

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

"PSICOTERAPIA BREVE EN GRUPO CON NIÑOS DE 10 A 11
AÑOS CON RASGOS ANSIOSO-DEPRESIVOS"

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ,
LIC. LAURA VERONICA MARTINEZ PANTOJA

DIRECTORA DEL REPORTE:

DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

REVISORA: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

MIEMBROS DEL JURADO DE EXAMEN

DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG

MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA

MTRA. MA. SUSANA EGUIA MALO

DRA. LUISA JOSEFINA ROSSI HERNANDEZ

MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

2005

M345052



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“PSICOTERAPIA BREVE EN GRUPO CON NIÑOS DE 10 A 11 AÑOS CON
RASGOS ANSIOSO-DEPRESIVOS”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LIC. LAURA VERÓNICA MARTÍNEZ PANTOJA

DIRECTORA DEL REPORTE
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

REVISORA
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

MIEMBROS DEL JURADO DE EXAMEN
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
MTRA. MA. SUSANA EGUÍA MALO
DRA. LUISA JOSEFINA ROSSI HERNÁNDEZ
MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Laura Verónica
Martínez Pantoja

FECHA: 6 Junio 2005

FIRMA: [Firma manuscrita]



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MÉXICO D.F.

2005

Este Reporte Profesional se elaboró gracias al apoyo del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (Proyecto PAPIIT IN 3000002).

AGRADECIMIENTOS

A la *Universidad Nacional Autónoma de México* y la *Facultad de Psicología* por brindarme la oportunidad de continuar este proceso de aprendizaje y formación profesional. Por ser la mejor Universidad del país.

Al *Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología* (CONACYT) y la *Dirección General de Estudios de Posgrado* (DGEP) por las becas otorgadas para la realización de estos estudios.

A las Autoridades del *Hospital Psiquiátrico Infantil* por el espacio que nos dieron para el trabajo de esta residencia, muy en especial a *Lety, Gaby y Françoise* por regalarme su tiempo, compartirme su experiencia y ser siempre cordiales.

A las Autoridades del *Instituto de la Comunicación Humana* por permitirnos trabajar en esta institución, en especial a los psicólogos *Crisitna y Polo*, porque a pesar de la incertidumbre nos compartieron su espacio y trabajo.

A todo el personal del *Centro Integral de Salud Mental*, que siempre nos apoyó, en especial a la Directora T.R. *Virginia González Torres*.

Al Lic. *Jesús Moreno Rogel* por confiar en nuestro trabajo y darnos todas las facilidades para el trabajo en CISAME. Por apoyar el desarrollo de profesionistas y ser un ser humano tan valioso y un profesionista preocupado por impulsar el desarrollo del psicólogo a nivel institucional.

A Dra. *Rosa Amelia Juárez González*, por tu dedicación, enseñanza, tiempo y empeño que me brindaste desde el primer día que ingresé al CISAME haciéndome sentir parte de él; por tus palabras de aliento ante las complicaciones técnicas y las charlas que compartimos. Muchas Gracias Rosa.

A la Lic. *Ma. De Lourdes Vale Fernández* con quien tuve la oportunidad de trabajar bajo su supervisión, agradezco tus observaciones que me ayudaron a corregir errores y dirigir mis intervenciones de una manera más completa.

Al Lic. *Sergio A. Velázquez Rangel* por el tiempo dedicado en el trabajo de supervisión y tu participación en la residencia.

A la Lic. *Sandra Nuñez Salgado* por tu colaboración en el desarrollo del trabajo de intervención grupal atendiendo a los padres de los integrantes del grupo, por tus recomendaciones y tiempo dedicado.

A las Dra. *Ma. Guadalupe Alvarado Orozco*, Dra. *Irma Mathman Díaz* y el Lic. *Eduardo Olvera* por el trabajo conjunto en beneficio de los niños.

A la Dra. *Emilia Lucio Gómez Maqueo*, por su generosidad, su confianza y cariño, sus enseñanzas, sus comentarios al presente trabajo y por su afán de impulsarme a continuar en mi desarrollo profesional. Por compartir una página de la historia de nuestras vidas.

A la Mtra. *Consuelo Durán Patiño*, porque siempre estás ahí, como mi ángel guardián, para escucharme y motivarme, por tu amistad sincera y tus buenos deseos.

A la Mtra. *Fayne Esquivel Ancona*, por todo el trabajo que ha implicado ser la coordinadora de esta maestría y el apoyo que nos brindaste a lo largo de nuestro aprendizaje, ha sido una gran experiencia personal y profesional compartida.

A la Dra. *Bertha Blum Grynberg*, gracias Bonny porque siempre estuviste dispuesta a apoyarme, brindándome tu tiempo, tus enseñanzas y sugerencias de manera incondicional.

A la Mtra. *Cristina Heredia Ancona* por escucharme y alentarme a seguir, por todo el apoyo que me has brindado a lo largo de la maestría y como colaboradora en el proyecto de investigación.

A la Mtra. *Susana Eguía Malo* por haber revisado mi trabajo aún con la presión del tiempo y por tus atinadas sugerencias. Gracias por invitarnos a buscar nuestras fortalezas y reflexionar sobre nuestro quehacer profesional.

A la Dra. *Luisa Rossi Hernández* y la Mtra. *Blanca Barcelata Eguiarte* por aceptar ser miembros del jurado y sus enseñanzas.

