se distinguen como ataques cuando no son realizadas con participación de los tutores. El maltrato se categoriza como: 1) abandono, 2) abuso emocional 3) maltrato físico y 4) abuso sexual.

Por otro lado, sea cual sea la clasificación utilizada, es importante mencionar que un tipo de maltrato nunca se produce sólo (Barudy, 1998), y así como se buscan modelos explicativos que integren la mayor cantidad de posibles variables etiológicas, también es importante ubicar todas las formas de maltrato que se interrelacionan en un caso de esta naturaleza, así como la posible prevalencia y reproducción de un tipo de maltrato diferente al que se fue víctima.

1.2.3 Explicaciones etiológicas.

Como en todo tipo de conocimiento, en el maltrato infantil los avances han ido del saber común al conocimiento científico, sin embargo, su estudio es tan joven que en los programas que se utilizan para intervenir en estos casos no disponen de una infraestructura teórica y un conocimiento etiológico suficiente para garantizar su eficacia. Desde esta perspectiva todos los programas que se utilicen deben estar abiertos a modificaciones y correcciones a partir de la retroalimentación dada entre investigaciones clínicas y etiológicas (Ochotorena y Arruabarrena, 2001).

A continuación, se realiza una breve revisión sobre los distintos modelos explicativos de la etiología del maltrato infantil:

Los primeros modelos explicativos se desarrollaron entre los años sesentas y setentas del siglo pasado, una de las características de estos primeros acercamientos es que consideraban al maltratador como un sujeto que sufría de trastornos psiquiátricos causantes de las conductas presentadas, que además eran consideradas como altamente anormales o aberrantes. A pesar de la aceptación de estas teorías durante dicha época, ningún estudio pudo comprobar trastornos psiquiátricos en más del 10% de los sujetos identificados como maltratadores (Ochotorena y Arruabarrena, 2001).

Durante los años setentas aparecieron duras críticas a los modelos psiquiátricos que por otro lado daban peso a la perspectiva sociológica en la que las condiciones socioeconómicas, los valores sociales, el sistema y la organización social tendrían un gran peso en el desarrollo de relaciones parentales violentas debido al estrés que estas condiciones provocan en las personas. La evidencia de miles de casos de maltrato ubicados en los estratos más vulnerables de la población avalaba esta teoría. Al tratar de comprobar esta teoría se ubicó que sólo se podía comprobar una mayor incidencia de abandono físico explicable por la carencia de recursos sociales y económicos, por otro lado se ubicaban muchos casos en estratos sociales privilegiados. Por lo anterior

comienzan a surgir modelos de tipo psicosocial y socio-interaccional que buscan la integración de los aspectos psiquiátricos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. (Wolfe, 1985, citado en: Ochotorena y Arruabarrena, 2001).

Iniciando la década de los ochentas, Belsky (1988, citado por Ochotorena y Arruabarrena, 2001) divide el maltrato en tres niveles y dentro de cada uno se consideran diversos aspectos etiológicos interactuantes:

1. Nivel macrosistémico: incluye las variables socioeconómicas, socioestructurales y psicosociales.

2. Nivel exosistémico: Relaciona los factores que afectan de manera directa al individuo y su grupo primario, básicamente se trata de variables de las relaciones sociales y laborales. De esta forma se da paso a las situaciones de reducción de la tolerancia al estrés que dificultan las posibilidades de afrontar competentemente la interacción con los hijos.

3. Nivel microsistémico: En éste se incluyen todas las variables que afectan a las relaciones del núcleo familiar, considerando también la composición y características de este sistema, se incluyen las características psicológicas y comportamentales de cada uno de los padres y los hijos, así como la interacción entre todos los miembros. Además se considera la historia de crianza de los padres.

Para la explicación ecosistémica del maltrato (Barudy, 1998), se considera a la familia como un sistema que funciona con una dinámica interna por un lado, pero siempre susceptible a las relaciones con el medio ambiente, una estructura auto organizada y jerárquica que tiene una organización tridimensional: biológica, social y hablante.

Las interacciones dentro de la familia van estructurando rituales que mantienen el sistema como un conjunto, estos rituales tienen la función de mantener o conservar los lazos entre los miembros de una familia, afirman la jerarquía, mantienen la colaboración y cohabitación y protegen la vida misma de éstos. Pero desde esta perspectiva, para mantenerse como un organismo viviente,

la familia debe poder modificar su estructura, de tal forma que en ciertos momentos pueda llegar a acoplarse a otros sistemas, así como a lograr un diálogo con algunos elementos de su ambiente, a estas capacidades se les llama “plasticidad estructural” (Barudy, 1998).

Lloyd De Mause (citado por Loredó 1994) se apoya en la teoría psicoanalítica para argumentar que en el pasado los niños enfrentaban maltrato por parte de los adultos de la familia de manera sistemática y que poco a poco los avances sociales han permitido que en la relación con los menores se dé mayor empatía de los padres hacia los hijos y apoyo en su socialización y ayuda para su adaptación. Las acciones maltratadoras se determinan no por la falta de amor de los padres hacia sus hijos, sino por la inmadurez emocional que les impide ver a sus hijos como seres separados de ellos mismos y no como apéndices donde proyectan y observan lo más desagradable de ellos mismos, o por otro lado como seres que tienen la función de satisfacer necesidades y deseos no cumplidos por sus propios padres. De esta forma cuando existe un alto grado de inmadurez emocional, los padres no tienen elementos para lidiar con la ansiedad y la frustración propias de la vida adulta, por ende pueden manifestar su ira y agresión a modo de descargas violentas contra sus hijos.

En la psicodinámica de las conductas maltratadoras se ubica que los padres generalmente provienen de familias donde también hubo manifestaciones de maltrato infantil, como abandono o desapego de sus propios padres. Cuando padres con este perfil se enfrentan al nacimiento de sus hijos, es muy probable que busquen en esta relación la satisfacción de sus propias necesidades en lugar de buscar la forma de comprender y satisfacer las necesidades del menor. El problema inicia cuando el menor no es capaz de cubrir estas altas expectativas, entonces se instaura el sentimiento de inadecuación, los adultos se sienten poco queridos y hasta amenazados por este hijo que imaginan agresivo contra ellos, de esta forma se inician conductas de desprecio y posterior maltrato hacia el niño en cuestión (Loredó, 1994).

Cuando una familia no logra adaptarse a los cambios puede o morir como sistema, o provocar interacciones destructivas al interior, el maltrato a los más vulnerables del sistema familiar es una de las consecuencias más comunes ante la falta de plasticidad estructural. De esta manera la supervivencia de una familia depende de su capacidad para integrarse a su medio social, sin perder autonomía como sistema único, por medio de membranas semipermeables que permitan el intercambio con el exterior, pero manteniendo un sentido de pertenencia y cohesión. De esta manera las perturbaciones del entorno jamás predisponen la respuesta del sistema individual, es éste el que a través de su estructura reaccionará de una u otra forma ante las crisis (Barudy, 1998).

Barudy (1998) explica que en las familias humanas hay una tendencia a estar y permanecer juntos, esto se lleva a cabo por medio de un proceso de impregnación, cuando éste fracasa se relaciona con dificultades en el apego, generalmente cuando hay casos de padres maltratadores se trata de personas que en su propia infancia no tuvieron un apego suficientemente bueno, por lo que no pueden ofrecerlo a sus hijos.

Con respecto a las causas de la agresividad de los padres, Marcovich (1981) menciona que todos los adultos tienen cierta potencialidad hacia el maltrato de los menores, esta potencialidad depende de tres factores principales: 1) El control de impulsos, 2) El grado de frustración y 3) La capacidad de afrontar y resolver problemas. De esta manera se sabe que el maltrato a los menores, suele ser multicausal. Se ha comprobado que conforme aumenta la vulnerabilidad del tutor (aislamiento social, depresión, abuso de sustancias) también crece la tasa de comprobación del maltrato físico, sexual y abandono. (Martínez, 2008)

En general se puede notar que los padres que ejercen maltrato suelen tener una visión distorsionada de sus hijos, lo describen como un niño que trata de lastimarlos, hacerlos enojar o que no los quiere. Por otro lado las expectativas hacia el menor pueden ser exageradas con respecto a su edad o función dentro de la familia, lo que hace a los padres sentirse defraudados por la ausencia de cumplimiento de sus expectativas. También hay que tomar en cuenta que los

patrones conductuales suelen estar determinados por los tratos que los adultos recibieron en su propia infancia, de esta manera se explica la continua reproducción del maltrato en el núcleo familiar. Finalmente hay que tomar en cuenta que cuando un adulto pasa por momentos de frustraciones, crisis, o conflictos que le son complicados de elaborar por medio de sus propios recursos puede descargar sus impulsos agresivos contra los menores de la familia. Se ha notado que las dificultades sociales, como el hacinamiento, el desempleo y la sobrepoblación son factores que pueden desencadenar el maltrato, sin embargo este no es un síndrome propio de las clases sociales vulnerables, ya que también se da en las más privilegiadas.

1.2.4 Incidencia.

Es importante mencionar que las estadísticas que se refieren a continuación nos dan una idea parcial de los casos de maltrato que se presentan ya que es un fenómeno muchas veces difícil de detectar por la superposición de las formas de abuso, además de que muchas veces no es denunciado.

Con respecto a la población mexicana, se consideran datos arrojados por distintas encuestas (Citado por Moreno, 2013):

- Datos del INEGI muestran que una tercera parte de los hogares mexicanos padece violencia. La mayoría de los miembros del hogar padecen violencia emocional 34%; intimidación 5.4%; violencia física 3.9%, y sexual 0.5 por ciento.
- Durante el período de 1999 a 2004 los maltratos más frecuentes detectados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia fueron el físico 29.7% (poco más de 43 mil menores), le sigue en importancia la omisión de cuidados con 25.2% (37 mil niños) y el maltrato emocional, 22.9% (33,518 menores).

- De 2001 a 2011, en promedio, en poco más de 21 mil menores por año se comprobó algún tipo de maltrato y representó 20% del total de casos presentados ante el Ministerio Público.
- Las entidades federativas que aparecen con mayor frecuencia en las primeras posiciones con el mayor número de casos de maltrato infantil comprobado fueron: Guanajuato, Yucatán, Puebla, Coahuila, Chihuahua y Sinaloa.
- La *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, 2010*, reportó que casi 3 de cada 10 niños dijeron que sus papás les han hecho llorar, y 1 de cada 4, que les han pegado en su casa.
- Resultados de la encuesta *La situación de la familia y la infancia en México* muestran que la mayoría de los adultos considera que la corrección de los niños debe hacerse platicando (67%); en segundo lugar, regañando (17%); y, en tercer lugar, castigando (15%). Sólo 1 de cada 100 considera que se les debe pegar.

Específicamente en la ciudad de México se presenta el descuido como causa principal del maltrato, seguido de la violencia emocional y física, con varios intervalos de frecuencia entre un año y otro (Modelo de prevención y atención al maltrato y abuso sexual infantil, 2008).

Según el Modelo de prevención y atención al maltrato y abuso sexual infantil 2008, la madre suele presentarse como el principal generador de violencia, lo que puede explicarse por ser éstas las que suelen pasar mayor tiempo en el hogar y a cuidado de los hijos. En general, cuando se habla de agresor se trata de adultos jóvenes, con una media de edad de 33 años. Además entre los agresores también se reportan menores de edad aunque en menor proporción, lo que indica que los niños pequeños pueden ser doblemente violentados.

La mayoría de los agresores presentan un nivel de escolaridad bajo, el 76.4% de la población reportó tener estudios inferiores a la secundaria. Por otro lado, la mayor parte de la población de agresores, tienen empleos a los que les

dedican más de 48 horas por semana, más del tiempo establecido por la ley. Además más del 50% de reportaron tener un ingreso mensual menor a los \$2,200.71 pesos por familia. Lo que nos muestra que al menos en nuestro país la mayor parte de los casos de maltrato registrados sí están directamente relacionados con problemas sociales, derivados de la ausencia de recursos económicos y educativos.

En general, se encontró una proporción similar en el género de niñas y niños maltratados dentro del país.

En los reportes que conforman este modelo de prevención y atención (GDF, 2008), también se encontró que la mayoría de los menores agredidos creen merecer el castigo debido a su comportamiento, otros manifestaron razones causantes del maltrato, que se encuentran fuera de su control y ante las cuales no pueden hacer nada.

1.2.5 Consecuencias del maltrato.

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena la agresión, todos los tipos de maltrato dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. (Ampudia, Santaella y Eguía, 2009)

Para Wekerle et al. (2007), cuando el maltrato es grave y/o constante opera como estresante incontrolable y crónico. Desde esta premisa, entre los efectos del maltrato se encuentran como consecuencias: 1) merma y distorsión de los esquemas corporales naturales de afrontamiento y protección; 2) interrupción del funcionamiento físico normal; 3) presión sobre la estabilidad anímica; 4) desviación del procesamiento de información hacia el apoyo de supervivencia; 5) mayor dificultad en la consecución y conservación de seguridad en los lazos afectivos; y 6) limitación de un sentido sano y positivo del yo y del futuro.

La acumulación de estrés es clasificada como daño emocional más allá que cualquier estresante por sí solo, los factores estresantes crónicos se asocian a

nivel orgánico con cambios en la estructura cerebral y alteraciones en mecanismos neurobiológicos relacionados con las expresiones emocionales (Martínez, 2008)

Por otro lado, Osorio (1998) divide los efectos en consecuencias directas e indirectas, dependiendo del grado de relación causal que haya podido comprobarse hasta ahora.

Dentro de las consecuencias directas se encuentran la carencia de expresiones afectivas y las actitudes agresivas, el retraso del crecimiento, el retardo mental, hemiplejía, epilepsia, encefalopatía, invalideces motoras o sensoriales, etc. (Osorio, 1998)

Existen consecuencias más sutiles pero no menos graves en torno al desarrollo psicológico del menor, una discrepancia marcada entre el hijo imaginado y el real, es un factor que puede desencadenar maltrato infantil, ya que perjudica directamente los mecanismos de apego. Sin embargo, los niños maltratados pueden llegar a desarrollar vínculos de apego hacia sus padres, ya que para el niño el apego es una forma de supervivencia aunque el adulto no responda de manera adecuada a las necesidades del menor. Es común que en estos niños el apego desarrollado sea de tipo rechazante, especialmente cuando los padres tienen conductas activamente violentas, por otra parte, cuando éstos maltratan de maneras más pasivas, por medio de la negligencia o el abandono, los niños suelen desarrollar apego de tipo ansioso-ambivalente (Barudy, 1998).

Varios estudios han demostrado que el abandono es el tipo de maltrato que causa efectos más graves con respecto al apego que en este caso se muestra casi nulo, y se caracteriza por el alejamiento cuando la madre es inaccesible. Incluso cuando se combina una madre inaccesible con el uso de violencia física, las perturbaciones en el apego son menos graves (Barudy, 1998).

Barudy (1998) propone una serie de consecuencias psicosociales del maltrato:

Trastorno de identidad: el niño se cree malo, inadecuado y peligroso, como mecanismo de defensa se puede creer fuerte, todo poderoso y vencedor sobre los mayores, es algo que se puede ver comúnmente en el desarrollo del juego diagnóstico

Autoestima pobre: comportamientos tímidos y miedosos debido a sentimientos de inferioridad e ideas de incapacidad frente a pequeños retos.

Ansiedad angustia y depresión: estos síntomas pueden expresarse de distintas formas y gravedades, incluyendo el trastorno de estrés postraumático, trastornos del comportamiento, así como problemas de concentración, cognitivos y dificultades para seguir instrucciones a nivel académico. Por otro lado pueden desencadenar comportamiento autodestructivos como la automutilación o el suicidio.

Sin embargo también se ubican ciertos mecanismos como consecuencias adaptativas o formas de supervivencia del niño ante el maltrato:

- El niño puede concebirse a sí mismo como malo y merecedor de los maltratos que recibe, de esta forma idealiza a los padres y a la vez pierde elementos esenciales de su personalidad. Estas ideas son adaptativas ya que el niño prefiere vivirse a sí mismo como un ser maligno antes de ver la imagen de unos padres que pueden destruirlo.

- Otra alternativa es volverse un niño invisible, capaz de pasar desapercibido para lograr su protección, de esta manera el niño elige entre dos formas:

- o El ser un niño demasiado obediente, pasivo y poco exigente, tratando todo el tiempo de evitar una confrontación con sus padres.

- o Ser un niño "malo", para justificar los golpes o castigos que recibe. En estos casos los niños pueden mostrarse crueles con niños más pequeños o con animales.

La identificación con el agresor es una teoría que también explica formas adaptativas de defenderse de la angustia, miedo e impotencia que les causaba el maltratador (Barudy, 1998).

Aunque el maltrato infantil no se considera dentro de la clasificación de los trastornos psiquiátricos, la víctima de abandono, violencia o abuso puede permanecer en un proceso de recuperación tras el evento, a la vez que es un factor predictivo de otros problemas de personalidad, anímicos, alimenticios y físicos (Wekerle, et. al., 2007).

Capítulo 2. Psicoterapia infantil

2.1 Psicoterapia infantil

Los primeros tratamientos infantiles en cuestión de salud mental datan de principios del siglo pasado y en un principio se basaban en métodos que eran utilizados para el trabajo emocional con adultos, uno de los primeros casos de psicoterapia infantil es escrito por Freud en 1909, en éste describe la fobia de un niño de cinco años y cómo se realiza una intervención a larga distancia y por medio del padre del menor. A partir de este momento se hacen diversas modificaciones a los tratamientos con niños, mismas que van evolucionando a través de los años.

Desde las primeras intervenciones se ha utilizado el juego como herramienta básica para el trabajo con niños, de esta manera se ha demostrado que las intervenciones por medio de terapia de juego son significativamente efectivas en niños (Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005), razón por la cual independientemente del enfoque utilizado, la psicoterapia con juego se considera primordial en las intervenciones con niños. Además hay evidencia de que independientemente del modelo utilizado, el juego cuenta con poderes terapéuticos que se dividen según Schaefer (2012) en ocho grandes categorías: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización.

Para la asociación de psicoterapia de juego, ésta se define como: el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos (Asociacion for play therapy).

2.2 Modelos psicoterapéuticos

A lo largo del siglo pasado se han desarrollado varios enfoques de intervención psicológica, mismos que a su vez han tenido un equivalente para la intervención con niños. En primer lugar, aparece a partir de la psicología conductual, un modelo de intervención enfocado en propiciar o extinguir conductas específicas por medio de métodos repetibles, controlables y comprobables, muy apegada al método científico pero sin considerar en la mayoría de los casos elementos como la motivación interna. Casi al mismo tiempo aparecen los primeros trabajos sobre psicoanálisis que formando su propia institución en un principio fuera de las universidades, funda una teoría de la dinámica intrapsíquica que explica muchos de los fenómenos somáticos y conductuales que van más allá de la influencia o motivación externa medible y observable. Por último y como desprendiéndose del modelo psicoanalítico, aparece en la época de los 60's un modelo denominado humanista que se basa en los preceptos teóricos derivados del psicoanálisis pero tratan de dar un giro en la técnica dirigido a una relación más equitativa y auténtica entre el terapeuta y la persona que recurre a este servicio, responsabilizándolo así de su propio proceso y crecimiento personal.

A continuación una breve reseña de los enfoques psicoterapéuticos utilizados con niños, que han tenido mayor influencia para el desarrollo del presente trabajo.

Modelo psicoanalítico: Si bien en un principio se intentó intervenir con el método psicoanalítico de la misma manera que cómo se hacía con los adultos, poco a poco se fue tomando en consideración el juego como el equivalente al discurso de lo inconsciente y onírico en el adulto, de esta forma se abrieron una gran cantidad de opciones terapéuticas (Levy, 2012).

En 1909, Freud defendía que el juego cumple tres importantes funciones en el niño, ya que por medio de éste más que por el lenguaje hablado, el niño logra expresar de manera libre sus instintos, a la vez que satisface el deseo y controla

desde la metáfora sucesos traumáticos, recreando de manera segura una situación sobre la que probablemente no tenía control en el momento en que la vivió, a través de este proceso, se llega a la abreacción, que significa llevar a la memoria sucesos reprimidos y al revivirlos expresar los afectos de manera diferente; más adaptada y segura, es importante distinguir este proceso de la catarsis, donde solamente hay una expresión de los afectos sin la reproducción y dominio de la experiencia traumática (Bludon y Schaefer, 2012)

A partir de los primeros trabajos de Freud sobre psicoanálisis e infancia, muchos otros autores fueron haciendo aportaciones importantes a la clínica infantil.

Unos años después Hermine von Hug-Hellmuth, publicó casi 200 textos que describían nuevas técnicas para el trabajo con niños, ella además planteaba cuestiones como la ausencia de sentido de enfermedad del niño, el trabajo con los padres y la importancia de la transferencia positiva entre el niño y el terapeuta (Esquivel, 2010).

Anna Freud también da importancia a lo que llama el establecimiento de la alianza terapéutica del niño, sin embargo, propone dirigir las estrategias de intervención hacia el hogar del niño, para ella el niño no suele tener conciencia de enfermedad o deseo de tratarse, y argumenta que las intervenciones deben ir dirigidas al desarrollo del Yo por medio de la síntesis, la modificación del carácter, la producción de identificaciones y alcanzar un superyó tolerante (Bludon y Schaefer, 2012).

Por su parte Melanie Klein lleva a cabo tratamientos con niños pequeños, desarrollando el análisis precoz del niño a través de interpretaciones directas y explícitas acerca del contenido sexual de sus conductas en el juego o en la vida. Ella considera el juguete como un objeto de transferencia en sí mismo, de esta manera analiza la relación del niño con los objetos introyectados, es la primera en hablar de transferencia negativa en el juego y defiende la importancia de interpretar ésta en el momento en que aparece (Esquivel, 2010). Klein también

argumenta que el juego permite la salida de valioso material inconsciente y que el terapeuta puede interpretar los deseos y conflictos reprimidos en el niño y con esto ayudarlo a entender sus problemas (cita en Bludon y Schaefer, 2012).

A partir de conceptos Kleinianos, Winnicott desarrolla una teoría donde da importancia a la relación de la madre con el lactante y su influencia en la vida intrapsíquica del niño. De esta forma Winnicott ve el juego como un fenómeno transicional, ya que en este se unen la realidad interna y externa del niño por medio de una actividad creativa entre el niño y el terapeuta, es una mezcla también de espacios y de tiempo pasado, presente y futuro. Por medio de esta interacción se permite a los niños interiorizar sus relaciones con sus cuidadores y crear representaciones de formas novedosas de relación (Winnicott, 1971).

Winnicott retoma la interpretación y menciona que esta debe eliminar obstáculos de la transferencia y permitir que la producción lúdica siga su curso, a diferencia de Klein, realiza interpretaciones no dogmáticas que pueden ser aceptadas o rechazadas por el niño. Otro fenómeno que se analiza desde la teoría de Winnicott es la destrucción simbólica del terapeuta como objeto, para lograr distinguirse de él y lograr encontrarle una utilidad terapéutica (Winnicott, 1971).

Actualmente la terapia psicoanalítica se enfoca en la creación de significado por medio de la colaboración creativa entre el paciente y el terapeuta, se usan interpretaciones con la noción de que no las hay correctas o incorrectas. Se presta especial atención al tipo de interacciones de la díada que sirven como referente para la comprensión del mundo interno y las relaciones del niño, por medio de este proceso, se busca brindar opciones novedosas de experimentación del sí mismo, de las relaciones y las conductas en pos del desarrollo personal (Levy, 2012).

Modelos Humanistas:

Actualmente existe gran variedad de modelos humanistas, cuya base filosófica es el existencialismo, para este trabajo se consideran dos de los modelos principales de esta corriente; la psicoterapia centrada en el cliente que llega a

cambiar el concepto de que quién asiste a psicoterapia es una persona enferma denominada “paciente”, término que además denota pasividad, este modelo en cambio, dota de poder y responsabilidad a la persona que solicita el servicio, acompañándolo en un proceso que poya el retomar su autoconocimiento y crecimiento personal que, según el modelo teórico, han sido coartados por un bloqueo en alguna parte de su vida, se apuesta por una actitud autentica, positiva y empática hacia el cliente que permita una relación de confianza y crecimiento (Oblitas, 2008).

Por otro lado, y como parte de la corriente humanista, se revisa el modelo de psicoterapia gestalt, basado en la psicología gestalt o de la forma, pero también con gran influencia del psicoanálisis y bases existencialistas e incluso de la filosofía oriental zen. A nivel técnico se ubican marcadas diferencias entre este enfoque y el centrado en el cliente, debido a lo directivo del modelo gestalt que propone actividades específicas dirigidas a desbloquear aquellas partes de la persona que no le permiten vivir experiencias completas y plenas (Castanedo, 2008).

A continuación se presenta un resumen de cada uno de estos modelos humanistas, su origen, preceptos básicos y técnica aplicada.

Psicoterapia centrada en el niño: A mediados del siglo pasado se inicia un movimiento terapéutico con base en la filosofía existencial, Carl Rogers, como principal representante de este modelo presenta una opción distinta al psicoanálisis y al conductismo que propone que el terapeuta no debe tener expectativas específicas con respecto al proceso de su cliente (no los llama pacientes por la connotación de dependencia, pasividad y enfermedad), cualquier especulación sería subestimar la autonomía de la persona que se atiende (cita en Esquivel, 2010). Algunos de los constructos fundamentales de la personalidad propuestos por Rogers (1951):

- La persona (u organismo) consta de autopercepciones: pensamientos, sentimientos y conductas, así como la fisiología.

- Campo fenomenológico: Se refiere a todo lo que es experimentado por el niño, todo lo que el niño percibe es la realidad para él.
- El self: Se diferencia del campo fenomenológico y se desarrolla a partir de las experiencias que el niño tiene con los otros.

Por su parte Virginia Axline (1975), retoma la propuesta de Rogers y trabaja en una adaptación para el trabajo con niños, estableciendo como base que los niños tienen una tendencia natural al crecimiento, elige el juego como forma natural de expresión y establece ocho principios básicos para el trabajo con niños, en los que define la actitud del terapeuta que debe:

1. Crear una relación cálida y amistosa con el niño
2. Aceptar al niño tal y cómo es
3. Establecer un sentimiento de permisividad para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo
4. Mantenerse alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y reflejarlos hacia él
5. Mostrar respeto profundo hacia la habilidad del niño para resolver sus problemas
6. Evitar dirigir acciones o conversaciones del niño
7. Evitar apresurar la terapia, comprender que se trata de un proceso gradual
8. Establecer sólo las limitaciones necesarias para mantener sujeta la terapia a la realidad y para concientizar al niño de su responsabilidad en la relación

Siguiendo la ruta humanista, Axline no tiene objetivos específicos, sin embargo como forma de guía del proceso, establece algunos objetivos generales, que incluyen apoyar al niño en el desarrollo de un autoconcepto más positivo, que el niño pueda asumir la responsabilidad por sí mismo en su proceso y a través de

esto obtener determinación e independencia para tomar sus propias decisiones (Landreth, en Schaefer, 2012).

Los constructos teóricos de la terapia centrada en el niño no se relacionan con la edad del niño, con su desarrollo físico, psicológico o los problemas que éste presenta. Más bien tienen que ver con la dinámica interna del proceso por medio del cual el niño se relaciona y se descubre a sí mismo (*self*), (Sweeney y Landreth, 2012).

Para Landreth y Schaefer (2012), los cambios esperados por medio del juego simbólico en este enfoque son:

1. Los pensamientos y sentimientos que anteriormente no estaban disponibles para el niño se hacen conscientes y se les da una representación simbólica
2. El incremento en la asimilación simbólica durante la terapia cambia la organización interna de los esquemas y las conexiones con otros esquemas
3. Los esquemas se vuelven más flexibles en la asimilación de nuevos eventos a experiencias del pasado, esto se da como resultado del cambio en la organización mental del niño y de su conducta.

Para West (1996) los principales problemas que se pueden tratar por medio de este enfoque son: la conducta inmadura, la dificultad para relacionarse o la falta de afecto, el fracaso escolar, maltrato físico o sexual, la masturbación, cambios extremos en el estado de ánimo, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, problemas psicosomáticos, mentiras, enuresis, encopresis, trastornos de aprendizaje, brotes de violencia y retraimiento, daño a sí mismo o a los otros, respuestas emocionales inadecuadas y mutismo selectivo.

Psicoterapia Gestalt: Con corte humanista, la terapia gestalt es también una terapia existencialista y fenomenológica, cuyo propósito es restaurar partes perdidas de la personalidad y lograr integrar la experiencia e incluso las conductas rechazadas como partes de un todo, de esta forma se ocupa de los papeles falsos

que las personas interpretan para sentirse aceptadas y de los llamados huecos de la personalidad, se le da importancia especial a la experiencia, se centra en el aquí y el ahora, y busca la toma de conciencia (el darse cuenta). Es un enfoque tan completo que puede considerarse una filosofía de vida en la que el individuo asume respeto y responsabilidad por todo lo que siente, piensa y hace (Perls, 1982).

En el trabajo con niños, Violet Oaklander es una de las autoras más representativas en el uso de técnicas basadas en esta teoría, para ella es primordial que el niño use sus sentidos en primer lugar con fines de supervivencia y luego para la exploración del mundo que lo rodea, poco a poco el niño va desarrollando su intelecto y con éste el uso del lenguaje para expresar sus necesidades, sentimientos y pensamientos, por lo tanto la propuesta terapéutica debe ser holística, constante y armónica y buscar el funcionamiento saludable e integrado de todo el organismo (Oaklander, 2004).

De igual manera, la terapia gestalt se orienta más al proceso, de manera que se pregunta más: “qué y cómo” que “porqué”, en el momento de la terapia es importante llevar al niño hacia la autoobservación que le permita al niño descubrir qué de lo que hace le causa satisfacción o insatisfacción, así el será el precursor de sus propios cambios terapéuticos. Para el proceso de terapia se proponen ciertas etapas (Esquivel, 2010):

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

A diferencia de la terapia centrada en el cliente que es totalmente no directiva, la terapia gestalt se basa en técnicas estructuradas para el trabajo con niños, se utilizan dibujos, fantasía, materiales de expresión plástica, arenero y una variedad de actividades tan amplia como la creatividad del terapeuta lo permita. Por medio de estas técnicas se busca ir propiciando principalmente experiencias de contacto sensorial, de expresión agresiva y de dominio.

Los constructos básicos de la terapia gestalt se centran primero que nada en una relación entre el terapeuta y el niño que por sus características es terapéutica en sí misma, esta relación logra que ambos se vivan como personas de igual derecho, se respeta al niño como una persona completa y se evita juzgar sus conductas, además de que no se tienen expectativas acerca de él, esto brinda un ambiente de seguridad que propicia la expresión emocional (Oaklander, 2012).

Oaklander (2012), explica la importancia del contacto dentro del proceso terapéutico, entendido como la capacidad de estar plenamente presente en una situación particular, se espera el uso de los sentidos, el cuerpo, la consciencia, el intelecto y la capacidad de expresar emociones, por lo tanto es importante ubicar cuando alguno de estos canales se ve bloqueado y en qué momento sucede.

Esta importante autora también retoma el concepto de homeostasis, por ser la forma como el organismo mantiene su equilibrio y salud ante situaciones variables a la vez que satisface sus necesidades. Este proceso se ve afectado cuando se inhibe al organismo, en el caso de los niños la inhibición se manifiesta de distintas formas: el niño puede *retroreflectar* (retraer) la energía, haciéndose a sí mismo lo que quisiera hacer a otros. Otra opción es *deflectar* los sentimientos por medio de conductas exteriorizadas que lo alejan de los sentimientos de dolor o enojo. En otras ocasiones, la evasión contra el dolor puede presentarse por medio de distanciamientos, dispersión o fantaseo. Todas estas opciones son intentos del niño por sobrevivir y afrontar (Oaklander, 2012).

Por medio de las actividades directivas se busca el fortalecimiento del self: cuando un niño logra ubicar elementos propios de su personalidad en un dibujo,

una historia o alguna producción artística, cuando logra hablar sí mismo, tomar decisiones con base en intereses reconocidos como personales, cuando se domina una experiencia, en todos estos casos está reconociéndose y fortaleciéndose el self. En el caso de los niños maltratados, muchas veces han tenido que crecer de prisa, por lo que se omitieron muchas experiencias de dominio importantes que pueden experimentarse durante el proceso terapéutico. Por otro lado, la historia de estos menores ha hecho que bloqueen muchas emociones relacionadas al trauma y generalmente tienen pocas herramientas para expresarlas, por lo tanto suelen introyectar ideas negativas sobre sí mismos, en este caso se recomienda propiciar experiencias que estimulen e intensifiquen el uso de los sentidos, ayudándolos a reconectarse y agudizar la consciencia de su cuerpo. Finalmente se espera que el niño vaya tomando control sobre las sesiones a través del juego conforme se incrementa su seguridad (Oaklander, 2012).

Finalmente se considera como un aspecto importante de este enfoque, la expresión de la energía agresiva, misma que según esta representativa autora debe distinguirse de la agresión, ya que la energía agresiva en sí es muy útil para llevar a cabo acciones que faciliten la satisfacción de necesidades, para que ésta se pueda expresar dentro de las sesiones, es importante que el niño se sienta en confianza para empoderarse, liberarse de las inhibiciones, aceptar y expresar sus emociones y finalmente lograr vivir con libertad y alegría (Oaklander, 2012).

Actualmente existen gran variedad de modelos de intervención psicoterapéutica, la mayoría basados en los tres principales enfoques: cognitivo conductual, psicoanálisis y humanismo o combinaciones de éstos, sin embargo desde hace muchos años se han dado intentos de integrar diversos elementos teóricos y técnicos de las distintas corrientes, para así tener más elementos con qué tratar casos específicos, esta búsqueda ha dado como fruto lo que actualmente se denomina modelo integrativo, que conforma la base utilizada en la intervención realizada para este estudio de caso.

2.3 Modelo integrativo

Aunque hay evidencia de intentos de integración y eclecticismo desde que existen distintos modelos de psicoterapia, así como de análisis respecto a los factores comunes de beneficio que comparten dichos modelos, es hasta los años 90's que cobra fuerza el llamado modelo integrativo (Corsi, 2005. Fernández-Álvarez, 1992. Obregón, 2002).

En 1992 se realiza una investigación que ubica que existen más de 400 modelos de psicoterapia (Seymour, 2011), este cúmulo de información llega a resultar confusa cuando se investiga acerca de los factores que hacen que una terapia sea o no exitosa. Sin embargo, dada la amplia variedad y comorbilidad en los trastornos psicológicos, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes, se requiere de intervenciones también multivariadas (Drewers, 2011), que además aprovechen los avances teóricos y técnicos de los modelos de psicoterapia actuales. Kuhn (1973, citado por Seymour, 2011), propone que a partir de la acumulación de conocimiento se van formando paradigmas que en el caso de la psicoterapia incluyen explicaciones filosóficas, epistemológicas, filosofía de la mente, elementos respecto a la psicopatología y métodos de promoción de salud mental.

Actualmente la mayoría de los psicoterapeutas aceptan que seleccionan aspectos de distintos modelos, así se busca producir una teoría más completa y efectiva por medio de experiencia clínica e investigación científica (Esquivel, 2012).

Desde este modelo existen tres formas distintas de integrar el modelo terapéutico (Drewers, 2011. Esquivel, 2012):

Eclecticismo técnico: Los terapeutas no se apegan a un modelo teórico específico, sino que reconocen la utilidad de distintas técnicas en distintas situaciones.

Integración teórica: Se trata de la formulación de un modelo terapéutico que une modelos divergentes, en cierta forma se formula un modelo nuevo y propio a partir de la síntesis conceptual de otros modelos establecidos que debe incluir una nueva filosofía, una teoría y una técnica específicas y coherentes.

Modelo de los factores comunes: Se estudian los elementos centrales que se comparten en los distintos enfoques y se eligen los componentes que han demostrado a través del tiempo ser los más efectivos y promotores de resultados positivos en la psicoterapia.

Integración asimilativa: En este formato el terapeuta debe tener una base sólida respecto a un sistema teórico a partir del cual va seleccionando prácticas o puntos de vista de otros sistemas, para ser asimilados o incorporados. Combina las ventajas de un sistema teórico único y coherente con la flexibilidad de una amplia gama de intervenciones técnicas obtenidas desde múltiples sistemas.

Algunos de los principales postulados de la terapia integrativa propuestos por Esquivel (2010):

- Es consistente
- Es un proceso interpersonal
- El diagnóstico integral se considera crucial en términos de predicción de evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas
- Los objetivos terapéuticos son esclarecidos y acordados con el paciente y sus padres
- El cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que sea influenciada
- Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse en el sistema total
- Cualquier cambio del sistema total tiende a afectar a cada parte del sistema psicológico del niño

- Las variables inespecíficas van adquiriendo especificidad en el marco de la psicoterapia integrativa
- Los principios de influencia aportan especificidad a la psicoterapia integrativa
- El eje de la psicoterapia infantil es la traducción de la experiencia
- El desarrollo de cada sistema tiene efectos preventivos
- Es un proceso creativo sobre bases científicas

La terapia integrativa se considera un modelo ecosistémico ya que considera varios aspectos de la vida del niño, como son biológico, afectivo, social-familiar, cognitivo y conductual (Drewers, 2011). Por ende es importante obtener suficiente información sobre todos los aspectos del niño, con la finalidad de obtener una impresión diagnóstica que permita la planeación de un tratamiento que beneficie al niño en cuestión (Esquivel, 2012).

Según Esquivel (2012), la psicoterapia integrativa por su contexto, enfrenta principalmente los siguientes desafíos:

- Asumir un adecuado punto axial que permita la observación total de la dinámica psicológica
- Aportar sistematización y orden al panorama de creciente desorden que presenta la psicoterapia
- Privilegiar el conocimiento y al paciente por encima de dogmatismos y sectarismos
- Establecer criterios epistemológicos claros y compartidos acerca de los alcances del conocimiento en psicoterapia y lo que lo hace válido.

2.4 Psicoterapia infantil con grupos

Para Sweeney (2012), la psicoterapia de juego grupal se define como la relación interpersonal dinámica entre dos o más niños y un terapeuta entrenado tanto en terapia de juego como en los procedimientos de grupo, que proporciona materiales seleccionados de juego y facilita a los niños el desarrollo de una relación segura para expresarse y explorarse a sí mismo y a otros de manera plena a través del medio de comunicación natural de los niños: el juego. De esta manera es una unión de dos formas eficaces de intervención: la psicoterapia grupal y el juego.

Por medio de este tipo de intervención se propicia en los niños un proceso prosocial que los acompaña en el crecimiento y aprendizaje de sí mismos y de los demás, para los niños, el darse cuenta de que otros niños también tienen problemas semejantes a los suyos logra que disminuyan las defensas ante la soledad, también ayuda a desarrollar una sensación de pertenencia se intentan nuevas habilidades interpersonales, se aprenden formas más eficaces de relacionarse, se desarrolla sensibilidad hacia los otros y su autoconcepto mejora cuando se reconocen útiles para los demás, en especial en los casos de maltrato esta puede ser una cualidad terapéutica única ya que suelen tener una historia de fracasos y rechazo (Sweeney, 2012).

Para la intervención, Van der Kolk (1985), establece los siguientes elementos como bases de la terapia grupal:

- Aceptación total del niño
- Juego sin razones, explicaciones, expectativas ni preguntas
- Ayudar a los niños a expresarse y disfrutar del respeto
- Permitir pero no alentar la conducta regresiva al inicio de la terapia
- Permitir toda la conducta simbólica pero limitando la conducta destructiva
- Prohibir que los niños se ataquen físicamente

- Hacer respetar los límites de manera tranquila y sin críticas, mencionándolos cuando sea necesario
- Sentir y expresar empatía

Existe evidencia que respalda la idea de que una intervención grupal puede ser más poderosa y oportuna que una individual; por un lado la terapia de juego reconoce éste como un medio de comunicación natural en los niños, además es remarcable la importancia de la conexión humana con otros niños y la facilitación de un adulto entrenado y accesible (Sweeney y Homeyer, 1999).

Por otro lado, el juego grupal es un medio que el niño usa para reproducir la dinámica de su grupo primario, así, el dispositivo grupal puede ofrecer las características de aprendizaje y crecimiento que muchas veces no se encuentran en el grupo familiar originario, como es el caso de niños maltratados. Además, uno de los mayores efectos de la terapia grupal, es que tiene el potencial de luchar contra el sentimiento de soledad, en el caso de los niños maltratados, es común que las experiencias vividas los hayan hecho sentir solos e injustamente aislados (Sweeney, 2012).

Sweeney y Homeyer (1999), proponen los siguientes constructos básicos y beneficios del trabajo con psicoterapia de juego grupal:

1. Los grupos tienden a fomentar la espontaneidad
2. Se trabaja a nivel individual con los problemas intrapsíquicos de los niños y a nivel interpersonal
3. Se brindan oportunidades de aprendizaje vicario y catarsis
4. Los niños experimentan la oportunidad de crecimiento y autoexploración
5. Proporcionan oportunidades importantes de sujetarse a la realidad, por medio del establecimiento de límites y la prueba de realidad.
6. Los grupos sirven como un microcosmos de la sociedad, desde esta perspectiva se puede ayudar en la planeación del tratamiento y el trabajo con padres y maestros.

7. Se disminuye la necesidad o tendencia a la repetición o a retraerse en el juego de fantasía
8. Se tiene la oportunidad de practicar habilidades interpersonales para la vida cotidiana
9. La presencia de otros menores puede ser útil en el desarrollo de la relación terapéutica con menores muy tímidos o desconfiados
10. Es conveniente en términos de tiempo y costo

De esta manera, la terapia de juego grupal recurre a distintas teorías y puede servirse de varios tipos de técnicas en el desarrollo y proceso de los grupos. Existen tantas aproximaciones a la terapia de juego grupal como a la individual (Sweeney, 2012). Ante la gama de posibilidades, se analizan brevemente las más representativas para este trabajo:

Grupo Infantil Natural (GIN): Modelo de terapia de juego grupal de corte psicoanalítico con base en postulados de Freud, Klein, Winnicott y Bion. Busca obtener metas óptimas en el desarrollo, como el logro de identidad, genitalidad, creatividad y autonomía. Por medio del análisis de la comunicación verbal y preverbal entre los miembros del grupo, el contexto del grupo y las dinámica grupal (Jinich y Dupont, 2007).

Terapia de juego grupal centrada en el niño: Además de los constructos básicos del modelo para la intervención individual, en esta modalidad, el dispositivo se basa en la confianza duradera y en la capacidad del grupo para desarrollar el potencial del niño mediante el avance en una dirección positiva y constructiva, esto tiene implicaciones importantes. El facilitador debe tener una intención muy clara de ayudar a cada niño a sentirse lo bastante seguro como para crecer (o no crecer) y tomar decisiones (Landreth y Sweeney, 1999).

Terapia de juego grupal gestalt: Se enfoca en el contacto y la conciencia (Oaklander, 1999). Desde este enfoque se considera que la búsqueda de pares es un recurso natural en los niños, así que el grupo es ideal para ayudarlos a

establecer contacto, además, la dinámica grupal ayuda a que una vez mostrada la conducta, ésta pueda expresarse por medio del juego, ser observada y cambiarse de ser necesario (Oaklander, 1999).

Consideraciones de la terapia grupal con niños

Otra de las ventajas de la modalidad grupal es que es posible aplicar una gran variedad de técnicas psicoterapéuticas aunque no estén establecidas como técnicas de terapia de juego grupal, así que se presta naturalmente para la integración. Sin embargo es importante poner atención a la selección de técnicas, Sweeney (1999), propone realizar las siguientes preguntas con respecto a las técnicas planteadas:

- a) ¿La técnica es apropiada para el desarrollo?
- b) ¿Qué teoría subyace la técnica?
- c) ¿Cuál es el propósito terapéutico de la técnica dada?

Además del conocimiento de la técnica, el terapeuta debe tener una gran tolerancia al desorden y al ruido, logrando así manejar el caos frecuente que suele presentarse en los grupos de niños, también es importante poner la misma atención a todos los miembros del grupo, ya que con frecuencia es fácil dedicar mayor tiempo a los niños más activos o necesitados. Finalmente es importante incluir el nombre del niño y evitar el uso de la tercera persona en las intervenciones, así como que estas no sean invasivas evitando que afecten el flujo de los procesos y la expresión afectiva del grupo (Sweeney, 2012).

Es importante distinguir una conducta límite entre agresión y juego, donde en apariencia no hay ataque hacia alguien pero se presenta juego de tipo agresivo con mucha excitación, además se llega a perder la noción de las normas y no se escuchan las intervenciones del terapeuta.