A todos los maestros que fueron parte de cada una de las valiosas experiencias vividas durante la maestría, por su benevolencia ante nuestros errores e inexperiencia, en especial a la Mtra. *Guadalupe Santaella* y Dra. *Lucy María Reidl Martínez* por su disposición y entrega hacia los alumnos y sus sabios consejos para desenvolvernos mejor como profesionistas.

A la Dra. *Amada Ampudia Rueda* por su dedicación al Programa de Maestría.

A la Dra. *Patricia Andrade Palos*, por la dedicación especial que tuviste con esta primera generación de la residencia, por tu corazón bondadoso y abierto. Quizás sin tu ayuda no hubiéramos logrado alcanzar esta meta.

A la Mtra. *Maetzin Ordaz* por el apoyo otorgado en la tramitología necesaria para cerrar este ciclo de vida y aprendizaje.

Al personal de la biblioteca y centro de documentación por facilitarme la búsqueda de información, a *Gabriel y Victor*. A *Guille* porque siempre me has tendido tu mano amiga y me regalas tu sonrisa y alegría.

Dedico este trabajo a todos los niños y niñas con los que trabajé y que me dieron la oportunidad de conocer sus vidas y ese espíritu de búsqueda y lucha; ese entusiasmo y frescura, esa espontaneidad y sinceridad, esa facilidad para decir las cosas como son.

Agradezco a los padres de estos niños quienes depositaron su confianza en mí y me permitieron trabajar conjuntamente con ellos en beneficio de sus hijos y sus relaciones familiares.

A cada uno de los miembros del grupo a *Mary Fer, Omar, Nayelli, Wendy, Alan, Jonhatan y Gaby* quienes me enseñaron que los retos son posibles de alcanzar.

A *Iván* por tu eterna rebeldía y esos ojos tan expresivos llenos de ternura, a *Miguel Ángel* por tu gran melancolía, a *Fernando* por tu disposición y tu reto, a *Lupita* por tu inmensa creatividad y dulzura, a *Mary Fer* por tu ternura y tu linda sonrisa con hoyuelos, a *Diego* por dejar de vernos como ogros, a *Moisés* por tu sinceridad, a *Memo* por atreverte a confiar y esas golizas que me diste.

Muy en especial a *Atzin Berenice* por tu tierna timidez y a *Mauricio* por tu sonrisa, por tus gestos, por tu viveza.

A mi madre, *Amparo Pantoja*, por todo el amor que me brindas, por tu apoyo y tu alegría. Por compartirme la historia de tu vida y saber que estarás ahí siempre que lo necesite. Gracias por tu existencia mamá.

A mis hermanos *Eduardo y Julio Ernesto* por su cariño y apoyo; a mis hermanas *Celia y María Teresa* porque son más que tolerantes conmigo y siempre están a mi lado para impulsarme y compartir los momentos más importantes de mi vida.

A mi hermano *Arturo*, mi cuñada *Gaby* y mis lindas sobrinas *María Elena y Ana Laura* por sus palabras de aliento, su interés en mi desarrollo personal y profesional y sobre todo por su confianza y cariño. A todos los Pantoja extendidos por el territorio mexicano.

A *Guillermo Negrete*, gracias Grillito por tu amor, por tu paciencia, por estar siempre ahí cuando te he necesitado. Por escucharme, por hacerme reír, por tolerar mi frustración y enojo, por complacerme y dedicarme tu tiempo y cuidados. Por creer que aún cuando tardara lograría concluir este proyecto.

A mis compañeros de la maestría de la primera generación, en especial a *Norma Valenzuela* por tu confianza en una desconocida y ser siempre compartida, a *Cristina Pérez* por ser valiente y confiar en mí, a *Xóchitl Prado* por tu optimismo semieterno, a *Mary Paz Conde* por tus palabras de apoyo, a *Verónica Ruiz* por tus consejos, a *Denise* por nuestras notas inéditas. Por compartir esta experiencia de vida que sin ustedes no hubiera sido tan divertida.

A mis compañeras de segunda generación *Ale, Eli, Rossi, Violeta y Chío* por compartir su tiempo y su entusiasmo. Un agradecimiento especial a *Rocío Nuricumbo* por tu confianza para aventurarte a trabajar conmigo en la intervención grupal y estar siempre dispuesta a seguir. Por tu bondad y dulzura.

A mi amiga *Paloma* porque aún en la distancia he sentido tu apoyo y amistad, porque siempre tienes una palabra de aliento que me da consuelo. Extraño nuestras charlas y momentos juntas.

A mis amigas *Martha, Rebeca y Rocilú* por su interés en mi trabajo y desarrollo profesional. A *Alicia y Francisco* por sus palabras de apoyo e interés y por compartirme la bienvenida de *Uriel*.

A mi amiga *Minerva*, porque a pesar de la distancia y el tiempo siempre que nos reencontramos es como si nunca nos hubiéramos apartado, gracias por esa amistad sincera y ayudarme en mis momentos de desesperación y tristeza.

A mi amiga *Rocío Ávila*, no sabes cómo extrañé nuestras tardes de trabajo y tus jalones de oreja. Gracias por estar presente y preocuparte por mis avances; por ser amiga incondicional y tu loco humor.

A mis compañeros de las maestrías de Neuropsicología y Evaluación educativa con quienes compartimos momentos en nuestra formación, a *Agustín* y a *Vero Reyes* por esas porras y esa incipiente amistad.

A mis compañeras en el proyecto de investigación, *Sonia, Bety, Luz Elena, Carlos, Quetza, Carmen y Milagros* por animarme; a *Paula Boero* por traer nuevos aires al espacio de trabajo. En especial a *Paulina Arenas* por compartir conmigo momentos trascendentes de nuestras vidas y trabajar en equipo de manera tan padre. Por soportar mis ratos de locura e histeria y confiar en mí.

A *Lourdes Soto* por tus palabras, tu escucha, tu sonrisa y tus oportunos comentarios, gracias por creer que la rebeldía y el desorden pueden ser productivos y aceptarme como soy.

Al *Aliencito*, por ser quien eres y compartirlo conmigo, por tu cariño, por tu sonrisa enigmática, por tu seriedad rotunda, por tu canto melódico, por tus palabras y recomendaciones, por tu guía. Por esos momentos inolvidables que hemos vivido, porque siempre estás en mi memoria.

Al Mtro. *Rafael Luna* porque me siento honrada de contar contigo y encontrar siempre tu amistad y ánimo.

A mi psicoterapeuta *Vicente Zarco* por permanecer con ahínco en ese espacio terapéutico lleno de desengaños, dudas y posibilidades. Por nuestra lucha de cada sesión en la búsqueda de respuestas y entendimiento. Por tu sonrisa sincera y tu afán de continuar.

A la Mtra. *Paty Piñones* por tu amistad y enseñanza, por ser una mujer tan valiente y con gran corazón.

A *Nicolás Castro* y su esposa *Ceci*, por estar siempre al pendiente de mi vida y mi crecimiento profesional. Gracias Nick porque me has enseñado que la amistad sincera permanece aún en la distancia, extraño nuestros momentos de ocio y agradezco infinitamente tu apoyo y confianza.

A *Enrique Vanegas*, porque fuiste un engrane del motor que me impulsó a la realización de esta maestría, quizás sin tus recomendaciones la hubiera abandonado desde el principio, gracias por creer, porque a pesar de la distancia siempre me apoyaste.

A *Fabián*, porque aún sin conocernos desde hace mucho, me compartiste tu mundo y me diste consuelo cuando lo necesité, por la amistad que iniciamos y tu insistencia a que terminara este proyecto.

A *Adrián López*, porque más que un maestro de acondicionamiento, fuiste un maestro de vida, porque eres un amigo leal, por tu amor a la naturaleza y tu apoyo al desarrollo físico pero sobre todo espiritual de la gente que tenemos la dicha de conocer tus enseñanzas. Más de lo que imaginas has promovido en mi vida cambios significativos.

A ti ausente, agradezco tus palabras y tu intento. Aún cuando no pueda compartir contigo este momento en mi mente siempre hay un pensamiento lindo para ti.

Me faltarían palabras y espacio para poder agradecer a la gente que siempre me ha alentado, a quienes de alguna manera son también responsables de este trabajo ya que sin sus regaños, apoyo, insistencia, orientación, sabias palabras, consejos y amenazas no hubiera concluido.

Agradezco infinitamente a Dios y a la Vida por dejarme permanecer en este espacio terrestre y darme la oportunidad de conocer infinidad de maravillas entre las que están todos ustedes. Mi vida no sería la misma sin su compañía.

MUCHAS GRACIAS

Laura Verónica

LOS NIÑOS APRENDEN LO QUE VIVEN

Si un niño vive criticado
aprenderá a condenar

Si un niño vive con hostilidad
aprenderá a pelear

Si un niño vive ridiculizado
aprenderá a ser tímido

Si un niño vive avergonzado
aprenderá a sentirse culpable

Si un niño vive alabado
aprenderá a apreciar

Si un niño vive con honradez
aprenderá a ser justo

Si un niño vive con seguridad
aprenderá qué es fe

Si un niño vive con aprobación
aprenderá a quererse a si mismo

Si un niño vive con cariño y amistad
aprenderá a encontrar amor en el mundo

D. Nolte

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
<i>PRIMERA PARTE</i>	
Panorama General de Salud en México	5
Panorama de Salud Mental	7
Necesidades de Atención a Población Infantil.....	9
<i>SEGUNDA PARTE</i>	
Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil	19
Antecedentes	19
Objetivos	20
Primer semestre	22
Segundo a Cuarto semestre	27
<i>TERCERA PARTE</i>	
Sesión típica de ejercicio profesional	
Psicoterapia Breve en grupo con niños con rasgos ansioso-depresivos	36
Fundamentos	36
Ansiedad Infantil.....	37
Depresión Infantil.....	45
Fundamentos para la intervención grupal con niños.....	57
Modelo integrativo	58
Terapia breve	59
Terapia de grupo	61
Psicoterapia de grupo infantil	64

Método	71
Justificación	71
Objetivo General	74
Participantes	74
Instrumentos y materiales	83
Escenario	84
Diseño de la estrategia de intervención	84
Técnicas empleadas	84
Procedimiento	85
Resultados	91
Análisis Grupal	102
Análisis Individual	139
Discusión	146
Conclusiones	152
Referencias bibliográficas	157
Anexo A	i
Anexo B	iv

RESUMEN

El reconocimiento a los distintos trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia ha hecho que en la época actual se incluyan programas específicos de atención a la niñez que abarcan el área de salud mental para dar solución a la problemática de los niños; quienes frecuentemente presentan alguna alteración de tipo psicológico que repercute directamente en su salud física o viceversa. Sin embargo, son pocos los especialistas capacitados para dar atención a esta población y en la mayoría de los casos son los psiquiatras quienes proporcionan el tratamiento por lo que en muchas ocasiones se deja de lado el aspecto psicológico de la enfermedad.