También es importante hacer diferencia entre la agresión actuada y la verbal, ésta última es más controlable debido a su nivel simbólico. Este tipo de expresión agresiva puede explicarse como:

- 1) Expresión de ansiedades persecutorias y sus defensas
- 2) Como defensa maniaca contra la carencia
- 3) Actividad de impulsos no controlados, en relación con la adultez del yo
- 4) Modos inadaptados de comunicación
- 5) Bloqueo para la actividad sublimada
- 6) Bloqueo psicopático para no pensar
- 7) Resistencias para no escuchar o pensar
- 8) Reacción ante la ansiedad en la interpretación
- 9) Reacción ante situaciones frustrantes contra un yo inmaduro

Para evitar caer en situaciones de agresión extrema dentro del grupo, es importante ser meticulosos en la selección del grupo, intervenir adecuada y prudentemente, establecer límites claros desde un principio y manejar cuidadosamente los procesos catárticos.

Otro aspecto técnico de vital importancia dentro del grupo terapéutico, es el establecimiento de límites, Sweeney y Landreth 2009, resumen la lógica básica para establecer los límites dentro del cuarto de juego:

- 1) Los límites definen las fronteras de la relación terapéutica
- 2) Proporcionan al niño seguridad y resguardo emocional
- 3) Demuestran la intención de brindar seguridad al niño
- 4) Anclan la relación a la realidad
- 5) Permiten mantener una actitud positiva y de aceptación hacia el niño
- 6) Permiten que el niño exprese sentimientos negativos sin causar daño y sin temor a las subsecuentes represalias
- 7) Ofrecen estabilidad y consistencia

- 8) Mejoran el sentido de responsabilidad y autocontrol del niño
- 9) Protegen el espacio de terapia
- 10) Permiten mantener los estándares legales, éticos y profesionales

Es importante que los límites propuestos sean claros y completos, así como ser paciente y permitir que los niños resuelvan los conflictos por sí mismos mientras se establecen límites apropiados.

Capítulo 3. Metodología

3.1 Justificación

A partir de la demanda de atención clínica dentro del CET, se propone el apoyo psicológico a los niños de recién ingreso por medio de un dispositivo grupal que permita la atención inmediata y pertinente del niño al ingreso a la institución; la exploración de su estado emocional, el acompañamiento en la adaptación al nuevo hogar temporal, así como la detección de casos que requieran de intervención especializada.

Debido a la incidencia del maltrato infantil en el país y más específicamente en la ciudad de México, instituciones como el CET se preocupan por la adecuada atención de los niños que llegan a ser albergados temporalmente, como ya se revisó en el marco teórico del presente proyecto, las consecuencias del maltrato se presentan a varios niveles en la víctima y es necesario una intervención focalizada y oportuna que prevenga riesgos en el desarrollo del menor.

Uno de los servicios principales que se ofrecen al niño que ingresa al CET es la evaluación e intervención psicoterapéutica enfocada en identificar afectaciones a nivel emocional, siendo las más comunes manifestaciones de ansiedad y depresión, también se ubican los recursos presentes en el niño que guíen una intervención psicoterapéutica desde el primer día de ingreso, sin embargo la prioridad al ingreso es la evaluación y hay poca atención a la adaptación inmediata y a la contención del estado emocional generalmente alterado con el que ingresa el niño.

Se elige el grupo como técnica de trabajo por las posibilidades terapéuticas que ofrece; al permitir la observación de las relaciones y la dinámica entre los participantes, así como los efectos de universalidad, recapitulación del grupo familiar y el aprendizaje interpersonal, entre otros factores propios de la dinámica grupal en un contexto terapéutico (Yalom, 1970. Vinograd, 1996), éstos se

consideran elementos que por sus características pueden beneficiar a los niños de nuevo ingreso en el CET. Finalmente, la posibilidad de dar atención a una población mayor economizando tiempo y espacio es un factor que también beneficia la demanda institucional.

Durante el desarrollo de este grupo de ingreso se ubicaron particularidades referentes a la población intervenida que obligaron a la modificación de las técnicas empleadas en el dispositivo. El análisis del desarrollo de estos dispositivos grupales permitirá una comprensión de los posibles efectos de la propuesta grupal integrativa en población clínica infantil víctimas de maltrato, a través de un abordaje institucional se desarrollarán sugerencias de modificaciones en los diseños grupales a modo de propuesta de intervención. Por lo tanto, para este trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La intervención de corte psicoterapéutico por medio de un dispositivo grupal integrativo permitirá evaluar el estado emocional con el que ingresan los niños al CET por medio de técnicas psicológicas, juego diagnóstico y observación clínica?

3.2 Objetivos

Objetivo general

Evaluar e identificar el estado emocional con el que ingresan los niños al CET por medio de técnicas psicológicas, juego diagnóstico y observación clínica a partir de una intervención con base psicoterapéutica de enfoque integrativo por medio de un dispositivo grupal en niños maltratados.

Objetivos específicos:

- Describir los comportamientos y emociones presentadas por los niños en su ingreso al grupo psicoterapéutico
- Definir el nivel de ansiedad y depresión encontrado en los niños antes de la intervención grupal, por medio de la aplicación de test estandarizados
- Analizar los indicadores cualitativos que se desprenden de la dinámica grupal durante el proceso de intervención
- Referir los comportamientos que sean indicadores del estado emocional de los niños del grupo durante las actividades incluidas en el proceso de intervención
- Evaluar los avances de cada grupo al concluir sus doce sesiones, por medio de la aplicación de los mismos test estandarizados usados al inicio del proceso de intervención.

3.3 Hipótesis conceptual

Los comportamientos y expresiones registradas al ingreso al grupo dan cuenta del estado emocional que presentan, luego, a lo largo de la intervención se van modificando, mejorando en su funcionalidad y adaptabilidad. Los niños se benefician de la intervención grupal, disminuyendo sus niveles de depresión y ansiedad. Este cambio se ve reflejado en las pruebas psicométricas y en la disminución de indicadores de ansiedad y depresión durante el juego.

3.4 Variables

- Estado emocional
 - Ansiedad
 - Depresión

- Dispositivo grupal gestalt o estructurado
- Dispositivo grupal psicodinámico o libre
- Dispositivo grupal integrativo o mixto

3.4.1 Definición de variables.

- Estado emocional: Se busca identificar indicadores del estado emocional de los niños, debido a que el funcionamiento de la mente emocional se halla dictado por el sentimiento que prevalece en un determinado momento, de esta manera cada sentimiento tiene un repertorio característico de pensamientos, reacciones e incluso recuerdos, mismos que sobresalen más en los momentos de intensa emoción. (Goleman, 2000)

- *Ansiedad*: Existen múltiples definiciones de ansiedad en las que se considera desde un estado emocional hasta un rasgo de personalidad, para el presente trabajo se toma la definición de Spielberger (1972) debido a que analiza los conceptos de ansiedad como estado y como rasgo detalladamente, así, define que el estado de ansiedad consiste en sentimientos desagradables de tensión y aprensión, percibidos de manera consciente, con activación o exaltación asociada del sistema nervioso autónomo. Esta definición es retomada y usada como base para el desarrollo de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (Reynolds y Richmond, 1997) que en adelante será llamada: CMAS-R por sus siglas en inglés.

Por su parte, Kamphaus y Frick (2000), describen la ansiedad con base en actitudes mostradas durante el estado ansioso:

- Angustia excesiva cuando el individuo se separa de casa o algún miembro de la familia
- Preocupación excesiva por las figuras de apego
- Preocupación por eventos catastróficos futuros
- Rechazo escolar
- Temor a estar solo
- Rehusarse a dormir sin una figura de apego
- Pesadillas por separación
- Quejas somáticas excesivas

Con base en lo anterior, se ubicarán los criterios cualitativos para identificar la ansiedad por medio de manifestaciones de dependencia, preocupación por familiares o añoranza del hogar, expresiones de miedo y quejas somáticas manifestadas durante las sesiones del grupo.

- *Depresión*: La depresión no fue considerada como un trastorno presente en los niños hasta las década de los setentas, cuando por medio de observaciones se fueron encontrando indicadores claros que mostraban un

estado de tristeza generalizada y ausencia de disfrute incluso en neonatos (Shaffer y Waslick, 2003).

Para este trabajo se retoma una definición globalizadora de depresión infantil: Cambio persistente en la conducta que consiste en el descenso de la capacidad de disfrutar acontecimientos, comunicarse con los demás y rendir escolarmente, aunado a alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta. (Del Barrio, 2007).

Es importante considerar que la depresión es un estado secundario a la emoción de miedo, que, considerando a los recursos mentales aún inmaduros en los niños, el uso excesivo de la imaginación y la condición de dependencia pueden derivar en situaciones sumamente depresivas (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Las conductas y emociones que se relacionan con la depresión son: estado de ánimo depresivo e irritable, pérdida de interés en actividades cotidianas, pérdida significativa de peso o fracaso en intentos de subir de peso, insomnio o hipersonia frecuentes, agitación motora o lentitud, fatiga frecuente, sentimientos de culpa o inutilidad, deterioro de la concentración, ideas suicidas o intentos de suicidio. Considerando el mostrar al menos cinco de los nueve síntomas, por lo menos durante dos semanas para poder establecer dicho diagnóstico. Según la APA, la prevalencia puede relacionarse con la edad, aumentando conforme se incrementa ésta, especialmente durante la adolescencia además de que se ubica una alta comorbilidad entre ansiedad y depresión en niños y adolescentes (Núñez, Ortiz y Viveros, 2010).

Kamphaus y Frick (2000), con base en la clasificación del DSM-IV, proponen una forma de medición de la afectividad como forma de valorar la depresión, ubican por un lado la medición de la afectividad positiva (AP) que se refiere a las siguientes actitudes:

- Activo
- Encantado
- Interesado
- Entusiasta
- Orgullosa

Por su parte la afectividad negativa (AN) se refiere a estados aversivos:

- | | |
|-------------|-------------|
| - Turbación | - Desdén |
| - Enojo | - Tristeza |
| - Culpa | - Disgusto |
| - Temor | - Inquietud |

La AN está presente tanto en trastornos de depresión como de ansiedad, la ausencia de AP es lo que distingue a los depresivos de quienes únicamente sufren de ansiedad (Kamphaus y Frick, 2000).

De esta forma se ubicarán criterios cualitativos referentes a la depresión por medio del análisis de actitudes como enojo, agresividad, culpa, temor y tristeza, durante el análisis de las sesiones con los grupos de cada dispositivo. Así como elementos de afectividad positiva que se engloban en las categorías de compañerismo y entusiasmo.

- Dispositivo grupal directivo o gestalt

El primer dispositivo de intervención se diseñó por medio de técnicas estructuradas y directivas como herramientas principales para el cumplimiento de los objetivos grupales establecidos. Con base en fundamentos de la terapia gestalt principalmente, que indican que el terapeuta es un facilitador que trabaja por medio de técnicas que permitan la experiencia sensorial y promuevan la comunicación de afectos y pensamientos a través de actividades artísticas, además se propone la inclusión activa de los terapeutas en todas las actividades del grupo (Oaklander, 2004).

- Dispositivo grupal no directivo o psicodinámico

El segundo dispositivo aplicado busca brindar mayor prioridad al juego libre como herramienta expresiva y a las intervenciones de corte psicodinámico y centrado en el niño que apoyen la autoobservación, se incluye un tiempo de retroalimentación y análisis de las conductas al final de la sesión con la finalidad

de que gradualmente aparezca la autorregulación emocional a través de la reelaboración reparadora (Jinich y Dupont, 2007).

- Dispositivo grupal integrativo

Finalmente, se utilizó un dispositivo creado a partir de modelos integrativos con base en terapia gestalt, psicodinámica y centrada en el niño (Bratton y Ferebee, 1999). En este se dividió la sesión grupal en tres tiempos que permitieron el uso de una técnica estructurada de expresión artística al inicio, una segunda actividad lúdica libre propuesta por los niños participantes y finalmente una fase de cierre y retroalimentación sobre lo sucedido en la sesión, con el objetivo de profundizar en la autoobservación grupal. Con respecto a los tipos de integración anteriormente mencionados, este dispositivo por sus características puede considerarse como una forma de eclecticismo técnico, debido a que se fueron implementando distintas técnicas de psicoterapia grupal infantil derivadas de distintas teorías a partir de las características y circunstancias observadas en el grupo.

3.5 Tipo de estudio

Se lleva a cabo un estudio de tipo no experimental y Ex post Facto ya que durante el proceso no se tiene control sobre las variables independientes (Kerlinger y Lee, 2002). Se clasifica como una investigación de caso único ya que se lleva a cabo a partir de un grupo de individuos que son vistos y analizados como una entidad (Baptista, Hernández y Fernández, 2008).

Es un estudio mixto ya que se analizan cuantitativamente los datos arrojados por el pretest-postest y además se realiza un análisis de tipo cualitativo por medio de la observación de indicadores emocionales durante las sesiones registradas por escrito (Baptista et al., 2008).

3.6 Diseño de investigación

El diseño original de investigación utilizado se basó en un diseño pretest-postest (Baptista et al., 2008).

Figura 1. Diseño de investigación

dp	O1	X	O2
Grupo focalizado A	(Evaluación Pre-test)	Intervención psicológica directiva	(Evaluación Post-test)
Grupo focalizado B	(Evaluación Pre-test)	Intervención psicológica no directiva	(Evaluación Post-test)
Grupo focalizado C	(Evaluación Pre-test)	Intervención psicológica integrativa	(Evaluación Post-test)

Este tipo de diseño permite definir un punto de referencia, en este caso al ingreso de cada niño al grupo de intervención, así como comparar los resultados con el test aplicado a la salida del mismo grupo y poder inferir los beneficios de la intervención. Este proceso se repite con cada generación de niños que ingresan al grupo.

El análisis cualitativo se realizó a partir de referentes que indicaran la presencia de las variables de estado emocional referentes a depresión o ansiedad en el discurso de los integrantes de cada grupo, ubicando el desarrollo de estas manifestaciones y la incidencia de las mismas conforme avanzaban las sesiones. Cada sesión grupal fue registrada por escrito por una observadora externa.

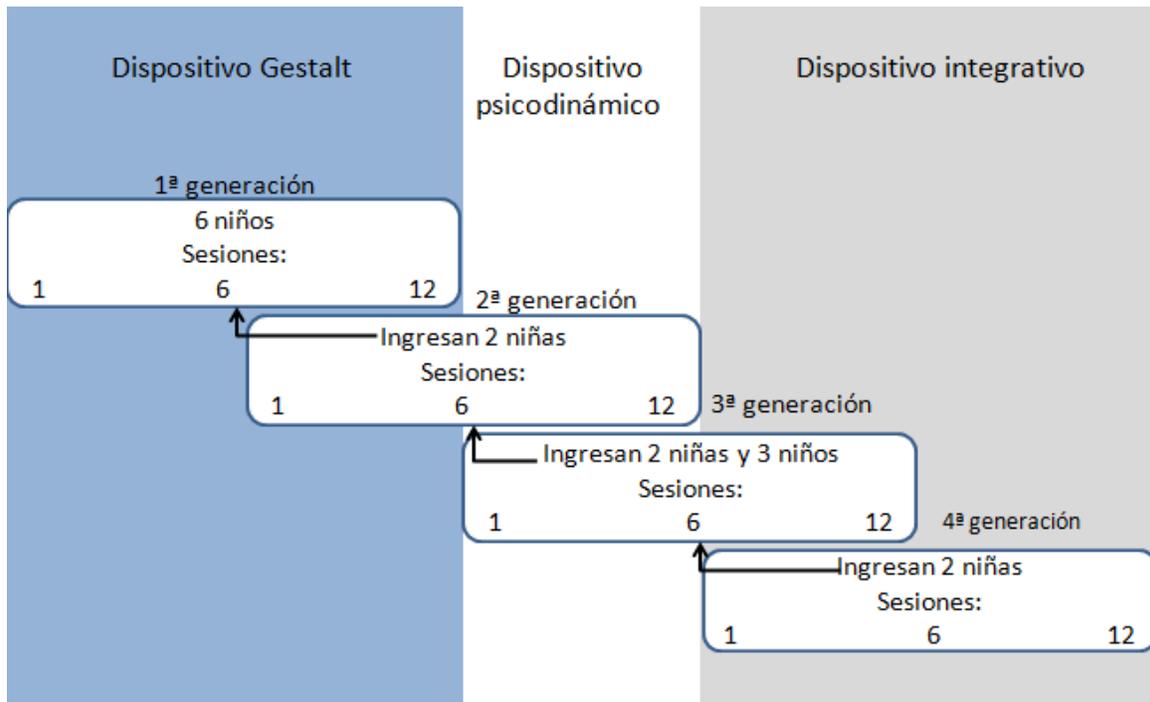
3.7 Participantes

El proyecto se llevó a cabo con 20 niños y niñas de entre 6 y 12 años (media= 9.2 años) de los cuales 17 se consideraron aptos para el ingreso al grupo en los diferentes dispositivos.

Por tratarse de un grupo abierto y focalizado, los participantes se iban intercalando en sus procesos ya que se incluía a una nueva generación cuando la anterior se encontraba a la mitad de su proceso (en la séptima sesión aproximadamente), así la primera generación terminaba sus doce sesiones y salía del grupo cuando los nuevo participantes iban en la sexta sesión de trabajo. Esto se determinó de acuerdo a la condición de ingreso, debido a que se incluía sólo a aquellos niños que fueran de reciente ingreso (un mes como máximo), que no tuvieran síntomas graves de tipo border o psicóticos y que aceptaran ingresar voluntariamente tras la entrevista inicial.

La siguiente imagen muestra cómo se fue dando el ingreso y egreso de cada generación de niños en el grupo, y el tipo de dispositivo que se utilizó en cada generación:

Figura 2. Interacción de las generaciones con los tres dispositivos de trabajo



3.8 Escenario y materiales

El programa de maestría en psicoterapia infantil de la UNAM es una opción de profesionalización para el psicólogo clínico, que busca aportar elementos teóricos y técnicos para mejorar las intervenciones ante la creciente demanda de atención psicológica en diversos sectores del país.

El Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (CET), es una institución que proporciona acogimiento, protección y salvaguarda de los derechos fundamentales de los menores que han estado expuestos a algún tipo de riesgo. Como parte de los servicios se ofrece atención psicológica personalizada para apoyar el desarrollo integral de los menores, especialmente por tratarse de niños institucionalizados se busca brindar una atención que les permita lidiar con la ansiedad, el miedo y la culpa que se desarrolla ante una situación de maltrato (Cicchetti & Lynch, 1993).

El espacio físico para el trabajo terapéutico consta de un salón de 5x3 metros cuadrados que contiene varios estantes con juguetes que se cubren con

lienzos durante las sesiones para evitar distracción y la estimulación excesiva de los niños. Se utilizan cojines y sillas de hule espuma para sentarse, y en cada sesión se mantiene a la vista sólo el material que se propone usar durante ésta.

Los materiales empleados en las sesiones fueron:

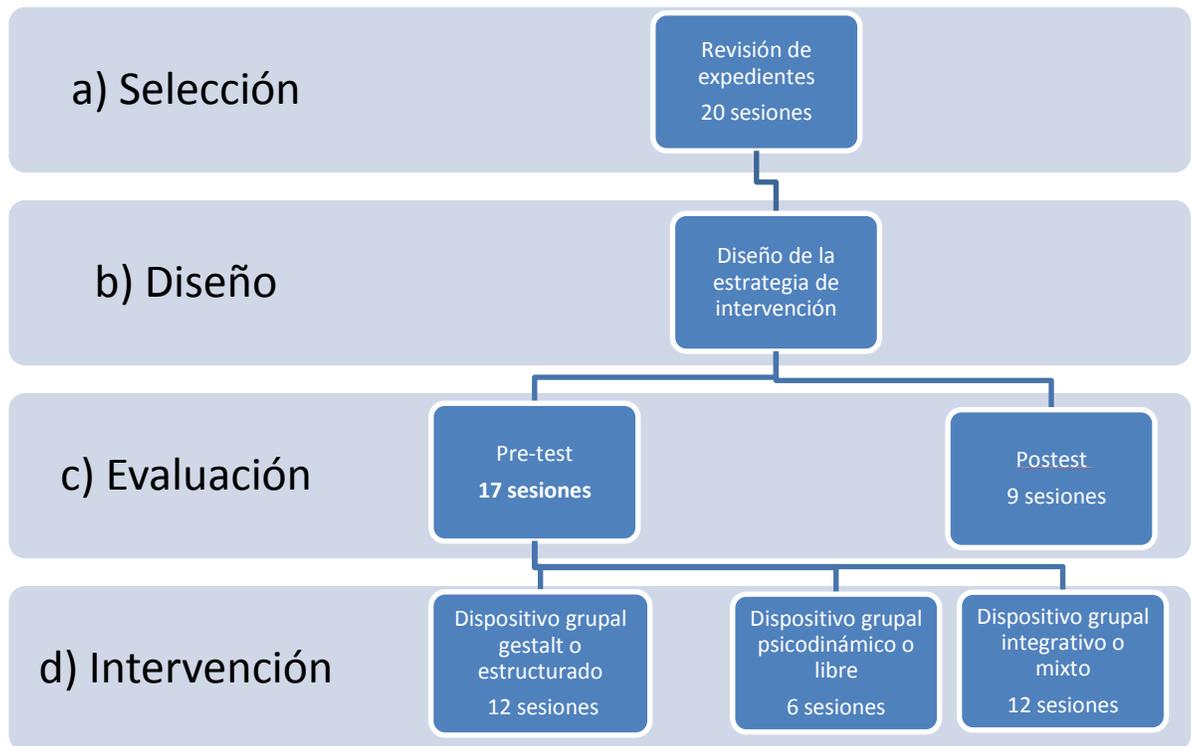
- Títeres de animales y personas
- Muñecos de súper héroes y de peluche
- Familias de animales (de animales marinos y terrestres, así como dinosaurios)
- Casitas con muebles pequeños
- Coches de diferentes tamaños
- Instrumentos musicales
- Materiales de construcción (legos, bloques de madera)
- Masitas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

3.9 Procedimiento

Para realizar este proyecto se llevaron a cabo un total de 95 sesiones incluyendo una entrevista individual de selección para cada participante, la revisión de expediente de los 20 candidatos, el test de los 17 participantes seleccionados, las 30 sesiones de intervención grupal y el postest de los 9 participantes que no egresaron del CET durante o inmediatamente después de la intervención grupal.

Las sesiones de intervención grupal tuvieron una duración 80 minutos cada una aproximadamente, se intentó que fueran el mismo día de la semana y a la misma hora.