Considerando estos antecedentes, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México incorpora la Residencia en Psicoterapia Infantil al Programa de Maestría en Psicología Profesional con el fin de formar especialistas en el trabajo con niños y poder colaborar con el equipo de salud en la prevención y tratamiento de los padecimientos infantiles.

El presente trabajo es el reporte de la experiencia profesional que se obtuvo al ser parte de este Programa, el cual contiene las actividades realizadas a lo largo de los cuatro semestres de formación, así como la presentación del trabajo terapéutico realizado en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) con un grupo de siete niños de 10 y 11 años diagnosticados como ansioso-depresivos. La intervención grupal fue breve, basada en un modelo integrativo cuyo objetivo fue disminuir la sintomatología de los niños a través de la expresión de su sentir, sus fantasías y miedos; buscando a través del grupo modificar sus relaciones interpersonales, mejorar su capacidad de compartir y aprender uno del otro, promoviendo su sano desarrollo.

La intervención terapéutica en grupo fue muy útil en el trabajo con niños, ya que además de cubrir una demanda de atención a un número mayor de niños, los procesos dentro del grupo promovieron la asimilación, identificación, cohesión, la catarsis, el insight y el aprendizaje interpersonal.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en México existe una mayor preocupación por dar solución a los problemas de salud pública, ya que de acuerdo con la Ley General de Salud, en sus artículos 1° y 2° se reglamenta el derecho a la protección de la salud de toda persona para que pueda ejercer plenamente sus capacidades en un completo bienestar físico y mental y mejorar la calidad de vida promoviendo los servicios que satisfagan las necesidades de la población y apoyando el desarrollo de la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Los trastornos mentales y de la conducta se encuentran entre las principales causas de morbilidad y discapacidad en todo el mundo y representan enormes costos económicos y sociales. No obstante, se sabe que la mayoría de ellos pueden ser prevenidos y tratados eficazmente, y que gran parte de esas medidas de prevención, curación y tratamiento, son accesibles.

Esta prevención y tratamiento deben ser retomados desde la infancia, ya que los niños desde edades muy tempranas, enfrentan problemas como la violencia familiar y social, la desintegración familiar, la falta de valores, la inseguridad pública, la sobreestimulación, el maltrato y el abandono, provocando en ellos trastornos emocionales y de adaptación que han generado a su vez, nuevas disfunciones y dificultades dentro del ámbito familiar y escolar, ya que son una población vulnerable debido a su inmadurez tanto física como emocional; convirtiéndose en un círculo vicioso que afecta al menor, a la familia, a la escuela y a la sociedad en su conjunto, implicando una gran deficiencia en la calidad de vida de la población.

Para tener mejores resultados en esta tarea, es importante poder intervenir tempranamente en los niños, para así evitar el desarrollo de cuadros patológicos y alteraciones que en la edad adulta generalmente se complican y prevalecen. Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración

psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generando conflictos en sus relaciones interpersonales, en los ámbitos familiar, social y laboral.

Entre los principales factores que comúnmente se presentan asociados con los trastornos que prevalecen en los niños se encuentran la disfuncionalidad de la familia, el alcoholismo de los padres y los trastornos depresivos en familiares de primer grado. Otros considerados de menor peso son: factores genéticos, características propias del niño y las condiciones ambientales; por lo que ahora se pone atención también a la salud mental de los padres en el desarrollo psicológico saludable del niño.

Dos de los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia se presentan en la actualidad son la depresión y la ansiedad, ya que las condiciones aceleradas de vida, la violencia generada en todos los ámbitos, el malestar social y muchos otros factores promueven este tipo de padecimientos que a la larga se vuelven discapacitantes y provoca una mala adaptación del individuo a su medio y a las demandas que se le exigen.

En la atención a esta problemática, el psicólogo infantil juega un papel trascendente en el diagnóstico oportuno y en el tratamiento de los problemas emocionales por lo que se considera necesario formar profesionales especializados que cuenten con herramientas teóricas y metodológicas para poder hacer frente a este fenómeno actual. Por ello, surge dentro del Programa de Maestría en Psicología, la residencia de Psicoterapia Infantil, la cual tiene como objetivo formar psicoterapeutas, capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales asociados a diferentes trastornos que presentan los niños, empleando los avances más recientes de la psicoterapia infantil; buscando que los egresados cuenten con los conocimientos, las competencias profesionales y una actitud ética de excelencia, para identificar, solucionar, evaluar e investigar problemas en la población infantil (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002).

El presente reporte tiene como objetivo describir el proceso de formación a lo largo de la maestría y la experiencia profesional adquirida en los distintos escenarios a los que se tuvo oportunidad de acudir. El reporte se encuentra dividido en tres partes para su mejor organización. En la primera parte se hace una introducción al panorama de salud en México incluyendo a la salud mental. Se mencionan también las necesidades de atención de la población infantil en relación a los trastornos mentales así como las alternativas de atención existentes en los programas de salud.

En la segunda parte se realiza una descripción del programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, así como las actividades realizadas a lo largo de los cuatro semestres de entrenamiento con relación al aprendizaje teórico-metodológico y la práctica profesional llevada a cabo en las diferentes instituciones a las que se acudió.

Y por último, en la tercera parte, se muestra un ejemplo del trabajo realizado como ejercicio profesional en la sede designada para el entrenamiento y desarrollo de habilidades, el cual consiste en la presentación de la intervención psicoterapéutica realizada en un grupo de siete niños de edades de 10 y 11 años, quienes presentaban rasgos ansioso-depresivos. Este apartado contiene los fundamentos teóricos, el diseño y la metodología empleada, un análisis de los resultados obtenidos al finalizar el proceso terapéutico de duración breve así como la discusión y las conclusiones a las que se llegaron después de este trabajo y de la experiencia en general de la residencia y el aprendizaje obtenido en la maestría.

PRIMERA PARTE

PANORAMA GENERAL DE SALUD EN MÉXICO

A lo largo de la historia, la atención a la salud en México, ha sido determinada por los intereses políticos, sociales y económicos del país, lo cual ha repercutido en las resoluciones gubernamentales establecidas en esta materia; por ejemplo, cuando la salud era considerada como “la capacidad para trabajar”, era una prioridad atender a la fuerza trabajadora del país dedicada a la elaboración de artículos de exportación y que dejaba de producir ante la presencia de enfermedades y epidemias.

Las crisis económicas por las que ha atravesado el país y el crecimiento desmedido de la población, también han sido factores principales que han hecho que el área de salud haya mermado en su atención y el presupuesto asignado haya decrecido, enfrentándonos a una situación difícil con relación a la cobertura y calidad de los servicios.

Actualmente en México, la atención a la salud se encuentra reglamentada en la Ley General de Salud que establece el derecho de toda persona a la salud para poder ejercer todas sus capacidades plenamente y tener una alta calidad de vida.

Para lograr estos fines, existe el Sistema Nacional de Salud que se encuentra conformado por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones quienes colaboran al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social con actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, teniendo como prioridad a los menores en estado de abandono, a los ancianos desamparados y a los minusválidos.

Así mismo, la atención que se ofrece en nuestro país se da en tres niveles:

I Primer nivel: representado por los centros de salud.

II. Segundo nivel: representado por hospitales generales

III. Tercer nivel: representado por hospitales de especialidades (Perinatología, Cancerología, Cardiología, Psiquiatría, Ciencias Médicas y Nutrición, Pediatría, Neurología y Neurocirugía, Enfermedades Respiratorias).

Es importante mencionar que hoy en día, el sector salud adoptó la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud quien la considera como “El completo estado de bienestar físico, **mental** y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” lo que ha permitido el ingreso de otros profesionales al ámbito de la salud con el fin de atacar los problemas desde diferentes perspectivas.

Así, el campo que era ocupado sólo por médicos, enfermeras y odontólogos, actualmente se encuentra enriquecido con la participación de psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos y otros profesionales quienes buscan definir y clarificar líneas generales de acción en los diferentes niveles preventivos con el propósito de coordinar las acciones, optimizar los recursos y evitar duplicar esfuerzos.

Algunos de los programas que plantea la Reforma del Sector Salud (SSA, 2003) plasmados en el Capítulo VII, artículos del 72 al 77, para atender las necesidades de la población son los siguientes:

- ▣ Programa de Promoción y Fomento de la Salud
- ▣ *Programa de Salud Infantil y Escolar*
- ▣ Programa de Salud Reproductiva
- ▣ Programa de Salud de las Poblaciones Adulta y Anciana
- ▣ Otros programas de salud para la población en general (Programa de Salud Mental, Programa de Salud Ambiental, Programa de Accidentes y Lesiones, Programa de Salud Bucodental, Programa contra las Adicciones, Programa para la Disposición de Sangre Segura y Programa de Trasplantes)
- ▣ Programas regionales.

Como se observa, se incluye hoy en día, un programa que prioriza la atención a la población infantil, considerándola un sector vulnerable, la cual requiere una atención especializada.

PANORAMA DE SALUD MENTAL

El objetivo fundamental de los servicios para la prevención de enfermedades mentales establecidos en México consiste en favorecer cambios en los estilos de vida de la población, generando actitudes tendientes al autocuidado de la salud.

La Secretaría de Salud ofrece servicios preventivos en sus centros de salud y unidades hospitalarias en todo el país, aplicando programas de promoción de la salud y de medicina preventiva, cuenta con tres Centros Comunitarios de Salud Mental y un Centro de Salud Integral de Salud Mental en el Distrito Federal.

Al interior del Sistema Nacional de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de zona, así como en las unidades de medicina familiar. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con servicios de salud mental en hospitales regionales y en algunas de sus clínicas. También el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) establece un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo un desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Hoy en día, también se promueve que en los hospitales se busque una continuidad hospital-comunidad, esto es, que el paciente se reintegre a su medio social en el menor tiempo posible, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posibles, lo que a su vez reduce los costos del tratamiento; además se ha implementado el concepto de “hospital de día” con el cual se ha observado que disminuye el número de recaídas y se logra una mejor reinserción del paciente a la sociedad.

Sin embargo, a pesar de que la salud es considerada como un bienestar en donde se integran las áreas física y mental, la atención de los problemas de salud mental sigue siendo relegada ante la necesidad de dar atención a enfermedades que han

aumentado su prevalencia y aparición, en donde los médicos siguen teniendo el control mayoritario de las acciones tomadas y el área de psicología sigue estando supeditada a sus determinaciones.

Aunado a esto, los principales problemas que enfrenta la atención de la salud mental en México son:

- a) Infraestructura insuficiente, distribución inadecuada y de difícil acceso.
- b) Personal especializado insuficiente y mal distribuido en el territorio nacional.
- c) Carencia de recursos económicos para poder brindar un servicio adecuado en la infraestructura existente.