Figura 3. Etapas del procedimiento



a) Selección

Tras determinar los criterios de selección, se procedió a realizar una entrevista individual con los candidatos, se realizó una revisión de los expedientes jurídicos y psicológicos de cada uno y se complementó la evaluación con la aplicación pre-test/post-test de los instrumentos estandarizados CMAS-R (Reynolds & Richmond, 1997) y CDI (Children Depression Inventory, Kovacks, 2004), para establecer los niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención grupal.

b) Diseño de la estrategia de intervención

Se realizó una revisión teórica para fundamentar la intervención a realizar, así como una selección de modelos y técnicas específicas que pudieran beneficiar un proceso con estas características. Cabe mencionar que en un principio no se tenía planeado el cambio en los modelos del dispositivo grupal, este se fue dando a partir de las necesidades grupales observadas en esta población y tras el análisis realizado en distintas sesiones de supervisión del trabajo.

c) Evaluación

• Pretest

Se realizó la aplicación de los test estandarizados CMAS-R (Reynolds & Richmond, 1997) y CDI (Kovacks, 2004), para ubicar niveles de ansiedad y depresión respectivamente. En el apartado de análisis de resultados cuantitativos se reportan las mediciones resultantes por cada niño.

• Postest

Después de terminar las 12 sesiones planeadas para cada generación se llevó a cabo una segunda aplicación de los instrumentos estandarizados CMAS-R (Reynolds & Richmond, 1997) y CDI (Kovacks, 2004), para establecer los niveles de ansiedad y depresión después de la intervención, sin embargo y debido a que en muchas ocasiones los participantes abandonaban el CET sin previo aviso, no fue posible aplicar el postest a todos los niños que participaron del grupo.

d) Intervención

La intervención se llevó a cabo una vez por semana en sesiones de aproximadamente hora y media. Los temas principales que se desarrollaron durante la intervención grupal fueron:

- Identificación y expresión emocional
- Auto-observación
- Regulación emocional
- Propiciar herramientas para la resolución de problemas con pares

Éstos se llevaron a cabo por medio de intervenciones que variaron según cada uno de los tres dispositivos grupales que se definieron teóricamente como variables. A continuación, se explica cada uno de estos dispositivos y las razones para modificar las técnicas de la intervención grupal con cada cambio de generación:

1. Dispositivo grupal directivo o gestalt

Originalmente se planeó una intervención grupal por medio de un dispositivo directivo basado en técnicas gestálticas principalmente, debido a la variedad de las edades y perfiles de los niños se esperaba mantener un ambiente estructurado que proporcionara una contención adecuada para los niños recién llegados al CET. Se ubicaron actividades de exploración sensorial que a su vez llevaran al autoconocimiento, así como la identificación y expresión emocional, de esta forma, los niños (todos varones) de la primera generación fueron manifestando conflictos como duelo por su hogar y su familia y dificultades en la relación con padres agresivos por medio de dibujos, obras de teatro y collages.

En la sesión número seis se manifestaron descargas agresivas entre los líderes del grupo, que poco a poco a poco se habían venido mostrando y terminaron por requerir la intervención directa de las coterapeutas separando físicamente a los miembros del grupo y dándoles un espacio para la expresión catártica de su enojo, un evento parecido se repite en la siguiente sesión con uno de los involucrados en la primera pelea.

En las últimas sesiones, que además fueron motivo de algunos festejos, los niños mostraron menos actitudes agresivas manifiestas, sin

embargo, se tenía la información de que seguían teniendo riñas entre ellos durante otras actividades dentro del CET.

Estos sucesos hicieron pensar que eran necesarias más herramientas de expresión agresiva simbólica y catártica, ya que la intensidad emocional se estaba manifestando por medio de explosiones importantes en ciertos momentos del proceso, por lo que se realizó un nuevo planteamiento del diseño del grupo, a partir de la supervisión grupal dentro de la clase de dinámica de grupos de la maestría en psicoterapia infantil, se desarrolló la propuesta de incluir más tiempo de juego libre acompañado de intervenciones de corte psicodinámico.

2. Dispositivo grupal no directivo o psicodinámico

Considerando que ingresaría una segunda generación de cuatro niños al grupo, cuando la generación anterior había completado las seis sesiones, se propuso un nuevo encuadre a partir de un diseño basado en principios de terapia de juego psicodinámica. Éste tuvo el propósito de promover mayor tiempo de juego libre que permitiera la expresión de la agresividad de manera simbólica, por otra parte, el ir señalando las actitudes y emociones que acompañan a cada acción dentro del cuarto de juego para así lograr que las manifestaciones agresivas se hagan conscientes desde las primeras sesiones hasta llegar a lograr una autorregulación de estos impulsos al interior del grupo. Se ubicaron dos momentos semiestructurados: la entrada, donde se buscaba indagar el estado emocional de cada niño al principio de la sesión y el “tiempo de pensar” que al final de la sesión permitía un espacio de análisis respecto a lo sucedido durante el tiempo de juego. En varias ocasiones el tiempo de pensar no se lograba debido al caos que aún permanecía en el grupo y se utilizaba el momento de la entrada de la siguiente sesión para intentar la reflexión sobre lo sucedido en la sesión anterior.

Diferente a lo esperado, hubo un niño que decidió salir del grupo debido a la poca tolerancia al caos que se manifestaba en las sesiones,

hubo otros más que sólo manifestaron su desacuerdo, en estas ocasiones se les recordó que era su responsabilidad él cómo querían convivir al interior del grupo, así como el acompañamiento en la búsqueda de alternativas de solución ante su disgusto.

Sin embargo, las sesiones avanzaban y no parecía que fuese a ser suficiente el tiempo designado al proceso grupal (doce sesiones) para llegar a regular las manifestaciones agresivas, por lo que se decidió hacer modificaciones al dispositivo de intervención junto con el ingreso de una última generación de niños al grupo.

3. Dispositivo grupal integrativo

Finalmente se desarrolló un modelo mixto con respecto a los anteriores, mismo que se planteó por medio de un nuevo encuadre para las dos participantes de la generación anterior que iban a la mitad de su proceso y aprovechando que se incluían los niños de la última generación.

Este dispositivo se diseñó a partir de un modelo utilizado por Bratton y Ferebee (1999), en el que se divide el tiempo de la sesión en un momento de entrada, uno para realizar una actividad estructurada y dirigida y otro tiempo de juego libre, finalizando con un momento de reflexión, de esta forma se permiten los distintos tipos de expresión emocional, buscando sobre todo alcanzar un impacto positivo considerando las 12 únicas sesiones con las que contaba cada generación.

3.10 Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó primeramente por medio de metodología cuantitativa en la que se utilizó estadística descriptiva para mostrar la distribución sociodemográfica de la muestra, principalmente factores como sexo, edad, escolaridad, motivo de ingreso al albergue y relación con el agresor fueron tomados en cuenta.

Enseguida, por medio de estadística descriptiva se analizaron los resultados del pretest y postest de los instrumentos elegidos (CMAS-R y CDI) para ubicar los indicadores de nivel de ansiedad y depresión de los participantes, de esta forma se ubican cuáles son los indicadores más mostrados en los niños que ingresaron en las distintas generaciones al grupo, así como el nivel general de ansiedad y depresión mostrado. Por medio de la herramienta de estadística no paramétrica Chi cuadrada, se obtienen resultados comparativos entre test y postest de cada variable, sin embargo, la aplicación de postest no fue exitosa en casi la mitad de los casos debido a circunstancias poco anticipables de la estancia en el CET, sin embargo, pese a su nula validez estadística, el dato sirve como parámetro del movimiento de las variables y reafirma la utilidad de la intervención.

Finalmente se realizó un análisis cualitativo por medio de indicadores emocionales relativos a las variables de ansiedad y depresión, de los cuales se ubicaron principalmente siete indicadores: agresión, enojo, tristeza, miedo, dependencia, compañerismo y culpa, así como ciertas actitudes no encuadrables en estas categorías pero que también se incluyen en las descripciones por su importancia (anexo 1).

A partir de estas categorías se detalla la evolución emocional de estas conductas durante cada dispositivo grupal, especificando el tema propuesto en las actividades a modo de estímulo dado para cada sesión y cómo éste al entrar en contacto con la dinámica grupal desemboca en la variedad emocional.

En el siguiente capítulo se desarrolla detalladamente el análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos.

Capítulo 4. Análisis de resultados

Con base en los objetivos planteados para la presente investigación, como son la identificación de comportamientos y emociones presentadas por los niños atendidos durante el proyecto, así como ubicar el nivel de ansiedad y depresión, el análisis de la dinámica grupal e identificar avances tras el trabajo grupal de corte psicoterapéutico. Se llevó a cabo un análisis cualitativo y cuantitativo de los indicadores relativos a ansiedad y depresión en la conducta individual y sus repercusiones en la dinámica grupal.

Para analizar las características del grupo de niños con los que se trabajó se utilizó la estadística descriptiva para obtener las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, así como las respuestas a cada uno de los reactivos de los instrumentos CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1997) y CDI (Kovacs, 2002). Para la escala de ansiedad en niños los indicadores se dividieron en las cuatro sub-escalas propuestas para su calificación: Ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Con respecto al inventario de depresión para niños (CDI) se analizaron los elementos de disforia y autoestima negativa como componentes básicos de la presencia de depresión.

Aunque originalmente se planeó realizar pruebas de estadística no paramétrica para comparar el pre-test y post-test de los instrumentos utilizados, este análisis no fue posible debido a que la mayoría de los niños salieron del CET antes de poder realizar el post-test. Por lo tanto se decidió realizar sólo un análisis descriptivo por reactivos y áreas.

Finalmente se efectúa un análisis cualitativo con base en los registros de cada sesión grupal considerando los indicadores específicos referentes a ansiedad y depresión y a su aumento, modificación o disminución durante las doce sesiones de cada dispositivo, considerando la evolución de la dinámica grupal y los temas planteados y desarrollados dentro del grupo. Estos resultados son

contrastados con los análisis cuantitativos que complementan el estudio permitiendo tener una visión global del impacto del tratamiento en los menores.

4.1 Análisis de resultados cuantitativos

4.1.1 Estadística descriptiva de variables sociodemográficas.

Para el primer análisis se examinaron los datos de los menores por medio de estadística descriptiva a través de los valores de frecuencias y porcentajes de sus datos personales a partir del Cuestionario Sociodemográfico para Menores Maltratados: CSDMM (Ampudia y Balbuena, 2006). A partir de éste se analizaron las frecuencias y porcentajes de datos como sexo, edad, nivel escolar, personas con las que vivían, motivo de ingreso y relación con el agresor, mismas que se describen a continuación.

Tabla 1.
Frecuencia y porcentaje de la variable sexo

	F	%
Femenino	7	41
Masculino	10	59
Total	17	100

La tabla 1 muestra el análisis de frecuencia de la variable sexo, donde la muestra está constituida en general por más varones que por mujeres, aunque es casi equitativa. En adelante se dividen las muestras en masculino y femenino para una mayor claridad en los datos.

Tabla 2.
Frecuencia y porcentaje de la variable edad

	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
6 años	1	10	1	14
7 años	1	10	1	14
9 años	3	30	1	14
10 años	3	30	3	43
11 años	2	20		
12 años			1	14
Total	10	100	7	100

En la tabla 2 se ubica la relación de la edad de los menores, en el caso de los varones se observa un mayor porcentaje entre los 9 y 10 años (60%), seguido de los 11 años (20%) y finalmente los que tienen entre 6 y 7 años de edad (10% cada uno). Por otro lado, en las niñas hay un porcentaje mayor en la edad de 10 años (43%), seguido de una única representante en las demás edades. Finalmente, la media de edad para hombres y mujeres fue de 9.2 años.

Tabla 3.
Frecuencia y porcentaje de la variable grado escolar

Grado escolar del menor	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Primer grado	2	20	1	14.3
Segundo grado	0	0	1	14.3
Tercer grado	0	0	2	28.5
Cuarto grado	5	50	1	14.3
Quinto grado	2	20	2	28.5
Sexo grado	0	0	0	0
No estudia	1	10	0	0
Total	10	100	7	100

Respecto al grado escolar de los participantes se observa que la mitad de los niños de la muestra cursaban el 4º grado de primaria (50%), seguidos de un 20% en primer grado y otro 20% en quinto grado, finalmente el menor porcentaje se ubica con niños no escolarizados (10%) que es representado por un participante en esta situación.

En el caso de las mujeres, el mayor porcentaje es igual en tercer y quinto grado (28.5% cada uno), seguidos por un 14.3% para primero, segundo y cuarto grado respectivamente, en este grupo no se ubican sujetos no escolarizados.

Tabla 4.
Frecuencia y porcentaje de la variable personas con las que vive

Vive con	F	%
Sólo con mamá	2	11.8
Sólo con papá	1	5.9
Con ambos padres	3	17.6
Tíos	1	5.9
Mamá y padrastro	5	29.4
Abuelos	1	5.9
Padrastro	1	5.9
Se desconoce	3	17.6
Total	17	100

En la tabla 4 se observan las frecuencias referentes a con quienes vivían los menores antes de ser integrados al CET, donde se ubica como el más alto porcentaje los niños que vivían con la madre y el padrastro (29.4%), seguido de los que vivían con ambos padres (17.6%) y un porcentaje de menores que para ese momento aún no se tenía definido con quienes vivían antes de ingresar al CET “se desconoce” (17.6%), en ese orden se ubica “sólo con mamá” (11.8%) y finalmente los tres rubros con menor porcentaje: “sólo con papá”, “tíos”, “abuelos”, “padrastro” (5.9% aproximadamente).

Tabla 5.
Frecuencia y porcentaje de la variable motivo de ingreso

Motivo de ingreso al F			%
albergue			
Padres	detenidos	1	5.8
(Narcomenudeo)			
Omisión de cuidados		1	5.8
Puesta a disposición		1	5.8
Abandono		3	17.6
Violencia familiar		11	64.7
Total		17	100

Dentro de la tabla 5 se analiza la variable que explica el motivo de ingreso del menor al CET, en esta se ubica un marcado porcentaje por encima de la mitad de los casos de Violencia Familiar (64.7%), seguido de lejos por casos de abandono (17.6%) y finalmente un caso de cada rubro referentes a Omisión de cuidados, puesta a disposición y padres detenidos (5.8% para cada rubro).

Tabla 6.
Frecuencia y porcentaje de la variable relación con el agresor

Agresor del menor		
	F	%
Mamá	5	29.4
Papá	1	5.9
Ambos padres	1	5.9
Padrastro	4	23.5
Madre y padrastro	1	5.9
Tío(a)	1	5.9
Abuela	1	5.9
Se desconoce	3	23.5
Total	17	100

Dentro de la tabla 6 se analizó la variable de agresor al menor y el parentesco que se tiene con éste, encontrando que el principal agresor de la muestra suele ser la madre (29.4%), seguido por el padrastro (23.5%), hay un porcentaje de casos en los que aún no estaba definido el agresor debido a lo prematuro de las declaraciones. Finalmente, con un solo caso para cada rubro (5.9%), se encuentran: Papá, ambos padres, madre y padrastro, tío y abuela.

En este caso es interesante notar que, quitando los casos desconocidos, si se considera madre y/o padrastro como agresores, se obtiene un 71.4% de los casos en los que una de estas dos figuras o ambas son los agresores (n=14). Es importante este señalamiento dado que el resentimiento hacia estas figura, pero especialmente hacia el padrastro es un tema que se volvió recurrente durante las sesiones.

4.1.2 Estadística descriptiva del Inventario de depresión (CDI), Kovacs (2002).

El siguiente análisis de la presente investigación consistió en obtener frecuencias y porcentajes de los reactivos del Inventario de Depresión (CDI) de Kovacs (2002), agrupados en las dos áreas que la misma autora del instrumento propone como componentes de la depresión: Autoestima negativa y Disforia.

Se utilizan los resultados de este instrumento para ubicar los indicadores de depresión en los niños a unos días de su ingreso al CET, sólo fue posible aplicar el post-test a 3 de los participantes por lo que los resultados de salida no se agregaron en este caso.

Tabla 7.
 Área: Disforia del Cuestionario de Depresión (CDI)

No. De reactivo	Opciones de respuesta	Pre		Post	
		F	%	F	%
R1	Estoy triste de vez en cuando	5	55.6		
	Estoy triste muchas veces	2	22.2		
	Estoy triste siempre	2	22.2		
R4	Me divierten muchas cosas	6	66.7		
	Me divierten algunas cosas	1	11.1		
	Nada me divierte	2	22.2		
R5	Soy malo algunas veces	8	88.9		
	Soy malo muchas veces	0	0		
	Soy malo siempre	1	11.1		
R7	Me gusta como soy	7	77.8		
	No me gusta como soy	2	22.2		
	Me odio	0	0		
R8	Generalmente no tengo la culpa de que me ocurran cosas malas	7	77.8		
	Muchas cosas malas son mi culpa	2	22.2		
	Todas las cosas malas son culpa mía	0	0		
R9	No pienso en matarme	5	55.6		
	Pienso en matarme, pero no lo haría	2	22.2		
	Quiero matarme	2	22.2		
R10	Tengo ganas de llorar de vez en cuando	6	66.7		
	Tengo ganas de llorar muchos días	0	0		
	Tengo ganas de llorar todos los días	3	33.3		
R12	Me gusta estar con a gente	7	77.8		
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente	1	11.1		
	No quiero en absoluto estar con a gente	1	11.1		
R16	Duermo muy bien	4	44.4		
	Muchas veces me cuesta dormirme	0	0		
	Todas las noches me cuesta dormirme	5	55.6		
R17	Estoy cansado de vez en cuando	6	66.7		
	Estoy cansado muchos días	0	0		
	Estoy cansado siempre	3	33.3		
R18	Como muy bien	7	77.8		
	Muchos días no tengo ganas de comer	1	11.1		
	La mayoría de los días no tengo ganas de comer	1	11.1		
R20	Nunca me siento solo	3	33.3		
	Me siento solo muchas veces	2	22.2		
	Me siento solo siempre	4	44.4		
R21	Me divierto en el colegio muchas veces	6	66.7		
	Me divierto en el colegio de vez en cuando	2	22.2		
	Me divierto en el colegio siempre	1	11.1		
R22	Tengo muchos amigos	2	22.2		
	Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más	4	44.4		
	No tengo amigos	3	33.3		
R25	Estoy seguro de que alguien me quiere	5	55.6		
	No estoy seguro de que alguien me quiera	3	33.3		
	Nadie me quiere	1	11.1		
R27	Me llevo bien con las personas	6	66.7		
	Me peleo muchas veces	3	33.3		
	Me peleo siempre	0	0		

Tabla 8.
 Área: Autoestima negativa del cuestionario de Depresión (CDI)

No. De reactivo	Opciones de respuesta	F	%
R2	Las cosas me saldrán bien	4	44.4
	No estoy seguro si las cosas me saldrán bien	2	22.2
	Nunca me saldrá nada bien	3	33.3
R3	Hago bien la mayoría de las cosas	5	55.6
	Hago muchas cosas mal	1	11.1
	Todo lo hago mal	3	33.3
R6	A veces pienso que me podrían ocurrir cosas malas	2	22.2
	Me preocupa que me ocurran cosas malas	3	33.3
	Estoy seguro de que me van a ocurrir	4	44.4
R11	Las cosas me preocupan de vez en cuando	6	66.7
	Las cosas me preocupan muchas veces	1	11.1
	Las cosas me preocupan siempre	2	22.2
R13	Me decido fácilmente	4	44.4
	Me cuesta decidirme	3	33.3
	No puedo decidirme	2	22.2
R14	Tengo buen aspecto	4	44.4
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan	2	22.2
	Soy feo o fea	3	33.3
R15	No me cuesta ponerme a hacer los deberes	6	66.7
	Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes	2	22.2
	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	1	11.1
R19	No me preocupa el dolor y la enfermedad	4	44.4
	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad	2	22.2
	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	3	33.3
R23	Mi trabajo en la escuela es bueno	5	55.6
	Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes	0	0
	Llevo muy malas calificaciones en materias donde antes iba bien	4	44.4
R24	Soy tan bueno como otros niños	5	55.6
	Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños	1	11.1
	Nunca podré ser tan bueno como otros niños	3	33.3
R26	Generalmente hago lo que me dicen	5	55.6
	Muchas veces no hago lo que me dicen	1	11.1
	Nunca hago lo que me dicen	3	33.3

Con respecto a la disforia correspondiente al Inventarios de Depresión para niños CDI Kovacs (2002) la tabla 7 muestra los resultados donde resaltan los resultados que indican mayor disforia o de la categoría “siempre”: Me siento solo siempre y No tengo amigos con 44.4% cada uno, Estoy cansado siempre (33.3%) y Estoy triste siempre, nada me divierte y quiero matarme con 22.2% cada uno.

Por otro lado los porcentajes más altos (mayor a 70%) se ubicaron en la categoría “nunca” que designa menor disforia: Soy malo algunas veces (88.9%) y los reactivos Me gusta cómo soy, Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas, Me gusta estar con la gente y Como muy bien con 77.8% cada uno, lo que indica la presencia de recursos emocionales suficientes a nivel global.

Por otro lado en el área de autoestima (negativa), los porcentajes entre las diversas categorías fueron menos discrepantes, sin embargo se ubican en la categoría “siempre” (indicadora de menor autoestima) los siguientes porcentajes por reactivo: Estoy seguro que me van a ocurrir cosas terribles y Llevo muy malas calificaciones en las materias donde antes iba bien: con 44% cada una, seguido por Nunca nada me saldrá bien, Todo lo hago mal, Soy feo o fea y Nunca hago lo que me dicen con 33% y finalmente Las cosas me preocupan siempre y No puedo decidirme con 22.2% cada uno.

4.1.3 Estadística descriptiva del CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1997).

Para ubicar el nivel de ansiedad que presentaron los niños de estudio, se analizaron los componentes que se presentan dentro de la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada CMAS-R cuyos autores Reynolds y Richmond (1997), proponen tres componentes básicos: Ansiedad fisiológica, Inquietud/Hipersensibilidad y Preocupación Social/Concentración. Finalmente se ubican los reactivos relativos a Mentira, que representan una conducta ideal e imposible en el individuo (Ampudia, Santaella y Eguía, 2009). Este instrumento se

aplicó antes y después de la intervención grupal, sin embargo, el post-test sólo pudo realizarse en 8 de los 17 sujetos debido a salida no anticipada del CET.

Tabla 9.

Área: Ansiedad fisiológica de la escala de ansiedad CMAS-R

No. De reactivo	Pre		Post	
	F (si)	%	F (n=8)	% (valido)
1.Me cuesta trabajo tomar decisiones	11	64.7	5	62.5
5. Muchas veces siento que me falta el aire	8	47.1	4	50
9. Me enojo con mucha facilidad	10	58.8	4	50
13. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido	11	64.7	5	62.5
17. Muchas veces siento asco o nauseas	12	70.6	4	50
19. Me sudan las manos	10	58.8	4	50
21. Me canso mucho	12	70.6	3	37.5
25. Tengo pesadillas	11	64.7	5	62.5
29. Algunas veces me despierto asustado	13	76.5	4	50
33. Me muevo mucho en mi asiento	10	58.8	3	37.5

La tabla 9 muestra los porcentajes de respuesta “sí” para distintos indicadores de ansiedad fisiológica, en los cuales sobresale (mayor a 70%), Algunas veces me despierto asustado (76.5%), seguido por Muchas veces siento asco o náuseas y Me canso mucho con 70.6% cada uno. Al comparar con el post-test se ubica una disminución en prácticamente todos los indicadores de ansiedad fisiológica, siempre considerando este dato como una referencia sin valor estadístico.

Tabla 10.
 Área: Inquietud/Hipersensibilidad escala de ansiedad CMAS-R

No. De reactivo	Pre		Post	
	F (Si)	%	F (n=8)	% válido
2. Me pongo nervioso cuando las cosas no salen como quiero	12	70.6	4	50
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado	6	35.3	3	37.5
7. Muchas cosas me dan miedo	14	82.4	4	50
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	13	76.5	6	75
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	12	70.6	4	50
18. Soy muy sentimental	12	70.6	4	50
22. Me preocupa el futuro	10	58.8	5	62.5
26. me siento muy mal cuando se enojan conmigo	12	70.6	6	75
30. Me siento preocupado cuando me voy a dormir	8	47.1	5	62.5
34. Soy muy nervioso	13	76.5	6	75
37. Me preocupa que algo malo me pase	10	58.8	5	62.5

El análisis de la tabla 10 muestra los indicadores referentes a Inquietud/Hipersensibilidad en los cuales sobresalen (Mayor a 70%): Muchas cosas me dan miedo (82.4%), Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir y soy muy nervioso (76.5% cada uno), y finalmente Me pongo nervioso cuando las cosas no salen como quiero, Me preocupa lo que la gente piense de mí, Soy muy sentimental y Me siento mal cuando se enojan conmigo, cada uno con 70.6%. Con respecto al post-test 5 de los 11 indicadores de inquietud e hipersensibilidad muestran un aumento en el porcentaje válido, al analizar los reactivos por separado se pueden suponer hipótesis relacionadas con preocupación por la situación de transición, ya que estos reactivos se refieren a incertidumbre y a situaciones futuras, mismas que se van haciendo confusas durante la estancia en el CET.

Tabla 11.
 Área: Preocupación social/Concentración

No. De reactivo	Pre		Post	
	F (si)	%	F (n=8)	% (válido)
3.Las cosas son más fáciles para los demás que para mi	9	52.9	2	25
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	8	47.1	2	25
15. Me siento solo aunque esté acompañado	12	70.6	5	62.5
23. Los demás son más felices que yo	12	70.6	4	50
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	11	64.7	4	50
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	10	58.8	5	62.5
35. Muchas personas están contra mí	9	52.9	2	25

La tabla 11 se refiere al área de Preocupación social y concentración, dentro de esta área se ubicaron pocos indicadores de Preocupación social y falta de concentración, dentro de los cuales sólo destacan Me siento solo, aunque esté acompañado y Los demás son más felices que yo con 70.6% cada uno. En este caso todos los reactivos disminuyen durante el post-test a excepción de Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas, lo cual podría explicarse dado que en la mayoría de los casos, antes de ingresar al CET la mayoría de los participantes no tenían seguimiento de su desempeño escolar, refieren ausentismo e incluso uno de ellos no estaba escolarizado.

Tabla 12.
Área: mentira

No. De reactivo	Pre		Post	
	F (si)	%	F(n=8)	%válido
4.Todas las personas que conozco me caen bien	14	82.4	6	75
8. Siempre soy amable	13	76.5	8	100
12. Siempre me porto bien	14	82.4	8	100
16. Siempre soy bueno	12	70.6	8	100
20. Siempre soy agradable con todos	13	76.5	7	87.5
24. Siempre digo la verdad	13	76.5	7	87.5
28. Me enojo con facilidad	11	64.7	3	37.5
32. Digo cosas que no debo decir	11	64.7	2	25
36. Digo mentiras	7	41.2	2	25

Finalmente, la tabla 12 muestra un alto porcentaje en relación a la imagen ideal que los niños quieren mostrar al ingreso al albergue, resaltan especialmente los reactivos: Todas las personas que conozco me caen bien y Siempre me porto bien, con 82.4% cada uno, seguidos de Siempre soy amable, Siempre soy agradable con todos, Siempre digo la verdad con 76.5% cada reactivo. Ampudia et. Al. (2009) mencionan que una puntuación alta en esta área específica puede corresponder a sentimientos de aislamiento o rechazo social en el caso de niños maltratados. En este caso es especialmente interesante el resultado del post-test, ya que hay un notable aumento en el querer presentar una imagen aceptable para el otro, los reactivos hacen referencia a valores solicitados diariamente por las cuidadoras del CET, por lo que esta reacción de intentar asemejarse a este ideal impuesto por el nuevo entorno social podría estar hablando de un intento de adaptación a partir de la escasez de recursos sociales.

4.2 Análisis de resultados cualitativos

Debido a que la presente es una investigación no experimental, no se tiene control directo sobre ninguna de las variables, sin embargo, se busca inferir la relación entre las variables por medio del análisis e interpretación de los registros en muestreo de tiempo realizados por una observadora neutral (Kerlinger y Lee, 2002).

Con base en estos registros, se consideraron las categorías de elementos emocionales más marcados en las sesiones y relativos a las variables planteadas, enseguida se interpretó la presencia, ausencia y momentos de aparición de estas categorías relacionadas con las variables de ansiedad y depresión.

Se tomó un registro escrito de la mayoría de las sesiones llevadas a cabo por medio de una observadora neutral dentro del grupo. A partir del análisis de estas sesiones se ubicaron elementos emocionales, la mayoría relacionados con ansiedad y depresión y se fue dando seguimiento a su evolución a lo largo del proceso y considerando los estímulos dados en cada sesión por medio del tema planteado en las actividades (especialmente las más directivas) y el tipo de materiales proporcionados a los miembros del grupo.

Los elementos analizados como reacciones emocionales fueron: agresividad manifiesta y simbólica, enojo, dependencia, tristeza, culpa, temor, compañerismo, entusiasmo y una categoría denominada "otros" para considerar indicadores emocionales de importancia pero que no son clasificables en ninguna de las categorías anteriores.

Como se comentó, al definir las variables se eligieron estas categorías con base en la propuesta de elementos conductuales de ansiedad y depresión propuesta por Kamphaus y Frick (2000) a partir de criterios del DSM-IV. Además, los elementos emocionales se consideraron como respuestas expresadas por medio de conductas, expresiones faciales y cambios fisiológicos observables como lo sugieren Martínez Fernández y Palmero (2002) en Esquivel 2010.

A continuación, se realiza el análisis de los elementos emocionales reiterados en la transcripción de las sesiones, que muestran el desarrollo de la dinámica emocional del grupo a lo largo del proceso.

4.2.1 Análisis del grupo A estructurado o gestalt.

Este primer dispositivo está conformado por 6 niños varones, tras las primeras tres sesiones uno de ellos sale del CET por lo que es dado de baja del grupo, en la sesión número 7 se incorporan dos niñas de 8 y 10 años de edad, que son el hilo conductor para el siguiente grupo. En este primer grupo los elementos emocionales más significativos por su incidencia fueron:

Agresividad y enojo

En el primer grupo la agresividad se manifiesta desde el momento del encuadre, cuando uno de los chicos comienza a pegar contra el piso y los demás lo siguen, la mayoría de los participantes tienen menos de un mes de haber ingresado al CET, sin embargo, han tenido la experiencia de ir al cuarto de juegos con su psicóloga titular, es un lugar donde parecen tener cierta confianza para expresarse. En este caso el niño iniciador de la conducta agresiva aprovecha la ausencia de demanda por parte de las terapeutas y propone su posición como líder dentro del grupo, luego, su posición se reafirma por sus compañeros que lo siguen, Slater (1966) (citado por Kaplan y Sadock, 1996) explica este fenómeno en los grupos como una dinámica global que surge por la unión del grupo contra un líder (el terapeuta) que debe morir para que el grupo sobreviva, en este caso a través de golpes y ruido, una manifestación prioritariamente masculina (Holodynski, 2004; Glasgow, 2005; Gaxiola et al, 2006. Citados por Ampudia, 2019), es como el grupo se une en una revuelta contra la voz de las terapeutas, de manera simbólica, aunque afectando mínimamente la función del grupo.

En esta primera sesión se conforma un grupo homogéneo respecto al motivo de ingreso al albergue ya que todos los miembros han sido víctimas de

maltrato de algún tipo por parte de un familiar, esto puede explicar la reacción agresiva que se deriva desde el primer momento (Ampudia, 2009), al ingresar al CET los niños suelen manifestar dificultades para la adaptación a la institución, mismas que Curran (2006) menciona como una consecuencia de relaciones poco afectivas en la familia nuclear, más allá del duelo derivado del cambio de residencia, de cuidadores y de rutina.

Aun durante esta sesión 1, mientras los niños se presentan se les pide hablar de algo que les guste, ellos eligen nombrar animales feroces y además aprovechan para comentar que algo que no les gusta es ser agredidos por medio de insultos hacia sus familias, el duelo emergente se hace manifiesto cuando aparece el tema familiar, probablemente debido a que sucede en un momento en que empiezan a habituarse al espacio del CET y a la vez saben que probablemente no volverán a su hogar ni verán a sus familias en mucho tiempo. En este caso el duelo aparece acompañado de agresividad defensiva, lo cual denota una etapa temprana en el mismo.

En las sesiones 2 y 3 de este primer dispositivo los chicos aprovechan los temas y actividades que se proponen y de esta manera emerge la agresividad simbólicamente, por medio de personajes que se atacan entre sí o atacan a sus familias, luego por medio de juego de peleas con espadas o martillos inflables, a partir de la 4ª sesión la agresividad se empieza a hacer manifiesta entre ellos, buscan pretextos para pelear y poco a poco pasan del juego a una lucha con una gran carga emocional, el clímax de este proceso se ubica claramente en las sesiones 6 y 7 cuando dos de los niños se insultan y se pelean muy enojados, al grado de que una terapeuta tiene que salir con uno de ellos para tranquilizarlo y la otra se queda con el otro niño, en la siguiente sesión uno de los niños más reactivos vuelve a pelear pero esta vez con otro de los participantes, nuevamente deben ser separados. Cabe mencionar que en estas dos sesiones se tocaron temas importantes relativos a las emociones y las situaciones que las provocan, la tristeza por ejemplo se encuentra relacionada con la vida familiar y la añoranza de su hogar, y el enojo por su parte, se ubica tanto en la violencia ejercida por los

padres como en la agresividad percibida en sus compañeros del CET. Finalmente, como característica de esta población, al convivir juntos cada día se ubicaron ciertas rivalidades gestadas anteriormente fuera del grupo de trabajo.

Kenberg (1980), sugiere que al evocar las relaciones objetales primarias y los mecanismos de defensa, que en este caso son activados por los temas referentes a emociones negativas, se activan atmósferas grupales regresivas, que conducen a formas intensas de agresión, además de que la agresividad puede hacerse más manifiesta en grupos muy estructurados para contraponerse a las tareas propuestas.

Con el avance de las sesiones se nota un mayor uso de materiales y juegos para expresar la agresividad simbólicamente: espadas, martillos inflables, miniaturas, historias y dibujos. De esta forma utilizan el juego para competir, descargar energía reprimida y actuar de forma agresiva desde una actividad socialmente aceptable (Schaffer, 2002). En la última sesión sólo uno de los niños agrede a otro excluyéndolo pasivamente de los juegos.

Dependencia y compañerismo

El ingreso al grupo inicia con una carga de compañerismo: uno de los chicos más expresivos comenta en la primera sesión mientras se presentan “aquí todos somos hermanos”, además durante las primeras sesiones de este primer grupo se observan varias manifestaciones de dependencia por medio de regresiones, ubicadas en la literatura de grupos de psicoterapia infantil como una característica del trabajo emocional debido a la activación de mecanismos defensivos emergentes y ansiedades subyacentes de la transferencia (Dupont, GIN-GAP). Al mismo tiempo se ubicó una excesiva demanda de atención hacia las terapeutas, lo cual se considera una reacción común en niños víctimas de maltrato ya que buscan persistentemente la aceptación y aprobación de otras personas (Del Barrio, 1997, 2001; Del Barrio y Moreno, 1996).

Durante la 3ª sesión se trabaja el tema de la contención y satisfacción de las necesidades básicas, al final, los niños actúan espontáneamente este tema

preparando “comida” para sus compañeros, para la siguiente sesión donde surge el tema de la familia se habla a nivel latente de padres que no satisfacen sus necesidades más básicas. En muchas de las teorías sobre dinámicas grupales se ubica la fantasía vivida por los miembros del grupo de ver a éste como una madre (desde la concepción planteada por Melanie Klein), que también incluye aspectos negativos que en el grupo se traducen como una instancia que castiga, que agrede o abandona como una madre mala, por otro lado el ver al grupo como una madre protectora, nutricia y contenedora despierta en los individuos la necesidad de sentirse aceptados y comprendidos por el grupo (O’Donnell, 1974).

Esta metáfora también ayuda a explicar el fenómeno advertido en materia de dependencia: conforme los niños ubican carencias en la satisfacción de sus necesidades básicas en general, se ubica al “albergue” como un lugar contenedor que sí logra cumplir las funciones maternas, aparecen manifestaciones de compañerismo y cohesión de grupo que los ponen en una posición menos dependiente para con las terapeutas y más enfocada a las relación entre los miembros del grupo.

Durante este primer proceso es notoria una disminución de las manifestaciones de dependencia y aumento de manifestaciones de compañerismo y cohesión de grupo en las últimas cinco sesiones, sin embargo, algunas de estas manifestaciones son reacciones afectivas y eróticas entre niños y las niñas que ingresaron apenas en la sesión 7. Especialmente durante la última sesión se reafirma un vínculo especial entre los participantes que cierran el proceso coordinándose espontáneamente para tocar instrumentos y cantar una canción de agradecimiento para sus compañeros y terapeutas.

Tristeza, culpa y miedo

Estos elementos aparecen fuertemente desde la primera sesión y están manifiestamente relacionados tanto con la violencia familiar que impregna sus historias como con la añoranza de volver con sus familias y a su hogar, en lo sucesivo es más sencilla la expresión de tristeza que envuelve los recuerdos

familiares; las historias de padres o madres perdidos o ausentes suelen ser muy recurrentes cuando hay temas libres en el juego o los dibujos, lo que podría estar señalando culpa y sensación de haber merecido los maltratos recibidos que en la mayoría de los casos se dio por parte de alguna de las figuras parentales. Finalmente, el miedo aparece también intermitentemente junto con estos temas, ya que los niños suelen manifestar la necesidad de protección contra peligros persecutorios que aparecen en las historias. Los indicadores de culpa, tristeza y temor forman un ciclo durante este primer proceso y suelen reiniciarse por medio de fantasías compensatorias donde los padres llegan a morir. En las sesiones finales estos elementos se desenvuelven dirigiéndose más hacia los compañeros del grupo que hacia los recuerdos de sus padres y familiares, los niños hablan de la tristeza por separarse de sus compañeros, del enojo hacia éstos mismos o la culpa por sentirse flojos u holgazanes en la escuela o incapaces de seguir las reglas del CET. Sin embargo, en las últimas dos sesiones no se ubican elementos relevantes de culpa o tristeza.

Los tres elementos aquí analizados son indicadores de ansiedad y depresión, pero además tienen que ver con una autoestima baja, elemento crítico en la etapa escolar donde Erickson (2000) ubica la inferioridad como principal enemigo del desarrollo psicosocial. Por otro lado, la ansiedad, la frustración, la tristeza y la mala autoimagen, son elementos muy observados en niños maltratados, aunados a una mínima demostración de alegría o placer y a sentimientos de fracaso y vergüenza respecto a sus problemas de aprendizaje (Mennen, 2004), que además se consideran signos predictores de dificultades en la adaptación social y emocional (Del Barrio y Moreno, 1996).

Otros

Durante este primer dispositivo se ubican limitaciones para manejar al grupo en dos momentos distintos: primero cuando la agresividad se empieza a manifestar más intensamente, y luego tras la inclusión de dos nuevas integrantes

en la sesión 7. Por esta razón, a partir de la sesión nueve se utiliza la técnica del tiempo fuera (Shelby y Campos, 2011) para evitar que los niveles de impulsividad que derivan en agresión se incrementen demasiado, es importante mencionar que esta técnica se aplica brindando un acompañamiento cercano y contención emocional durante el tiempo fuera para evitar el sentimiento de exclusión en el niño. Otra característica de este primer grupo es que el uso de la agresividad se incrementa poco a poco para luego manifestarse abiertamente con peleas entre los miembros más activos del grupo, en las últimas sesiones ésta se va volviendo más simbólica y se manifiesta por medio de juegos, historias y dibujos.

4.2.2 Análisis grupo B no directivo o psicodinámico

Este segundo dispositivo inicia con el ingreso de la tercera generación conformada por dos niñas (6 y 10 años) y tres niños (6, 9 y 10 años), durante la 7ª sesión de la generación anterior (conformada por B y ML dos niñas de 8 y 10 años respectivamente, que también ingresaron en la sesión 7 de 12 de la generación anterior). (figuras 2 y 3 anexos).

Revisando aspectos técnicos del grupo A se ubica la importancia de dar más tiempo de juego libre, permitir que los impulsos agresivos emerjan y se tornen simbólicos y reparadores por medio de la interacción con los otros miembros del grupo y la posibilidad de usar materiales de expresión emocional, es así como se diseñan sesiones de estructura libre con base en modelos psicodinámicos.

El proceso emocional se vuelve muy intenso y violento para los miembros del grupo a partir de la propuesta de juego libre con una mínima intervención de las terapeutas, la agresión manifiesta no llega a condensarse y expresarse en golpes como en el clímax del grupo anterior (estructurado o gestalt) pero sí aparecen insultos, exclusiones y manejo de temas familiares complicados que

hace sentir a los niños vulnerables, tras revisar el proceso se propone retomar actividades estructuradas que den mayor contención y un espacio de juego libre para la expresión y elaboración emocional, dando inicio al tercer dispositivo después de la 6ª sesión de juego libre.

Agresividad y enojo

Por motivos de organización dentro del CET, la primera sesión de este nuevo formato grupal se lleva a cabo solamente con las dos niñas de la segunda generación que fueron parte del grupo anterior, se conforman dos equipos donde cada una elige a una de las terapeutas para realizar un juego de luchas entre princesas guerreras, la agresividad se mantiene muy contenida dentro de las reglas no explícitas del juego. En la segunda sesión se incluyen los cinco elementos que conforman la tercera generación: dos niñas (de 6 y 10 años de edad) y tres niños (de 6, 10 y 11 años), las dos niñas de la generación anterior intentan demostrar mayor poderío debido a su antigüedad en el grupo y su alianza entre ellas o cual es un fenómeno típico en las dinámicas grupales, en este caso el rol social que estas dos niñas juegan en el grupo es el de dominadoras en busca de reconocimiento, para (Benne y Sheats, 1948. En Sánchez, 2002) estos papeles suelen reclamar superioridad y atención por parte del grupo. Al presentarse hay uno de los niños que reporta mayores dificultades de adaptación social en el CET, éste menciona sarcásticamente que le gusta que se burlen de él mientras se presenta con un nombre falso. Este mismo chico (C, 9 años), inicia una relación de coqueteo agresivo con una de las niñas de la generación anterior (MI, 10 años), mismo que a través de las siguientes sesiones se manifiesta por medio de insultos y jalones entre ellos. Para Slater (1966, en Kaplan y Sadock, 1996), la fase de agresividad dentro del grupo inicia con agresiones contra el terapeuta que luego se vuelcan sobre los mismos miembros, al excluir al líder de la dinámica agresiva aumenta el interés sexual entre los participantes, manifestándose con fantasías de reproducción.

Hay al menos 3 de las 5 sesiones de este formato en que se prefiere el juego de luchas con espadas o cojines la mayor parte de la sesión, el primer día la

mayoría de los niños eligen estos juegos, algo sorprendidos de que haya pocas prohibiciones por parte de las terapeutas. Los grupos basados en enfoques psicodinámicos no tienen papeles definidos para los participantes, ni una agenda que ayude a ocultar las ansiedades que el mismo grupo despierta, aunque es obvio discriminar el papel del terapeuta y los participantes, la ausencia de demanda por parte del terapeuta convierte al grupo en una estructura semivacía, que suele llenarse con múltiples transferencias (Bion, 1948). Con el pasar de las sesiones algunos chicos eligen jugar a disfrazarse, al arenero o elegir otros materiales, sin embargo, se sienten agredidos por el continuo golpeteo de los que siguen eligiendo las peleas, además, la violencia parece permear los diversos juegos simultáneos en el salón de juegos, en una ocasión una niña va a comprar verduras a otra y le pide las cosas de manera soberbia, hasta llegar a agresiones más directas como tirar el “puesto de verduras”. Aunque poco a poco se empieza a autorregular la agresividad dentro del grupo, se calcula que 12 sesiones no serán suficientes para lograr regular las manifestaciones violentas; por un lado se observa que el avance por las etapas del grupo psicodinámico indica la próxima regulación de impulsos agresivos, la instauración de una cultura grupal propia y el desempeño de las cualidades del líder por distintos miembros, estos elementos son citados por diversos autores como indicadores de cambios positivos en los grupos psicodinámicos (Bion, 1948; Kaplan y Sadock, 1996; Díaz, 2000; Jinich y Dupont, 2007). Sin embargo, uno de los niños decide no seguir asistiendo al grupo y otra niña falta a una sesión voluntariamente, ambos casos debido a la violencia que se percibe dentro del cuarto de juegos, por esta razón y considerando las características de una población sensible a la violencia, se decide cambiar las técnicas grupales empleadas, para garantizar la protección de los niños del grupo y cumplir con el objetivo de apoyar la adaptación al CET en el breve proceso que ofrece el grupo.