Las estructuras que conforman la red de servicios de atención médica y programas comunitarios, están organizadas en diferentes áreas que son: prevención, hospitalización y reintegración social en donde se espera que el usuario reciba un trato digno y humano con calidad y calidez, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión y nunca será sujeto de discriminación por su enfermedad mental, ni será objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

Las acciones preventivas a nivel comunitario se llevan a cabo con la realización de campañas informativas por medios publicitarios como la televisión, radio y prensa escrita, conferencias y orientación a grupos escolares en todos los niveles. También se incluye la sensibilización y capacitación constante del personal de la Secretaría de Salud y de otras instituciones.

Estas acciones se realizan con el objetivo de crear una cultura de prevención de la enfermedad mental. Por otra parte, en Centros de Salud, Centros de Salud con Módulos de Salud Mental, Centros Comunitarios de Salud Mental y Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) se llevan a cabo acciones para la promoción de la salud mental a través de grupos de orientación a la población en general y a grupos de riesgo, logrando así la detección oportuna de casos en la comunidad.

En estos centros se atiende al usuario por medio del diagnóstico y tratamiento oportuno.

Por otro lado, la creciente importancia de las aplicaciones psicológicas y la concepción biopsicosocial de la persona, su salud y su enfermedad son las bases de la psicología de la salud; disciplina que la OMS ha puesto de manifiesto, tiene como objetivo fundamental la aplicación de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación de la psicología científica a la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud; la investigación de los diferentes aspectos de la conducta humana que tiene incidencia en la salud de los individuos y de la comunidad (Reig, Rodríguez y Mirá, 1987; Ribes, 1990, cit. en Latorre y Beneit, 1994).

NECESIDADES DE ATENCIÓN A POBLACIÓN INFANTIL

La población de niños y adolescentes no es ajena a las grandes transformaciones que ha experimentado el perfil epidemiológico de la población en su conjunto durante las últimas décadas, por lo que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 los incluye como sector prioritario en la atención a la salud.

De acuerdo con el Censo Nacional de Población 2000, registró en el país alrededor de 32.6 millones de niños y niñas de 0 a 14 años de edad, una tercera parte de la población nacional; 38% del total de la población femenina son niñas y 35.5% de la población masculina son niños menores de 14 años. De la población infantil en México, 6% son menores de 1 año; 33% (10.6 millones) tiene entre 1 y 5 años de edad; 28% (11.2 millones) oscilan entre los 6 y 9 años y 33% (10.7 millones) tienen entre los 10 y 14 años de edad (INEGI, 2004).

Las estadísticas de 1998 del DIF mencionan que el 18.8% de los hogares están dirigidos por mujeres y es notable el incremento de éstas viviendo solas, particularmente en las localidades urbanas. El ingreso masivo de ellas al mercado de trabajo ha implicado una intensa demanda de servicios asistenciales y con ello cambios en las funciones y roles de la familia, donde el cuidado y la educación de los menores se trasladan fuera del ámbito familiar. Asimismo, se ha elevado el

número de hogares uniparentales, se han incrementado los divorcios, y han surgidos nuevos tipos de familia; todo esto impactando tanto a la dinámica poblacional como a las instituciones sociales pero, sobre todo, a los estilos de vida y a la organización social.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos

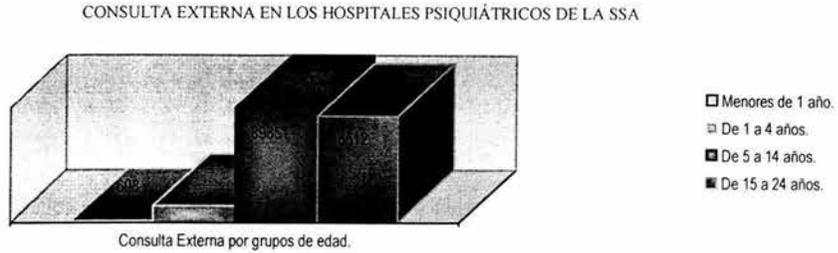
En México la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños es del 15%, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral.

Entre los principales trastornos que se encuentran en la infancia están los relacionados con el desarrollo, sin embargo, los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se tratan en los menores, son la ansiedad y la depresión (SSA,1998). A continuación se presenta un cuadro que engloba la psicopatología infantil y adolescente.

Psicopatología infantil y de la adolescencia									
Retraso mental	Trast. del desarrollo	Trast Psicóticos	Trast. de los hábitos	Trast. del Aprendizaje, comprensión y desarrollo motor	Trast afectivos	Trast. de ansiedad	Trast. de la conducta	Trast. de la identidad	Trast. de la interacción
Leve Modera do Severo Profundo	Trastornos Generalizados del desarrollo: Autismo. Síndrome de Rett. Desintegración infantil. Síndrome de Asperger	Esquizofrenia	Trastornos de la alimentación: Anorexia Bulimia	Trastornos del aprendizaje: Trastornos de Lectura, trastornos de cálculo Trastornos de expresión escrita	Trastorno depresivo infantil	Trastorno de ansiedad por separación	Trast. Disocial de inicio infantil	Transexualidad	Trast. reactivo de la Vinculación