Dependencia y compañerismo

Como ya se mencionó, la primera sesión se lleva a cabo sólo con las dos niñas que iniciaron en el primer dispositivo, una de ellas al principio de la sesión menciona que no tiene chiste estar en sesión si no hay más niños, sin embargo, en la siguiente sesión ella misma es quien excluye a los nuevos integrantes y menciona que ellas son las “patronas” por tener más tiempo en el grupo. La unión de las dos integrantes se hizo muy fuerte y se representó en la primera sesión por una intensa lucha con apoyo de las terapeutas que terminó en reparación simbólica reviviendo a todas las heridas del juego y fundando una amistad entre las princesas guerreras, esta actitud puede explicarse también desde el desarrollo social que ubica en la edad de los 8 a 10 años una evolución hacia relaciones sociales más íntimas, comprometidas e incluso posesivas y demandantes de exclusividad (Ampudia, 2009), desde esta perspectiva parece normal esta dificultad inicial para aceptar a otros niños y niñas que integren el grupo de ingreso. Sin embargo, durante la segunda sesión, estas dos niñas terminan integrándose con los nuevos miembros, usan el arenero junto con otros niños e invitan a uno de los chicos más aislados a unirse a ellos.

Los indicadores de dependencia aparecen como alternativa a la violencia de los juegos de pelea del grupo, algunas de las niñas juegan a la comidita y la comparten con sus compañeros y terapeutas, y hablan del albergue como un espacio que les da “cariño” (sic), eventos parecidos a los ubicados en el primer dispositivo. Sin embargo, la contraparte es que en el espacio de juego estas niñas reciben espadazos y cojinazos accidentales, y se refugian entre ellas, en la sesión 4 aparece en el juego la figura de la madre que cuida y alimenta, pero luego tiene que ir a trabajar y está ocupada, para finalmente tornarse violenta. Las funciones maternas, especialmente la alimentación, aparecen muchas veces en este segundo grupo, probablemente debido a una mayor presencia de niñas que de niños como figuras fuertes en el grupo, sin embargo, la carga agresiva invade estos papeles una y otra vez, disminuyendo un poco sólo hasta la quinta sesión, antes del cambio de dispositivo. Nuevamente aparece la madre ambivalente

actuada especialmente por las niñas del grupo, que son las primeras en dejar de lado las manifestaciones de agresión física y pasan a estas formas aparentemente más sutiles pero que desenvuelven una carga emocional fuerte, tal como se menciona en la literatura al respecto (Holodynski, 2004; Glasgow, 2005; Gaxiola et al, 2006. Citados por Ampudia, 2009).

Otro elemento notorio es el coqueteo entre distintas parejas de niños, especialmente los mayores se involucran mucho, sin embargo, en la mayoría de los casos, la comunicación de estos afectos está cargada de violencia ya sea porque se agreden física o verbalmente para llamar la atención del compañero deseado o porque ante alguna declaración de cariño el aludido suele responder con insultos. A pesar de esto se ubica esta conducta como una forma de buscar convivencia y unión con otros miembros del grupo, así como un avance en el proceso grupal desde un punto de vista psicodinámico, ya que el interés sexual aparece junto con la agresividad entre los miembros y representa fantasías de reproducción y empoderamiento (Slater, 1966 en Kaplan y Sadock, 1996).

Tristeza y paranoia

En este segundo grupo no se ubicaron indicadores importantes de culpa o temor, pero sí de paranoia, cuando tras jugar a luchar con cojines durante largo rato, una de las “veteranas” del grupo explica a sus compañeros en la 2a sesión que las terapeutas y la observadora son “como policías que interrogan y anotan todo”, a través de la denuncia que hace de las terapeutas, esta chica (MI, 10 años) surge como líder en la lucha por despojar a los terapeutas de su poder, típica fase inicial del grupo psicodinámico (Bion, 1948; Kaplan y Sadock, 1996; Díaz, 2000; Jinich y Dupont, 2007).

Los elementos de tristeza se manifiestan sólo en dos de las cinco sesiones, principalmente cuando en la retroalimentación los niños indican no sentirse bien al ver a los demás jugando a pelearse, o molestándose, esto se retoma como

consciencia y responsabilidad individual en el grupo y en lo sucesivo disminuyen poco a poco los eventos de juegos violentos entre ellos.

Es interesante como durante este dispositivo disminuyen las referencias de tristeza con respecto a la familia, sin embargo, se actúan por medio de la figura materna que descuida y agrede, sólo en una ocasión un niño menciona las cosas que le enseñaba su hermano y expresa tristeza. Esto se explica porque el diseño anterior incluía temas propuestos referentes a emociones, autoconocimiento y satisfacción de necesidades lo que llevaba a los niños a recordar situaciones familiares que provocaban tristeza o añoranza, al priorizar el juego libre surgen por medio de este, contenidos latentes de conflictos familiares que se actúan repetidamente en el juego, pero a la vez este tono lúdico e imaginario protege a los niños de la tristeza manifiesta.

Otros

Este segundo formato permite en gran medida la simbolización de los afectos, sin embargo la carga agresiva de los juegos resulta violenta para la mayoría de los miembros, incluso cuando ellos mismos participan de la actividad voluntariamente, los escasos límites en las consignas del espacio terapéutico parecen aumentar algunos elementos ansiógenos de los niños, y se calcula que el tiempo de las 12 sesiones no será suficiente para que la actividad agresiva disminuya y haya efectos benéficos para reducir la ansiedad, depresión y mejorar la adaptación de los niños al espacio del CET. Es por eso que tras 6 sesiones de juego no directivo se decide aplicar divisiones en la sesión, para estructurarla por medio de tiempos que permitan incluir una propuesta de tema por sesión, así como espacio para la simbolización lúdica y la retroalimentación.

4.2.3 Análisis del grupo C: integrativo

A partir de la primera sesión de este dispositivo se integran cuatro niñas de recién ingreso de 7, 8, 10 y 12 años de edad, con esto sigue siendo mayor el número de niñas que además son las más activas del grupo. Como ya se mencionó, este diseño incluye una actividad estructurada al principio de la sesión, luego un tiempo de juego libre, para terminar con un espacio de 10 minutos llamado “tiempo de pensar” que se utiliza para dar retroalimentación acerca de los eventos de la sesión.

Agresividad y enojo

Con la propuesta de actividades estructuradas al inicio de la sesión se busca promover la simbolización de la agresividad por medio de materiales lúdicos, sin embargo en la primera sesión continua el ritual del juego de pelea durante el tiempo de juego libre, es común que una vez instaurados los ritos y roles grupales estos se reproduzcan a lo largo del proceso aunque se incluyan miembros nuevos en el grupo (Jinich y Dupont, 2007), en esta ocasión los equipos de luchas se dividen por sexos, sin embargo dada la aculturación del grupo, el nivel de violencia no es tan alto ni prolongado y hay notorias muestras de compañerismo entre los miembros de cada equipo. Al avanzar las sesiones se van ubicando problemas de rivalidad entre algunos miembros del grupo, se usa este espacio para acusar a los compañeros por actitudes mostradas en los espacios de convivencia diaria, el equipo terapéutico busca apoyar la expresión de las emociones negativas, sin embargo las rivalidades se hacen cada vez más manifiestas a la mitad del proceso de 12 sesiones, para Nitsun (2015), en los grupos de trabajo suele aparecer un sentimiento incómodo de que el enemigo se encuentra dentro del grupo, mismo que se interpreta como un reflejo de la agresión interna colocado afuera en el grupo para así evitar el conflicto interno, el autor propone que el grupo debe reconocer sus tendencias agresivas y destructivas para así limitar la destrucción potencial del grupo. Poco a poco los niños se apoyan en los materiales y encuentran maneras de simbolizar su

agresión y hacer menos violentas las interacciones entre ellos, disminuyendo notablemente en las últimas sesiones.

A diferencia del primer dispositivo aunque las manifestaciones de agresividad disminuyen y se transforman de manera similar, la presencia de expresiones abiertas de enojo es muy importante en este grupo, los niños muestran molestia hacia algunos de sus compañeros y cuando hablan de sus familias, especialmente de sus padres, dicen odiarlos o que son “malos” (sic), en algunas ocasiones también se muestran molestos con las terapeutas cuando se les pone algún límite de seguridad, hay varias niñas que suelen sobrereactuar este enojo y mostrarse exageradamente molestas captando la atención de sus compañeros y de las terapeutas, a veces dicen querer irse del espacio y otras se molestan cuando se indica que es hora de hacer el cierre. La ira, la inestabilidad y la demanda de atención son comportamientos típicos en niños que han sufrido maltrato (Del Barrio, 1997, 2001 y Del Barrio y Moreno, 1996)

Además, el mostrarse desafiante con el terapeuta hace referencia a lo explicado por Bion (1948) respecto al lugar que se ocupa en la familia de origen y cómo se reproduce en el grupo, por ejemplo, menciona que cuando los hijos suelen luchar contra los padres luego encuentran dificultades para adaptarse a los grupos socialmente aceptados, buscando alianzas con rebeldes o delincuentes para seguir luchando contra la autoridad. En el caso del grupo de trabajo el conflicto emocional de los miembros tenía que ver con la violencia con que se manejaban las figuras de autoridad en el hogar, por lo que se puede interpretar la actitud desafiante y hasta agresiva contra los terapeutas como una metáfora del rechazo a la agresividad de sus propios agresores.

Dependencia y compañerismo

Desde la primera sesión los chicos recuerdan varias veces a sus dos compañeras ya egresadas del grupo. Este dispositivo, con numerosos indicadores de afectos, muestra también un importante nivel de cohesión entre el grupo, los niños suelen hablar de sus compañeros, declarar amistades predilectas e intereses afectivos entre ellos, pidiendo atención y a la vez atendiendo por medio de juegos a las terapeutas (por ejemplo, jugando a prepararles comida), así como compartiendo de los festejos de cumpleaños de sus compañeros, sin embargo estas actitudes contrastan con las muestras de enojo también resaltantes. Nuevamente es notable la importancia de la socialización en este grupo de edad, que puede presentarse de manera positiva por medio de relaciones satisfactorias, compartidas y comprometidas, pudiendo llegar al extremo de ser posesivas y demandantes respecto a la exclusividad (Ampudia, 2009), permeadas además de celos y envidia debido a la baja autoestima que también suele caracterizar a los niños maltratados (Del Barrio, 1997, 2001 y Del Barrio y Moreno, 1996).

Es posible que la oportunidad de expresar el enojo abiertamente, también permita la libre expresión de cariño, amistad y preocupación por los compañeros. Además, por medio de los juegos los niños ubican apoyos para esta expresión, por ejemplo se vuelve protagónico el uso de un pizarrón magnético donde escriben desde “te quiero” para algún compañero, hasta “odio mi vida” cuando demandan la atención de las terapeutas al cierre de alguna sesión.

Tristeza y culpa

Este tercer dispositivo también está cargado de afectos intensos de tristeza y nostalgia, mucho más que la agresividad característica de los dos anteriores, dos factores a tomar en cuenta es el tipo de temas que se proponen, relacionados con la identificación y expresión de emociones y necesidades. Y, por otro lado, la fuerte presencia de una mayoría de niñas (6), que de niños (1) hacia el final de este grupo, la presencia predominantemente femenina en el grupo ha sido

relacionada por varios teóricos con una mayor expresión emocional (Holodynski, 2004; Glasgow, 2005; Gaxiola et al, 2006. Citados por Ampudia, 2009).

Aunque en menor grado, en este dispositivo los recuerdos de la familia también suelen ser motivo para expresar tristeza y preocupación, en una ocasión el grupo completo se involucró en contar recuerdos agradables de sus familias, cuando fue complicado seguir, compensaron por medio de fantasías donde los padres eran muy poderosos y daban grandes momentos y regalos a sus hijos. El grupo es un espacio con un gran potencial para ofrecer al yo el espejeo y la validación que requiere para afianzarse, especialmente cuando éste no se instauró adecuadamente desde la mirada de las figuras primarias (Kohut, 1971).

La mayoría de los indicadores de tristeza aparecen frente a las relaciones entre miembros del grupo, cuando se sienten rechazados por alguien o se dan cuenta que han hecho sentir mal a algún otro niño, suelen mostrarse excesivamente tristes y arrepentidos. También comienza a aparecer una tristeza a modo de ansiedad de separación en el momento en que se cierra el grupo, algunas niñas evitan salir mencionando que están tristes y que extrañan a alguna amiga que ya ha salido del CET o a sus familias, en estos casos se intentó incluir a los niños con su grupo y retomar el tema en la siguiente sesión, aunque en un par de ocasiones si fue necesario brindar un tiempo extra de contención individual. Al parecer la interacción de dos técnicas distintas da por resultado un grupo en el que se abren temas emocionales importantes y a la vez se da un espacio de expresión abierta que permite expresiones emocionales muy intensas que dentro del grupo se van haciendo cada vez más empáticas.

Un avance notorio hacia las últimas sesiones es la empatía que se muestra hacia las tristezas de los demás, las niñas que agreden suelen enviar mensajes reconciliadores cuando se dan cuenta del daño causado, cuando alguien llora y dice sentirse solo, otros se acercan y buscar confortarlo, esto por un lado permite más momentos de expresión de tristeza que es contenida por el mismo grupo.

Otros

Nuevamente aparece el temor en forma de paranoia entre las niñas más grandes, una de ellas expresa abiertamente no querer que se escriba lo que ella hace, ya que piensa que esos reportes son para las cuidadoras del CET y va a ser descubierta si hace una travesura, ante esto las terapeutas recuerdan la finalidad de las anotaciones, que es principalmente el recordar lo que sucede, así como el carácter confidencial de las sesiones. En las siguientes sesiones otro par de niñas mencionan temores paranoicos como ser perseguidas cuando están solas.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

Discusión

El objetivo del presente reporte fue identificar el estado emocional con el que ingresan los niños al CET, por medio de una evaluación a partir de técnicas psicológicas como son instrumentos estandarizados para ansiedad y depresión en niños, el juego diagnóstico y la observación clínica a partir de una intervención grupal con basada en tres tipos de modelos psicoterapéuticos: gestalt, psicodinámico e integrativo. Cabe mencionar que el uso de estas tres formas de psicoterapia no fue algo planeado desde un principio con fines investigativos, en realidad se utilizaron las herramientas técnicas revisadas durante la residencia en psicoterapia infantil conforme surgieron diversas necesidades en el grupo. El uso de dispositivos grupales con población de maltrato es un fenómeno con algunas referencias en la literatura, pero las características particulares del CET como institución, así como el tipo de población que ahí se alberga requieren de adaptaciones importantes a los modelos básicos de psicoterapia grupal con niños.

Dentro del CET, el grupo terapéutico tenía la función de brindar atención inmediata y pertinente en el área emocional, el acompañamiento en la adaptación a este albergue temporal, así como la detección de casos que requirieran una intervención más específica.

Las variables que se revisaron para la investigación fueron; el estado emocional, especialmente los indicadores de ansiedad y depresión, mismos que fueron medidos por medio de los test Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (CMAS-R, por sus siglas en inglés) (Reynolds & Richmond, 1997) y el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI, Kovacks, 2004), así como los tres distintos dispositivos empleados para cada grupo, al tener la transcripción escrita por una observadora neutral se tuvo la oportunidad de analizar actitudes, conductas y reacciones que indicaban ciertas emociones relativas tanto a ansiedad y depresión como al estado emocional general de los niños involucrados,

de esta manera se tuvieron diferentes análisis de las mediciones cualitativas y cuantitativas, lo que permitió un panorama más claro para describir y explicar los fenómenos al interior del grupo de trabajo desde distintos enfoques.

El proceso que se llevó a cabo para esta investigación inicia con el proceso del grupo, donde a partir de las listas de recién ingreso se eligieron los casos que serían considerados para el grupo, se llevó a cabo una revisión de expedientes y las evaluaciones realizadas por el departamento de psicología del CET que incluyen entrevistas, cuestionarios y pruebas grafoproyectivas estandarizadas, se dio prioridad a niños de edad escolar (6 a 12 años), cuyo motivo de ingreso fuera algún tipo de maltrato y que no presentaran rasgos o sospecha de diagnóstico psicótico. El segundo paso fue el diseño de la estrategia de intervención, en un primer momento se diseñó sólo el primer dispositivo considerando que las actividades estructuradas y dirigidas de las técnicas gestálticas serían de ayuda en la tarea de contener y acompañar en su adaptación a los niños de recién ingreso. Un tercer momento fue la evaluación, que se realizó de forma individual aplicado a cada niño el Cuestionario Sociodemográfico para Menores Maltratados (CSDMM) (Ampudia y Balbuena, 2006), el CMAS-R (Reynolds & Richmond, 1997) y el CDI (Kovacks, 2004), esta evaluación también se realizó a la salida de cada grupo, en este caso no fue posible aplicar el post test al cien por ciento de los participantes debido a que muchos salían del CET poco después o antes de concluir sus doce sesiones dentro del grupo. El último paso del proceso grupal fue la intervención, en ésta se fueron realizando las mencionadas modificaciones técnicas al término de cada generación del grupo o en el ingreso de algunos integrantes nuevos, dado que el grupo era abierto, la entrada y salida de integrantes se daba a la mitad del proceso de la generación contigua por lo que las generaciones se traslapaban y a algunas les tocó vivir un cambio en la estructura del modelo grupal a la mitad de su proceso. Finalmente, y para fines investigativos, se llevó a cabo un análisis, por un lado describiendo las estadísticas sociodemográficas y resultados de los análisis cuantitativos a partir de los instrumentos utilizados para la evaluación, por otro lado ubicando los temas desarrollados en la dinámica grupal en relación con los objetivos planteados (o no)

según los distintos dispositivos y las características de los participantes de los diversos grupos. Cabe mencionar que para los análisis cualitativos la base teórica fue mayormente psicodinámica, eso se debió a que dicha teoría maneja una amplia explicación acerca de las dinámicas de grupos de trabajo, además de que fue la más utilizada durante las sesiones de supervisión del caso.

La pregunta de investigación se refiere a: si **la intervención de corte psicoterapéutico por medio de un dispositivo grupal integrativo permitirá evaluar el estado emocional con el que ingresan los niños al CET por medio de técnicas psicológicas, juego diagnóstico y observación clínica.** La evaluación del estado emocional de niños víctimas de maltrato de recién ingreso al albergue, por lo que a decir de las técnicas utilizadas se ha logrado llevar a cabo una comparación de los resultados obtenidos tras la evaluación y la intervención con los elementos teóricos revisados a lo largo de este trabajo, Martínez (2008) ubica el estrés crónico al que son expuestos los niños maltratados como la causa principal de daño emocional, misma que tiene implicaciones a nivel orgánico alterando la estructura cerebral y los mecanismos neurobiológicos de expresión emocional, más específicamente Osorio (1998), muestra como consecuencia directa del maltrato la escasa capacidad de expresiones afectivas, que es notoria a lo largo de los procesos grupales.

La agresividad también es un componente típico en esta población (Osorio, 1998), en este caso el análisis de este elemento muestra una agresividad manifiesta dirigida hacia los compañeros del grupo, pero al momento de simbolizar se ubica como una reproducción de la violencia familiar, los juegos suelen expresar principalmente madres, jefas o dirigentes agresivas o animales feroces y guerreros agresivos que generalmente atacan a los más débiles, en este caso Barudy (1998), menciona que las perturbaciones en el apego suelen ser menos graves cuando hay violencia física que en casos de abandono o negligencia, sin embargo en este caso el apego ambivalente que se genera en los niños también puede ser causal de pautas de relación que derive en la fundación de familias

violentas y un sistema de crianza basado en el maltrato, ya que este proceso suele reproducirse (Loredo, 1994).

Otros elementos emocionales ubicados por Barudy (1998) relativos a niños maltratados, también fueron fácilmente identificados en los distintos grupos de trabajo; el trastorno de identidad que hace al niño percibirse como inadecuado, malo y peligroso también fue claramente ubicado en los niños con perfiles más reactivos dentro del grupo, a pesar de la afectación a partes importantes de la personalidad, la identificación y la expresión emocional del niño, este proceso patológico se lleva a cabo para lograr mantener una idealización de las figuras parentales, por lo que una intervención terapéutica basada en herramientas de autoconocimiento útiles en la recuperación de estos elementos de la personalidad resulta indispensable.

Por otro lado, la baja autoestima fue descrita como un elemento relacionado con el maltrato muy presente en casi todas las formas descritas en la literatura (Kamphaus y Frick (2000; Shaffer y Bruce, 2003; Del Barrio, 2007; Del Barrio y Carrasco, 2013), también relativo a indicadores de ansiedad y depresión variables básicas del estudio debido a su relación con problemas de personalidad, anímicos, alimenticios y físicos (Wekerle, et. al., 2007).

De esta manera, se puede concluir que el estado emocional de los niños tendió a mostrar indicadores saturados de depresión y ansiedad en los participantes, además de mostrar indicadores de exposición a estrés crónico y violencia, por lo que se hace imprescindible el seguimiento por medio de técnicas adecuadas de psicoterapia. Entonces, al evaluar la intervención realizada se obtiene una disminución de los elementos medibles, sin embargo no resulta estadísticamente válida debido al tamaño de la muestra y a la mortalidad experimental que no permitió completar la muestra en el post-test.

Por lo tanto, la hipótesis planteada es aceptable, dado que sí fue posible tener una idea clara del estado emocional de los niños al ingreso al CET mismas que incluso ayudaron en la evaluación y modificación de los modelos

psicoterapéuticos planteados, por otro lado, se logró ubicar necesidades específicas en los casos individuales que pudieran ser atendidas por las psicólogas titulares del CET.

De esta forma las técnicas psicoterapéuticas grupales constituyen un método idóneo para el análisis del estado emocional de niños con estas características, ya que promueve el efecto de universalidad, o bien, el darse cuenta de que aún es estos extremos de problemas sociales hay otros niños que tienen problemas semejantes, este fenómeno logra una disminución de las resistencias y posterior apertura a la comunicación y el aprendizaje emocional (Yalom, 1970; Vinograd, 1996). Para Sweeney (2012) este formato de terapia es especialmente útil con población de niños maltratados ya que contrarresta la historia de fracaso y rechazo, brindando una oportunidad de conocerse a sí mismos en un ambiente de aceptación, logrando a partir de su propio proceso, ser útiles para el proceso de autoconocimiento y adaptación de los demás participantes.

El dispositivo grupal tiene por finalidad crear el espacio físico y psíquico para el despliegue de la singularidad de cada niño a través del encuentro con otros niños. La expresión del accionar en sus juegos permite la exploración de la conducta y el otorgamiento de significado. El grupo adquiere lugar de apoyo y sostén, dándole un lugar de reconocimiento y permitiendo el desarrollo de un mundo propio, allí se habla y se juega, pero no de cualquier manera. Comprendemos la actividad lúdica en dos vertientes: como intento de elaboración y como expresión de la potencialidad creadora.

En el grupo de niños, si bien se parte de los mismos supuestos teóricos, tiene también su particularidad debido a la edad. El niño no ha abandonado el juego como forma de expresión y no es capaz de expresarse a través de las palabras. En muchos de los niños maltratados que participan se buscan mecanismos de apuntalamiento grupal cuyo propósito es restaurar la pertenencia a un “nosotros”, recuperando la singularidad y permitiendo la producción de nuevos sentidos, en un

trabajo posible de ser concretado en situación grupal. La necesidad de ligarse, el deseo de pertenencia a un conjunto y la búsqueda de apuntalamiento en el otro, son condiciones que hacen posible los anudamientos como producto del trabajo en grupo.

El grupo se constituye en apoyo y sostén para un trabajo que implica reestructurar su identidad, mediante la resignificación de vínculos tempranos. Adquiere lugar de apoyo y sostén, dándole un lugar de reconocimiento y permitiendo el desarrollo de un mundo propio. El grupo interno del niño se proyecta al contexto grupal donde el sujeto organiza una dramática donde instalar su rol y desplegar su carga violenta. El conocimiento es la posibilidad de otorgar significados a lo ausente, a las pérdidas a la tristeza. El proceso grupal representa un lugar de pérdida de evidencias y de instalación de nuevas preguntas y problematizaciones (Ampudia y cols., 2009).

Se pretende crear un espacio en el que el niño encuentre un lugar donde su trastorno tenga lugar. “Portarse mal” comienza a cobrar significaciones distintas. Se tiende a canalizar los impulsos hacia su expresión simbólica, la identificación con otros niños facilita el proceso de simbolización y creación de algo nuevo.

Así es como a través de la expresión del conflicto se puede advertir que, al agredir al compañero, obtiene la segregación de los demás, y a la sesión próxima juega sin violencia e integrándose. O por ejemplo a nivel grupal el “juego repetitivo de golpear va perdiendo significación en la medida que pasa de ser una descarga agresiva a un encuentro con otros (Ampudia y cols., 2009).

El encuadre funciona como continente, como bordes de contención a la conducta descontrolada. El coordinador sostiene el encuadre en un modelo democrático de respeto por las ideas de todos y el mantenimiento de los límites que permiten el crecimiento grupal. Creemos que es fundamental que se apele a la realidad de aprendizaje constante con el otro.

delimitan lo que sí y lo que no está permitido dentro del espacio. Por ejemplo: no se puede salir del espacio sin permiso. No se puede golpear al compañero. No se pueden tirar juguetes, no se pueden llevar los elementos que están en el salón. Todos: niños y terapeutas sabemos que hay un tiempo de sentarnos en el piso sin zapatos a charlar y hay un tiempo de jugar. A veces hay consignas y otras se juega libre. Hay días en donde se puede jugar solo y días en las que el grupo convoca.

Hay apertura y cierre; lo esencial es no ahogar la acción, ya que esto implica la ruptura de la represión y por lo tanto la toma de la palabra social: La posibilidad de lo instituyente. El grupo posee sus propios objetivos, posibilidades y deseos; es necesario “no romper su identidad” que el grupo va construyendo para imponer la del coordinador, pues sino estaríamos siendo tan violentos como las estructuras represoras de las que son protagonistas los niños en su propio contexto (Ampudia y cols., 2009).

En el grupo de trabajo fue notorio el beneficio derivado de la contención natural que ofrece el grupo, sin embargo en varios momentos también se ubicó una exasperada violencia, al respecto Van der Kolk (1985) menciona como uno de los principios básicos en la terapia de grupo el permitir las conductas regresivas (generalmente agresivas) especialmente durante la primera etapa del proceso, por otro lado es sabido que los terapeutas grupales requieren contar con una alta tolerancia al caos (Sweeney, 2012), sin embargo los teóricos de este formato también comentan que es importante identificar las conductas límite entre juego y agresión, así como impedir las agresiones físicas entre los niños (Van der Kolk, 1985; Sweeney, 2012), bajo este precepto se intervino en dos ocasiones cuando dos niños iniciaban una pelea a golpes, así como por medio de señalamientos al reglamento sobre no dañar a sus compañeros cuando la violencia empezaba a emerger (Ampudia y cols., 2009).

En estos casos las expresiones agresivas eran representadas como posibles ansiedades persecutorias y sus defensas, defensa contra la carencia, pocas habilidades comunicativas, reacción ante la frustración e incluso un bloqueo para la actividad sublimada, con base en lo propuesto por Schiffer (1971) (citado por Glasserman y Sirlin, 1974) estas incluyen 6 de las 9 posibles explicaciones para las expresiones agresivas en terapia de grupo.

Fue notoria la posibilidad de simbolización de la agresión que permitió la técnica del juego libre, a pesar de que en un principio parecía propiciar el caos dentro del grupo. La importancia de la técnica del juego libre es primordial en la terapia grupal con niños, ya que el juego suele reproducir dinámicas aprendidas en el seno familiar, de esta forma el trabajar con niños maltratados les permite reconocer formas nuevas de relacionarse, además de que el conjunto grupal también ayuda contra la sensación de soledad (Sweeney, 2012) otra posible característica de esta población.

En esta misma línea la elección de este modelo terapéutico también posibilita trabajar a la vez con los conflictos intrapsíquicos y los interpersonales a la vez (Sweeney y Homeyer, 1999), de esta manera el niño que ingresa logra adaptarse mejor en la socialización con otros internos y a la vez ir reconociendo y elaborando conflictos internos derivados del maltrato y la separación. El proceso grupal a la par del individual fueron elementos muy claros en los tres dispositivos, coincidiendo también con Gómez (1994), quien menciona que la evolución del grupo está determinada por el proceso individual de sus miembros.

Por otro lado las técnicas elegidas durante cada dispositivo posibilitaron la expresión de conflictos emocionales más o menos explícitamente, en el grupo A, la estructura y planeación permitió el trabajo con temas relativos la expresión emocional, la satisfacción de necesidades, las ideas respecto al albergue y a su familia, así como sus temores más importantes, siendo estos dos últimos temas, los más fuertes por la intensidad emocional con la que los manejaron los participantes, sin embargo al haber poco espacio para la simbolización de los afectos negativos, las manifestaciones agresivas fueron explosivas y fuertes entre

los niños. En el segundo grupo hubo poca propuesta de temas por parte de las terapeutas y espontáneamente surgieron temas primero por medio de una dinámica grupal caótica y poco a poco, por medio de juegos al principio manifiestamente agresivos y luego un poco más simbólicos. Finalmente, el uso de la inducción a temas emocionales por medio de técnicas semidirigidas y el espacio de simbolización para los afectos no mostró repercusiones en forma de violencia física entre los miembros, sin embargo, sí una dinámica muy activa entre los roles de los miembros y la expresión de tristeza, añoranza y miedo, que fueron disminuyendo hacia las últimas sesiones.

Una de las grandes ventajas de la formación en psicoterapia integrativa y de la elección del eclecticismo técnico como base para el diseño final del grupo, es que permite la modificación de las técnicas empleadas a lo largo del proceso, siempre a partir de una base con preceptos teóricos, principalmente psicodinámicos, que apoyó el análisis de la dinámica grupal y sus manifestaciones emocionales, a la vez que permitió la revisión de distintos aspectos del grupo y de los avances y limitaciones de manera sistemática, validando una experiencia que podría ser reproducida en consideración de sus alcances.

De esta manera el estudio pretende servir de apoyo en el diseño de actividades grupales por medio de psicoterapia de juego con la finalidad de anticipar las posibles reacciones esperadas en los menores, considerando primeramente el perfil específico de los niños víctimas de maltrato además de la situación de recién ingreso en una institución de resguardo como el CET.

Por medio de este trabajo, se reafirma la importancia del uso de dispositivos de apoyo emocional en instituciones que albergan a niños víctimas de maltrato, considerando las múltiples pérdidas que han vivido tanto al ingreso al albergue (su hogar, sus seres queridos y pertenencias materiales), como en el transcurso de su estancia (los compañeros que ingresan y egresan constantemente), además de la sensación de incertidumbre al no saber a dónde irán después de su estancia temporal en el albergue, todos estos factores incrementan la ansiedad que debe ser atendida adecuadamente.

Conclusiones

El presente estudio propone formas de trabajo psicoterapéutico con población infantil en riesgo, si bien en la literatura existen propuestas de trabajo con niños que han sido víctimas de maltrato, las características propias de la institución del CET como órgano de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México requirieron de adaptaciones para el desarrollo del grupo de ingreso que se analiza en este estudio, se toman como referencia otros trabajos basados en la experiencia profesional de terapeutas en este espacio, y se propone ser un ejercicio de integración de tipo eclecticismo técnico de la psicoterapia grupal infantil, para así brindar información práctica para futuras generaciones de psicoterapeutas que requieran adaptaciones en el ejercicio de su carrera, así como una aportación al trabajo con niños maltratados e institucionalizados.

Se ubican como principales fortalezas de esta investigación; la observación de la dinámica grupal a través de los distintos estímulos que significaron los tres diseños grupales, la división del análisis a partir de indicadores emocionales permite un detallado seguimiento de elementos como la agresividad, la cohesión en el grupo y las expresiones de tristeza o culpa, lo cual, contrastado con la teoría permite identificar claramente el proceso de cada uno de los grupos de ingreso, logrando un panorama más amplio en la elección de estrategias adecuadas para el trabajo emocional con este tipo de población, a partir de dicho análisis también se confirman ciertas partes de los procesos propuestos por la literatura de los distintos modelos psicoterapéuticos, finalmente se retoma la validez del uso de la terapia integrativa y el beneficio de la flexibilidad que permite la creación de dispositivos con base en las necesidades específicas del grupo de ingreso.

La elección del dispositivo grupal como forma de trabajo con niños institucionalizados se elige tras considerar las virtudes de este formato que se detallan desde el marco teórico, especialmente el acogimiento emocional que sucede al permitir ver el reflejo de las propias emociones en los compañeros de

grupo, así como la posibilidad de promover habilidades de socialización entre los recién internos, estos elementos psicoterapéuticos se consideraron principalmente valiosos debido al perfil relacionado a la población de niños víctimas de maltrato. Por otro lado, la demanda de servicios supera los recursos del CET, tal como sucede en muchas instituciones de nuestro país, por lo que el uso del dispositivo grupal logra resolver la atención inmediata con el ingreso de varios niños a la vez.

Dentro de las características institucionales se ubican algunas de las principales limitaciones que fueron afrontadas; al ingreso los niños continúan o inician su formación escolar, pero dependiendo del cupo de la escuela se les asigna un horario (matutino o vespertino), en ocasiones los niños que se atendían en el grupo estaban en distintos horarios escolares por lo que se tenía que buscar un tiempo que no afectara a la mayoría en su desarrollo escolar, así como tomar en cuenta las actividades cotidianas del albergue (horas de comida, baño, hora de dormir). Además, en ciertas temporadas como navidad o día del niño, numerosas fundaciones acuden a hacer eventos y donaciones de regalos, estos eventos son muy atractivos para los niños y fueron motivo de cancelación de sesiones. Otra característica peculiar es la convivencia que los niños mantenían fuera del grupo, que en muchas ocasiones exportaba conflictos o elementos emocionales del grupo a la convivencia diaria o viceversa, haciendo un poco más intensas e incontrolables ciertas relaciones. Finalmente, en muchos casos la estancia de los niños en el albergue es muy corta debido al proceso legal en el que están involucrados, por lo tanto, no todos terminaron las doce sesiones propuestas para el trabajo y de hecho, la mayoría de los participantes salieron del albergue sin que fuese posible realizar el post-test.

Debido a la limitación respecto a los resultados cuantitativos que se acaba de mencionar, se decidió que aunque el estudio es de tipo mixto el análisis cualitativo tiene una mayor relevancia y se basa en análisis de la transcripción de las sesiones a partir de indicadores válidos como determinantes emocionales, en este caso el dato cuantitativo se utiliza sólo como apoyo en la identificación de elementos de ansiedad y depresión en los participantes al ingreso y sólo como

referencia y reafirmación de la disminución de los elementos de ansiedad y depresión observada tras el análisis de la dinámica grupal.

A continuación, se enlistan algunas de las desventajas sugeridas tras el análisis del estudio:

- A partir de los análisis cualitativos se ubicó el grado de avance de cada diseño grupal, así se constató que aunque existe un proceso evidente no fue posible ubicar avances específicos como los detallados desde la literatura, posiblemente aumentando el número de sesiones de cada diseño, se podría haber permitido ver procesos completos a nivel terapéutico, sin embargo es importante mencionar que los objetivos primeros del grupo es la revisión del estado emocional con el que ingresa el niño, así como ser un apoyo en la adaptación al CET, no objetivos terapéuticos más profundos.

- El cambio de dispositivos se dio al ingreso de cada generación sin embargo hay dos generaciones que quedan traslapadas por la característica de grupo abierto; es decir, vivieron dos esquemas grupales distintos, aunque el cambio intentó proponerse con claridad para los niños y fue diseñado y propuesto con base en sus propias necesidades observadas, es posible que haya sido confuso para estas generaciones traslapadas.

Considerando las limitaciones y desventajas se propone a modo de réplica un estudio de tres dispositivos simultáneos que permitan la comparación de los efectos por medio del análisis de cada uno de los dispositivos. Más específicamente se proponen las siguientes modificaciones con respecto a las áreas de oportunidad observadas tras la experiencia con estas formas de trabajo grupal:

Para el grupo A o Estructurado: Dado que la principal dificultad observada fue la violencia manifestada en un punto medio del proceso, se recomiendan actividades que vayan más enfocadas a la simbolización de la agresividad: juegos

de lucha, boliche, espadaos, etc. Formas que permitan la expresión de la energía agresiva través del juego manteniendo ciertas reglas de protección, que promuevan un ambiente seguro para así evitar el principal riesgo que fue la manifestación violenta de las emociones.

Las consideraciones para el grupo B o Psicodinámico, se basan en la comparación que se realizó de este trabajo con los procesos descritos en la literatura, que muestran etapas de caos y agresión entre los miembros antes de lograr una regulación autónoma del grupo, desde esta perspectiva habría sido necesario más tiempo que permitiera completar el proceso de autorregulación, por lo que aumentar al menos otras seis sesiones pudo haber apoyado esta vía. Sin embargo, el cambio en este trabajo se dio justamente por la poca tolerancia al caos y manifestaciones agresivas que se perpetraban al interior del grupo, se consideraron los antecedentes familiares de los niños y se determinó hacer cambios para propiciar el ambiente seguro, otra estrategia de apoyo podría ser tomar de base una estructura y un encuadre muy claro que sirva de contenedor ante el caos que aparecerá en las sesiones.

Para el grupo C o integrativo se notó que las sesiones debían ser más largas ya que el diseño se dividía en distintos tiempos de actividad, cada uno de los cuales era desarrollado por los niños a su propio ritmo, en muchas ocasiones los niños elegían terminar la actividad estructurada pero después el tiempo de juego libre no les era suficiente y se vivían frustrados al respecto. Otro punto importante fueron las manifestaciones emocionales que expresaban al final de cada sesión y que solían ser una demanda de atención a su estado emotivo, así como una petición de tiempo extra dentro del cuarto de juegos.

Referencias

- Almada, B. I. (1991). *Salud y crisis en México, más textos para el debate*. Mexico: UNAM
- Ampudia, R.A. y Balbuena, G.A. (2006). *Cuestionario Sociodemográfico para menores maltratados (CSDMM)*. Proyecto de investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT No. 302706-2 “Factores de riesgo para la salud mental y psicopatología del maltrato infantil”. UNAM, Facultad de Psicología.
- Ampudia, R.A., Santaella, H.G.B. y Eguía, M.S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual Moderno.
- Association for play therapy. *Definition of play therapy*. Recuperado de: <https://a4pt.site-ym.com/?page=AboutAPT>
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana
- Baptista, L. P., Hernández, S. R. y Fernández, C. C. (2008). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Barudy, L. J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Paidós
- Bludon, N. y Schefer, C. E. (2012). *Terapia de juego: Prácticas y conceptos básicos*. Capítulo 1 en: Schaefer, C.E. (ed.), *Fundamentos de terapia de juego* (pp. 3-14). México: Manual Moderno
- Bratton, S. C. and Ferebee, K. W. (1999) The use of structured expressive art activities in group activity therapy with preadolescents. Chapter eleven in: Sweeney, D. S. y Homeyer, L. E. (Eds.). *The handbook of group play therapy*. (pp. 192-214). USA: Jossey-Bass
- Canto, O. J.M. (2002). *Dinámica de grupos: aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*. Málaga: Ediciones Aljibe

- Castanedo, C. (2008). Terapia Gestalt. El ahora y el cómo. Capítulo 6 en: Castanedo, C. *Seis enfoques psicoterapéuticos* (pp. 307-362). México: Manual Moderno.
- CDI Inventario de Depresión Infantil (2004). Kovacks, M. España: TEA Ediciones
- Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-117.
- CMAS-R Escala de Ansiedad Manifiesta en niños. (1997). Cecil Reynolds & Bert Richmond. México: Manual Moderno
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia Integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. E. y Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. México: FCE
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2013). *Depresión en niños y adolescentes. España: Síntesis*.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2009). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Debolsillo.
- Díaz, P. I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Ed. Pax.
- Drewers, A. A. (2011) Integrating play therapy theories into practice. Chapter 2. En: Drewers, A. A., Bratton, S. C. y Schaefer, C. E. (Eds.). *Integrative play therapy*. (pp. 21-36). USA: Wiley
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: Casos clínicos*. México: Manual Moderno
- Fernández-Alvarez, H. (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós

- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. *Obras completas* (3ª ed.). Madrid: Biblioteca nueva.
- Glasserman y Sirlin (1974). *Psicoterapia de grupo en niños*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Gobierno del Distrito Federal, *Modelo de prevención y atención del maltrato y abuso sexual a niños y niñas: Guía teórico práctica*. (2008), México.
- Goleman, D. (2000). *Inteligencia emocional*. Traducción de David, González Raga y Fernando Mora. España: Kairós
- Jinich, A. y Dupont, A. (2007). *GIN-GAP: Una alternativa para el tratamiento psicoanalítico grupal de niños y padres*. México: Plaza y Valdes
- Kamphaus, R. W. y Frick, P. J. (2000). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y el adolescente. México: Manual Moderno
- Kaplan, H.I. y Sadock, B. J. (1996). *Terapia de grupo* (3ª ed.). Argentina: Editorial médica panamericana
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales* (4a ed.) México: McGraw—Hill.
- Landreth, G. & Sweeney, D. (1999). The freedom to be: Child-centered group play therapy In Sweeney, D. S. & Homeyer, L. E. (1999). *The handbook of group play therapy* (pp. 39-64). San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Levy, A. J. (2012). Enfoque psicoanalítico de terapia de juego. Capítulo 4. En: Schaefer, C.E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego* (pp. 41-58). México: Manual Moderno.
- Loredo, A. A. (1994) *Maltrato al menor*. México: McGrawhill

- Marcovich, K. J. (1981). *Tengo derecho a la vida: Prevención e identificación del niño maltratado en México*. México: Editores Mexicanos Unidos
- Martínez, G. S. (2008). El maltrato infantil: mecanismos subyacentes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26 (2), 171-179. Universidad del Rosario: Colombia
- Moreno, P. S. (2013). *Algunas consideraciones sobre el maltrato infantil en México*. Centro de estudios sociales y de opinión pública (CESOP Informe 146). Recuperado de <http://cesop.blogspot.mx/2013/03/algunas-consideraciones-sobre-el.html>
- Nitsun, M. (2015). *The anti-group: Destructive forces in the group and their creative potential*. (2nd Ed.) New York: Routledge mental health classic editions.
- Núñez, H. J. L., Ortiz, S. M. E. y Viveros, F. S. (. (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología* (1a. ed.). México D.F.: Editorial Manual Moderno.
- O'Donnell, P. (1974). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Oaklander, V. (1999). Group play therapy from a gestalt therapy perspective, Chapter nine In: Sweeney, D. S. & Homeyer, L. E. *The handbook of group play therapy* (pp. 162-178). San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Oaklander, V. (2004). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Cuatro vientos
- Oaklander, V. (2012). Terapia de juego Gestalt. Capítulo 10. En: Schaefer, C. E. *Fundamentos de terapia de juego* (pp. 171-186). (2^a ed.). México: Manual Moderno
- Oblitas, L. (2008). Más allá de la psicoterapia tradicional: El enfoque humanista centrado en la persona. Capítulo 7 en: *Psicoterapias contemporáneas* (pp. 143-156). México: Cengage Learning

- Obregón Velasco, N. (2002). *Análisis del movimiento integracionista de la psicoterapia: consideraciones para futuras propuestas integrativas* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ochotorena, J de P., Arruabarrena, M. M. I. (2001) 2ª ed. *Manual de protección infantil*. Elsevier Masson: España
- Oe, E. (1999). Sibling group play therapy. En Sweeney D. S. y Homeyer, L. E. (Eds.), *Group play therapy: how to do it, how it works, whom it's best for* (pp. 319-335). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Organización Mundial de la Salud (2000) *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Centro de prensa*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Panamericana para la Salud. Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Osorio y N. C. A. (1998). *El niño maltratado*. México: Trillas
- Perls, F. (1982). *Terapia gestalt: teoría y práctica*. México: Concepto
- Reddy, L., Files-Hall, T. y Schaefer, C.E. (Eds.). (2005). *Empirically based play interventions for children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Reynoso, L. E. y Seligson, N. I. (2002). *Psicología y salud*. México: CONACYT- UNAM
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. New York: Houghton Mifflin

- Sánchez J.C. (2002). *Psicología de los grupos: Teorías procesos y aplicaciones*. España: Mc Graw Hill
- Seymour, J. W. (2011) History of psychotherapy integration and related research. Chapter 1. En: Drewers, A. A., Bratton, S. C. y Schaefer, C. E. (Eds.). *Integrative play therapy*. USA: Wiley
- Schaefer, C.E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Schaffer, D. y Waslick, B. D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica
- Shelby, J. y Campos, K.G. (2011) Cognitive-behavioral play therapy for traumatized children. Chapter 7 in: Drewers, A. A., Bratton, S. C. y Schaefer, C. E. (Eds.) *Integrative play therapy* (pp. 107-128). USA: Wiley
- Slavson, S. R. (1999). Play group therapy for young children. En Sweeney D. S. Homeyer, L. E. (Eds.), *Group play therapy: how to do it, how it works, whom it's best for* (pp. 24-35). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Spielberger (1972). Anxiety as an emotional state. *Chapter 2* in C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: current trends in theory and research* (Pp. 24-46). New York, NY, EE.UU.: Academic Press.
- Sweeney, D. S. Terapia de juego grupal. Capítulo 13. En: Schaefer, C. E. (2012) *Fundamentos de terapia de juego* (pp. 227-252). (2ª ed.). México: Manual Moderno
- Sweeney, D. S. & Homeyer, L. E. (1999). *The handbook of group play therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Sweeney, D.S. y Landreth, G. L. (2012). Terapia de juego centrada en el niño. Capítulo 8 En: Schaefer, C. E. *Fundamentos de terapia de juego* (pp. 129-152). (2ª ed.). México: Manual Moderno

Van der Kolk, C. (1985). *Introduction to groupcounseling and psychoterapy*. Columbus, OH: Merrill

Vinograd, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. España: Paidós

Wekerle, C., Miller, A. L., Wolfe, D. A. y Spindel, C. B. (2007). *Maltrato Infantil: Avances en psicoterapia*. Manual Moderno: México

West, J. (1996). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno

Winnicott, D. W. (1971) *Juego y realidad*, New York: Routledge

Yalom, I.D. (1970). *The theory and practice of group psychoterapy*. USA: Basic Books.