Re-traso Mental	Trast. del desarrollo	Trast. Psíquicos	Trast. de los hábitos	Trast. del Aprendizaje, comprensión y desarrollo motor	Trast. afectivos	Trast. de ansiedad	Trast. de la conducta	Trast. de la identidad	Trast. de la interacción
			Trast. de la eliminación Enuresis. Encopresis	Trast de la Comunicación -Trastornos del lenguaje expresivo -Trastornos mixto -Trastornos fonológicos -Tartamudeo -Mutismo selectivo	Trast. Depresivo Adolescente	Trast. de pánico: Agorafobia. Fobia social.	Trast. disocial de inicio adolescente	Trast. Disociativos	Trast. Desinhibido de la Vinculación
			Trast. del sueño: Disomnía Parasomnía	Trastornos de las habilidades motoras	Distimia	Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno Negativista Desafiante		Interacción Inapropiada
			Trast. de la conducta alimentaria: Pica. Rumiación. Trastornos de la ingestión alimentaria	Tics: Tourette Motores o vocales crónicos Tics transitorios Estereotipias motoras	Trast. Bipolar	Estrés postraumático	Trastorno explosivo intermitente		Rechazo a la escuela
			Onicofagia			Trast. de ansiedad generalizada	Cleptomanía		Maltrato Infantil
			Tricotilomanía			Trast. de Hipersensibilidad social	Piromanía		Abuso sexual
			Autoestimulación			Trast. Somatomorfos: Trast.de Somatización. Trast. de Conversión Trast. por dolor. Hipocondría	Juego Patológico Parafilia Impulsividad		

En 1998 la consulta externa por grupos de edad en hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud se distribuía de la siguiente manera:



Fuente: Boletín de información estadística de la Coordinación de Salud Mental, SSA, Anuario Estadístico 1998.

En esta gráfica se observa que el grupo de 5 a 14 años representaba la mayor demanda en consulta externa con 89,851 consultas.

En los resultados encontrados en México en la Encuesta Nacional de Adicciones (1992) apareció que el 62% de los niños de 5 a 12 años que reportan alteración del lenguaje presentaban también otros trastornos, principalmente nerviosismo, retraso en el aprendizaje, trastornos del desarrollo de habilidades escolares y trastornos persistentes del sueño. Los datos epidemiológicos que ha reportado la Secretaría de Salud (SSA) sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, indican una alta prevalencia en trastornos hiperkinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica y retardo mental. Y se observa también un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol, y una mayor incidencia en problemas de depresión, intentos suicidas y acciones violentas.

Por otro lado, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" sus datos indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. La dependencia a sustancias se ubica como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes y el trastorno depresivo ha aumentado y ascendió al segundo lugar, mientras que el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó, colocándose en tercer lugar. El retraso mental, la epilepsia y los trastornos de conducta se mantienen, en promedio, con la misma prevalencia.

Los diez principales motivos de demanda de consulta psiquiátrica en menores de 15 años, en las Unidades Psiquiátricas de los Servicios de Salud Mental se presentan en el siguiente cuadro, en el cual se observa la variedad de alteraciones, las diferencias presentadas por sexo y el porcentaje de cada una de ellas.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA EN MENORES DE 15 AÑOS

No.	Clave CIE-10	DIAGNÓSTICO	POR GÉNERO		TOTAL	%
			MASCULINO	FEMENINO		
1	F90	Trastornos hipercinéticos.	11718	3660	15378	34.12
2	F99	Trastorno mental sin especificación.	4123	3074	7197	15.97
3	F43	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.	2848	1614	4462	9.90
4	F91	Trastornos disociales.	3408	982	4390	9.74
5	F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.	1878	1072	2950	6.55
6	F94	Trastornos del comportamiento social.	2028	655	2249	4.99
7	F93	Trastorno de las emociones.	1392	857	2038	4.52
8	F84	Trastornos generalizados del desarrollo.	1516	522	1923	4.27
9	F06	Trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad.	1355	568	1794	3.98
10	F70	Retardo mental.	1110	684	45064	74.86
		Subtotal	31376	13688	15133	25.14
		Las demás	9971	5162	60197	100.00
		Total	41347	18850		

Fuente: Boletín de Información Estadística de la Coordinación de Salud Mental, SSA, Anuario Estadístico 1998 (cit. en Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002).

Epidemiología en el ámbito internacional y nacional

Con respecto a la población infantil, en el ámbito internacional la Organización Mundial de la Salud reveló que en América Latina y el Caribe se estima que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que

amrita atención. Otros estudios internacionales reportan que niños que sufren retardo mental presentan también, algún tipo de trastorno emocional o de la conducta, lo que pone de manifiesto la necesidad de una valoración global del desarrollo.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1998 se encontró que el grupo de menores entre 15 y 24 años es un grupo de alto riesgo, ya que la incidencia anual de accidentes y acciones violentas, muchas de ellas vinculadas a problemas de salud mental, alcanzó 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina. Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se detectaron fueron caracterizados por angustia y depresión, así como intentos de suicidio y suicidios consumados. Se observa que la mayoría de las personas que atentan contra su vida padecen más de un problema mental, y que 35% de estos jóvenes abusan de sustancias. La muerte por violencia (accidentes de tránsito y lesiones) y envenenamiento se observa con mayor incidencia en grupos de 10 a 14 años y de 15 a 24 años.

Otras investigaciones revelan que la incompetencia de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos oportunamente, así como la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, que predispone al niño a manifestar deficiencias posteriores.

Otros datos de atención a población infantil son los arrojados por el Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP para el periodo 2000-2001, que menciona que en los Centros de Atención Múltiple (CAM) en el Distrito Federal, se atienden a niños con alguna discapacidad como ceguera, discapacidad visual, sordera, discapacidad auditiva, discapacidad motriz, discapacidad intelectual y otras discapacidades, las cuales generalmente están asociadas con trastornos mentales por lo menos en las dos terceras partes de la población que se atiende.