Anexos

Tablas de análisis de sesiones

Grupo A Estructurado o gestalt

Categoría-Sesión	Sesión 1 “Presentación y encuadre”	Sesión 2 “El acuario protector”	Sesión 3 “Albergue idealizado”	Sesión 4 “Teatro del papá perdido”	Sesión 5 “Luchas en el arenero”	Sesión 6 “Caritas de emociones”
Objetivos de la sesión	Presentar al grupo y el encuadre	Ubicar necesidades específicas	Analizar estado de satisfacción en el albergue	Exploración de emociones	Expresión emocional, solución de conflictos en grupo	Identificación y expresión de emociones
Agresividad	-Al realizar el encuadre V pega en el piso y los demás lo siguen.		Al entrar al espacio BL y C se empiezan a pelear con martillos inflables	-BL se separa del grupo y se reintegra sólo para pelear por un cojín con Ch	-Ch avienta fuertemente objetos mientras C habla de que la pasó mal en su cumpleaños	-C dice que V le cae gordo porque lo calla y también es grosero con las “mamis”. -BL y V se insultan y se retan, terminan peleándose por lo que se les separa y una de las terapeutas sale con V a quien le cuesta más trabajo controlarse, BL se queda más tranquilo e interactúa amistosamente con C.
Agresividad simbólica	-Al presentarse A comenta “A mí me gusta el animal de la selva, el león, el tigre, me molesta que le digan groserías a mi familia.”	BL comenta que él hará un pez espada matando a un pececito. BL: el tiburón se come a su esposa y a sus hijos, Coral quería correr para que no se los coma el tiburón, y Coral corrió y se comieron a todos sus hijos y quedó Nemo, y cuando (el tiburón) se comió a sus peces e hijos, se comió el tiburón.			-Hay muchos terremotos y catástrofes en el arenero que amenazan a los personajes -Otros personajes son golpeados o enterrados cuando mueren	

Enojo	A quiere acusar a BL, al ser limitado por la terapeuta golpea el sillón con los pies			Los padres suelen ser sujetos buscados en la historia pero también provocan enojo cuando golpean a sus hijos		
Compañerismo	Al presentarse V comenta "aquí todos somos hermanos"		BL se dirige hacia la cocina de juguete y a cada uno les da algo de comer. C le ayuda y continúa sirviendo a los demás. V menciona que el albergue es como una casa, le gusta que le den de comer...			
Dependencia	BL se asusta con un ruido, comenta que se siente encerrado mientras se encoge y chupa el dedo.	BL se molesta porque deja de ser mirado por la terapeuta	Hablan de todo lo que brinda el albergue, comida, escuela, higiene, salud, atención etc.	Ch: historia de mamá que muere y ya no satisface necesidades de hijos		
Tristeza	Al dibujar a sus familias algunos niños acuerdan no dibujar a sus padres (V y A)	Hablan de sus padres y de situaciones felices cargadas de fantasía, al final dicen estar tristes por no verlos.		C: habla de un padre que está perdido y él debe encontrarlo	BL pide que no le recuerden a su mamá porque lo hace llorar	
Culpa	BL menciona que le gustaría ser tratado mal con golpes y castigos					
Temor		En el acuario los peces necesitan protegerse para que no se los coman (C)		En las historias abundan elementos persecutorios que causan temor		El miedo es una emoción que deciden hablar y compartir por medio de dibujos

Entusiasmo	Lo chicos suelen emocionarse al preguntarles por las cosas que les gustan. Al decorar su pista C menciona que significa avanzar en su vida.	Se les guía para ubicar un lugar agradable en su imaginación, ellos hablan de jugos y comida presentes en estos lugares.	C menciona que el albergue es un lugar libre y que al salir todos los niños se van al mundo de la alegría	Al tomar los títeres empiezan a repartir abrazos y besos entre estos, hasta que se organizan para empezar a contar las historias.		C decide “pagar” su sesión con dinero imaginario para las terapeutas y la observadora
Otros					La agresividad pasa de real a simbólica para luego convertirse en un juego creativo (búsqueda del tesoro)	

-A partir de la sesión 7 se integran Mildred y Brenda

Categoría-Sesión	Sesión 7 “Enojo explosivo”	Sesión 8 “Peces filosos”	Sesión 9	Sesión 10 Collage “Yo soy”	Sesión 11 “La llorona”	Sesión 12 “Canción de despedida”
Objetivos de la sesión	Reintegración del grupo	Definir lugar en el grupo, expresar necesidades	Autoconocimiento	Identificación de preferencias	Ubicar formas del miedo y recursos contra éste	Cierre de 1ª generación: integrar aprendizajes
Agresividad	Al intentar ejercicio de relajación BL y V comienzan a pelear -En otro momento son V y C los que se golpean con cojines -Al salir C, V sigue gritándole insultos para hacerlo enojar.		-V se ríe de BL porque le dieron tiempo fuera -C comenta que su dibujo tienen navajas para atacar a BL	BL elige una figura de dinosaurio y habla de la voracidad, “se siente rico comerse el mundo y a César...”	M y BL pelean insultándose, se les pide que hablen de ellos mismos y se empiezan a autoinsultar. V también comienza a molestar a M, cuando ella intenta golpearlo él dice que no pelea con niñas -V hace comentarios negativos de BL mientras cuenta su historia de miedo, V insulta a M y la hace recordar que en su casa “las cosas se arreglaban con golpes” (sic).	BL hace comentarios para excluir a Ch del grupo, este le responde insultándolo.
Agresividad simbólica		-B comenta que su pez es muy filoso			-Ch comenta su dibujo diciendo que el Guasón asesina a Batman y luego Batman al Guasón - BL propone jugar con espadas y V acepta, también utilizan títeres, BL los mata con las espadas.	Ch elige no jugar con los demás y hace luchas y avienta distintas miniaturas de luchadores y barbies. BL llega en auto a rescatar a una Barbie que tiene la terapeuta. -C usa una jeringa para inyectar a la terapeuta y luego a Ch y B.
Enojo	V ubica una miniatura de la casita y comenta que es un “papá		BL al final no se une al abrazo grupal y comenta que está enojado	C se enoja con M por que crítica su trabajo		

	muy feo”		porque quería mostrar el trabajo que hizo con C semanas antes			
Compañerismo	V da la bienvenida a las nuevas integrantes del grupo	M habla de que su pez tiene amigos y lugares donde esconderse de los animales feroces	-Ch habla de sus compañeros describiéndolos cariñosamente -M comenta al final de la sesión que no hay que despedirse sino darse un abrazo de amistad	Ch es el primero en terminar se ofrece a recoger la basura de sus compañeros	Ch y C hacen un refugio con los sillones para protegerse del miedo Al estar escondidos, BL le dice a B que la ama, V le dice que se acerque a ella a darle un beso. M reacciona intentado integrarse con ellos.	Todos juegan un juego de mesa, proponen reglas y las siguen. Hablan de que es un día de festejo por ser la última sesión. BL le hace un regalo a V, él sabe que no se lo puede llevar pero aún así lo agradece. Los niños se organizan para despedirse del grupo con una canción de agradecimiento.
Dependencia	B se viste de niña chiquita y pide ser cuidada por las terapeutas					Ch le da barbies a la terapeuta, le dice que una es la grande y debe cuidar a las chicas En la canción de despedida sobresalen los cuidados y la comida que brindaban las terapeutas ocasionalmente.
Tristeza	V mientras es separado durante la pelea con C pide que no se lo lleven quiere quedarse en el grupo		B hace un corazón y comenta que quiere mucho a su mamá, BL comenta que eso es algo triste			
Culpa	-Hablan de la posible muerte de sus padres como algo que los hace sentir tristes (deseos inconscientes)		BL comenta que no hizo nada porque es un flojo holgazán	M dice querer irse porque C no la disculpa por haberse burlado de su trabajo		
Temor					V habla de muerte y asesinatos en una película, luego se esconde, sin embargo	

					niega tener miedo. -	
Ansiedad				-BL quiere llevarse su collage, antes de dejarlo camina alrededor del espacio -V busca maneras de esconder los recortes, se niega a dejarlos, al final se despide de ellos con un beso		
Entusiasmo		Sesión donde se habla mucho de sus recursos para sobrevivir y para enfrentar peligros.				BL también comenta que en el espacio del grupo también aprendió a dejar de "gruñir" (sic).
Otros	-Una de las terapeutas sale con C cuando éste pelea con V -Mucho erotismo en V cuando habla de la niña que le gusta		A partir de esta sesión se aplica tiempo fuera para mejor control de grupo			

Grupo B Libre o psicodinámico (sesiones 13 a 17)

En la sesión 13 sólo participan dos niñas: M y B

A partir de la sesión 14 se integran Ma.F, Jen, Car y L.M.

En la sesión 15 se integra Ra quien por motivos de su proceso legal sólo permanece dos sesiones.

Sesión 17 se despide a Mildred y Brenda

Categoría-Sesión	Sesión 13	Sesión 14	Sesión 15 "Espadazos"	Sesión de 16
Objetivos de la sesión	Cambio de formato de grupo	Presentación del grupo a los nuevos miembros	Juego libre, señalamientos	Juego libre: Auto observación
Agresividad		Car se presenta dando un nombre falso y comentando sarcásticamente que le gusta que se burlen de él. M llama la atención de Car salvajemente, lo jalonea y le pone apodos, luego el responde con algunos jaloneos.	Car le avienta objetos a M y ella lo amenaza. Siguen con este coqueteo agresivo la mayor parte de la sesión. Tras jugar a las espadas R golpea a Car, L.M. entra de réferi. Jen y M juegan a vender frutas, ésta última se muestra agresiva con Jen al pedirle las cosas, al punto que tira "el puesto de frutas", Jen se queda sorprendida y pasiva. Más tarde M le propone a Jen jugar a las peleas, pero Jen se niega.	
Agresividad simbólica	Juego de luchas entre princesas guerreras.		MaF y Ra juegan disfrazados a los espadazos La pelea de Car y Ra se va volviendo más simbólica, luego L.M. también reta a Ra y pelean con espadas	Carlos quiere jugar "tiro al blanco", así que Daniela le sugiere dispararle a las frutas y otros juguetes, colocando éstas en orden para poder dispararles. L.M. quiere jugar a las luchas y pregunta quién es el ring, Car se pone enfrente y le dice que lo mate.
Compañerismo	M pregunta qué sentido tiene la sesión si no hay más niños, entonces organizan equipos con la terapeutas Tras una lucha intensa entre las niñas y su equipo formado por las terapeutas, el juego repara reviviendo a todos los heridos y formando amistad entre las guerreras.	(-) M menciona que ella y B son las patronas, luego comenta que sería mejor sólo estar ellas dos mencionando que Jen "le hace caras" y MaF está jugando sola. M,B y L.M invitan a Car a jugar en el arenero con ellos.		

	M menciona al final que cuando haya más niños no se podrán divertir tanto como hoy.			
Dependencia		Tras el coqueteo agresivo entre Car y M, L.M. los molesta por medio de un títere que dice estar enamorado de M.	Los niños traen papas fritas y las comparten con sus compañeros y las tx, luego juegan a la comidita amablemente. Durante una "entrevista" Jen dice que el albergue es bueno porque les dan cariño. Mientras los demás niños siguen jugando a pelear, L.M. se refugia tras haber sido muy "golpeado" con Jen y con la observadora. B llama a L.M. diciéndole "papi", el responde enviándole un beso, al final de la sesión él escribe en su pista que está enamorado de Brenda.	Mafe busca una mamá, le dice a B que es su mamá porque trae tacones, luego a Jen porque trae vestido, dice que la mamá trabaja y hace la comida. Luego cuando B le dice que es su hija Mafe contesta que mejor es la sirvienta de la casa.
Tristeza		Car le muestra a la tx cosas que sabe hacer, menciona que su hermano le enseñó, se queda en silencio y con mirada llorosa. Durante la retroalimentación J menciona que no le gustó que los demás jugarán cojinazos porque la hizo sentir feo (triste). C también menciona haber sentido triste por la maldad de M que lo estuvo molestando de distintas formas.		Mildred llega al espacio con los ojos rojos y llorosos, se sienta en el área de la cocina, luego se tapa con la casa de campaña. Los demás preguntan por qué Mildred está triste y no feliz como los otros. Mildred empieza a dar vueltas por el espacio, encontrando la pistola de Carlos, se la pone en el cabeza y dice que se quiere morir. Mildred regresa con Jennifer, la toma de la mano y comienza a llorar, Jennifer la abraza mientras Mildred dice que nadie la quiere.
Paranoia		M comenta q las tx y observadora son como policías que interrogan y anotan todo		

Grupo C Mixto o integrativo (sesiones 18 a 30)

Sesión 18 se integran Yn, Sn, Emi y Au.

20: Tras una sesión de emociones muy fuertes, Emi decide no subir, prefiere hacer su tarea, L al saberlo comenta que él tampoco quería subir.

21: L decide no subir a la sesión

22: sesión cargada de resistencia en forma de cansancio y apatía.

Categoría-Sesión	Sesión 18	Sesión 19 “Recuerdos de nostalgia”	Sesión 20 “Enojarse y desenojarse”	Sesión 21 “Dibujos de corazón”	Sesión 22 “Enojos y comidas”
Objetivos de la sesión	Integrar a las dos nuevas niñas Yn y Sn	Juego libre: Id de emociones	Técnicas de relajación	Expresión emocional por medio de artes gráficas	
Agresividad			Is pide ayuda a L para salir del arenero, pero éste no lo ayuda, Yn señala esta actitud. Sn calla a L y este se molesta y le responde gritando. Jn y L forcejean, y Is y Sn intervienen a favor de cada uno.		Jen pregunta por un bote de basura y Sn pregunta si es para tirarse en él. L menciona que le gustó pelear con Au, dice que le recuerda que le han aventado palo y se siente “chido”.
Agresividad simbólica	Isaías tiene una cabeza de cocodrilo, mientras va caminando por el espacio dice que se va a comer a los demás. Los chicos forman equipos de hombre y mujeres para jugar almohadazos y se defienden entre ellos.		Mafe juega con una jeringa, pero L no se deja inyectar donde ella quiere, así que se molesta.		L toma un títere y dice que es IS y el títere de “cholo” es él, mientras el cholo ataca al otro títere.
Enojo	18	Luis comenta que siempre está enojado con isa porque él es el consentido.	Ya molesta Mafe va por una estufa eléctrica, la tx le dice que no puede conectarla porque no es seguro, ella se muestra muy enojada y se mantiene aislada.	Al ser atendida directamente Sn se empieza a golpear contra el piso.	L comenta que no quería subir porque quería quedarse a jugar con Víctor a los cholos que matan gente y pelean. L menciona que ya se quiere ir del albergue, quiere ir con su “jefecita” enseguida comenta que la odia.

Compañerismo	Los chicos recuerdan a las recién egresadas Br y M en varios momentos.	Tras una fuerte sesión de recuerdos en su mayoría nostálgicos, los niños se dan diversas muestras de afecto desde recados y abrazos hasta peticiones de noviazgo. Bajaron tranquilos.		Yn comenta que es el primer día de escuela de Au y que regresó feliz. Yn busca hacer sentir mejor a Sn haciéndole el corazón, mientras pregunta por qué L no quiso subir hoy.	Sn se acuerda de M y Br, diciendo que eran muy guapas.
Dependencia	Emili le dice a Daniela que si juegan a la cocinita, ella accede, Aurea las ve y se acerca a jugar también. Emili decide que ella será quien lave los trastes y Aurea es la que hará el "huevito", cocinando para Daniela. En el otro lado del espacio, en donde se encuentra la cocina, Aurea decide que ella realizará las compras de la despensa.		Hay discusiones por algunos biberones entre Au y Mafe. L pregunta a la observadora qué va a querer de comer y se lo prepara. Jen escribe en el pizarrón un mensaje para Yn "te quiero, sin ti me muero".	Sn pide ayuda para dibujar un corazón, cuando se le invita a intentarlo se acuesta en el piso y llora en silencio. Los demás niños también piden ayuda a las tx, Yn los empieza a ayudar a hacerlo y todos le piden ayuda.	Em prepara comida y alimenta a las tx, llena su boca con comida de juguete.
Tristeza		Jen escribe en una hoja que quiere ver a su mamá y a sus hermanos.		Yn comenta que se siente triste por algo que dijo Emily, sin embargo evitó pegarle, se puso a saltar la cuerda para bajar su enojo, para que no la castigaran, esto la hace recordar cómo la castigaba su mamá. Sn también recuerda que su mamá la dejaba encerrada. Isa se muestra triste y comenta que nadie quiere jugar con él a los espadachines, comienza a pegarse en la cabeza.	Al llegar L y Mafe comentan que no quieren hacer nada. Em escribe "odio mi vida" y dibuja un muñeco que la representa. L recuerda el teléfono de su hermana y su mamá, cuando toma el teléfono de juguete.
Otros					Em dice que ya no quiere terminar su dibujo. Jen y L se comunican por medio del pizarrón, él le envía un mensaje que dice "te amo". L pregunta si yan es

					<p>hora de bajar. Jen comenta que ya quiere terminar sus sesiones. A la hora de salir Em menciona que extraña mucho a su abuela y a su mamá, se le acompaña en hacer dibujos de ellas y compartir algunos recuerdos gratos, baja tranquila.</p>
		<p>Jen y Yn le escriben a Sn que la quieren aunque no se lo demuestran, ella llora, y sigue llorando aunque los mensajes de las niñas son cada vez menos agresivos y más reconciliadores. *Esta sesión despierta especialmente emociones negativas en el grupo completo. Antes de cerrar las tx piden recordar momentos gratos, los cuales empiezan en situaciones nostálgicas respecto a las familias y luego en situaciones fantasiosas donde los padres son héroes que rescatan a los niños.</p>			

Sesión 25: Yn sale el albergue sin despedirse debido a su proceso legal.

Categoría-Sesión	Sesión 23	Sesión 24	Sesión 25	Sesión 26	Sesión 30
Objetivos de la sesión	Celebración por cumpleaños	Cierre por vacaciones	Retomar tras vacaciones de semana santa	Expresión emocional por medio de materiales gráficos	Cierre, se celebra la última sesión comiendo pizza que los niños pidieron para el cierre. Luego hay juego libre.
Agresividad				Is se ríe de Emily y ella lo golpea	
Agresividad simbólica		<p>Sn, Yn e Is juegan a los cocodrilos ue se comen a las personas, se mueren y reviven varias veces en tono alegre. Luego aparece un personaje materno que regaña en lugar de salvar del peligro.</p> <p>Por su parte Em, Au y Sn inician otro juego de ancianas y manzanas envenenadas que las pueden matar. Hay una doncella desmayada y Em es un príncipe que lucha por salvarla, se integran mucho al juego.</p>		Au menciona que su dibujo es un león en el bosque tratando de atrapar cebras para comérselas.	
Enojo	Al llegar Em golpea a puños el sofá.	Em comenta enojada que ya terminó de marcar su pista, no quiere bajar.	Yn menciona que todos los hombres son malos, apoya este argumento recordando que a él sólo le pegaba su papá.	La terapeuta le comenta Em que se ve algo molesta cuando no come lo que ella le dá, Au reafirma ¡enojada! Al saber que la sesión terminó Em patea un sillón. Luego evita salir diciendo que no quiere hablar con nadie.	

Compañerismo				<p>Cuando Is pinta su piel con el plumón Em le dice “ si te pintas lastimas tu cuerpo y eso significa que no te estás cuidando”.</p> <p>Au se acuerda de Luis y menciona que es triste que haya decidido ya no estar en el grupo.</p>	<p>Mientras juegan futbol le pegan a Au, así que Is le propone a Em que busque otra portería para no lastimar, Em acepta, luego dice que no deben pegar, y comenta que quiere cantar una canción para todos al final.</p> <p>Is recuerda cuando realizaron una actividad mientras aun estaba Yn. Emili recuerda que también estaba L.</p> <p>Se preguntan entre sí si llevarse su caja o dejarla en el lugar.</p>
Dependencia	<p>Al terminarse la leche del festejo, Au intenta servirse hasta la última gotita que quedó.</p> <p>Em le escribe a Mafe que la quiere con toda su alma y su corazón, va a donde está ella y lee el recado ya que Mafe no sabe leer.</p>			<p>Em llena un biberón de arena y dice que es “chocomilk”, se lo da a la tx. Y luego hace uno para la otra tx. Comienza a hablarles como bebés mientras les va llevando más comida.</p>	
Tristeza	<p>Sn empieza a llorar en silencio desde que ingresa al espacio.</p>	<p>Durante el cierre de sesión Em se muestra muy triste y molesta por tener que cerrar, comenta que se pone así cuando se siente triste.</p>	<p>Al hablar de sus vacaciones los niños empiezan a recordar a sus mamás. Em insiste en ponerle agua al biberón.</p>		
Culpa					

Temor			Yn menciona que no le gusta que escriban lo que ella hac o dice ya que la van a “cachar” si hace una travesura. Em la apoya diciéndole a la observadora que no quiere que escriba. Esto despierta la curiosidad de Is y Sn que van a ver qué es lo que ha escrito la observadora, al ver sus nombres Is les propone ya no decir nada.	Mientras pinta Em comenta que suele sentir que la persiguen cuando va al baño.	
Entusiasmo					
Otros	Em nuevamente n quiere bajar del espacio, se muestra triste y molesta, Aura la espera y lora junto con ella.		Em evade el inicio de la sesión jugueteando con biberones de juguete que comparte con is.	Mientras dibujan Em se tira al piso, mientras dice: “¡Agh, voy a tener un hijo, voy a tener un bebé!”. Al ver que no se le brinda la suficiente atención ante esto, se levanta y continúa pintando.	Emili agradece a la terapeuta por haberla hecho recordar a su abuelita. Antes de salir por última vez del espacio Em comenta que esta vez estuvieron mucho tiempo.