Alternativas de atención

La atención psicológica a niños, se ve afectada por la falta de detección oportuna en la mayoría de los casos por lo que los problemas van evolucionando en perjuicio tanto del menor como del medio ambiente en el que se desarrolla. Además la falta de conocimiento sobre los servicios de salud mental infantil obstaculiza la pronta atención; aún en los casos detectados, ya que los padres y los maestros no los canalizan al sitio adecuado y en ocasiones son diagnosticados de manera errónea y tratados inadecuadamente.

Aunado a esto, la mayor parte de los psiquiatras que atienden niños están distribuidos en áreas metropolitanas, por lo que algunos estados no cuentan con especialistas para este tipo de problemas, dando como resultado que la atención a los trastornos del desarrollo sea muy limitada.

Por otra parte, aún no se ha logrado tener un enfoque integral en la atención a los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, ya que la atención médica que se proporciona es limitada, y no necesariamente está vinculada a una atención en la que se permita la integración de otros especialistas como psicólogos, pedagogos, etc. e incluso a los mismos padres o tutores del menor.

Las acciones preventivas que corresponden a los psiquiatras y psicólogos se refieren a los componentes psicosociales de los trastornos y las desviaciones, y tienen esencialmente un carácter educativo: educación para la salud mental del público en general y de grupos específicos donde se difundan los principios de salud mental y el reconocimiento oportuno de los trastornos y desviaciones en los niños.

Un tipo de tratamiento muy frecuente en el manejo de los niños es el uso de fármacos, por parte de los psiquiatras. Se utilizan ansiolíticos, fármacos para desórdenes psicofisiológicos como la enuresis, para desórdenes del sueño, la hiperquinesis, la epilepsia, no obstante debe recalarse que el uso de fármacos no debe sustituir el manejo de los problemas en su aspecto psicosocial, sino ser usados como parte de un programa terapéutico que los incluya. Su uso no debe

prolongarse por tanto tiempo y también, no deben dejarse de usar en situaciones que así lo requieran.

Además del tratamiento psiquiátrico que se les da a los trastornos mentales, la psicología infantil a través del estudio del comportamiento de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia incluyendo sus características físicas, cognitivas, motoras, lingüísticas, perceptivas, sociales y emocionales; intenta explicar las semejanzas y las diferencias entre los niños, así como su comportamiento y desarrollo, tanto normal como anormal. También desarrolla métodos para tratar problemas sociales, emocionales y de aprendizaje, aplicando terapias en consultas privadas y en escuelas, hospitales y otras instituciones.

El psicólogo infantil está interesado en la interacción de los condicionantes biológicos y las circunstancias ambientales que influyen en el comportamiento y su desarrollo, en el papel de las variables cognitivas en la socialización, especialmente en la adopción del rol sexual correspondiente, y en la comprensión misma de los procesos cognitivos, su adquisición y evolución y pretende influir sobre el niño ya sea en forma directa o bien sobre su familia o su escuela, para modificar positivamente los factores psicológicos y sociales que en algún grado participan en la iniciación y el curso de algunos trastornos y evitar su progresión.

Es importante subrayar que algunos de los trastornos de la conducta del niño son transitorios ya que generalmente son ajustes ante situaciones que pueden ser superadas y que no dejan huellas persistentes, por lo que hay que intervenir oportunamente para evitar que se agraven o compliquen.

Dentro del área de educación, la Secretaría de Educación Pública ha hecho una labor importante en materia de tratamiento y rehabilitación de niños con trastornos en el desarrollo, a través de la Dirección de Educación Especial. En la actualidad, en el Distrito Federal existen 28 Centros de Atención Múltiple (CAM), en 15 Delegaciones Políticas, mismos que atienden alumnos con algún tipo de discapacidad, abarcando desde la educación inicial, a partir de los 45 días de nacidos, hasta la capacitación laboral a los 17 años, trabajando para ello especialistas en audición y lenguaje, deficiencia mental, trastornos neuromotores,

ciegos y débiles visuales, problemas de aprendizaje y menores infractores; contando con un personal interdisciplinario que incluye psicólogos, pedagogos, terapeutas físicos, médicos y trabajadores sociales. Fuente: Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial, SEP, 2000-2001.

Existen además otras organizaciones que dan tratamiento a la población infantil como son la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), la Clínica de la Conducta (fundada por el Dr. José Luis Patiño) con orientación médica, la cual actualmente pertenece a la Secretaría de Educación Pública (SEP) y su orientación es psicopedagógica, la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI), asociada a la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), entre otras.

También en México, grupos de psiquiatras, paidopsiquiatras y pediatras destacados han realizado una labor muy importante en la atención al niño y al adolescente abriendo campos clínicos en la Secretaría de Salud, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en donde existen servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales regionales y en algunas de sus clínicas.

Las unidades especializadas de atención a la salud mental de tipo ambulatorio, durante la última década, han tenido particular desarrollo dentro del sector público; se trata de establecimientos en donde se proporciona atención médica especializada y psicológica a la población. La Secretaría de Salud en la actualidad dispone de ocho servicios, cuatro en el Distrito Federal y uno en cada uno de los estados de Querétaro, Campeche, Zacatecas y Aguascalientes.

Para cubrir las necesidades de atención psicológica, el sector Salud a través de los Servicios de Salud Mental (SERSAME) tiene a su cargo el funcionamiento de los centros comunitarios de salud mental (CECOSAM), el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y el Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" y además el Centro Integral de Salud Mental (CISAME).

En la actualidad tanto en México como en otros países, son varias las alternativas psicoterapéuticas aplicables a los trastornos emocionales de los niños y adolescentes. Por ejemplo, psicoterapias individuales psicoanalíticamente orientadas, terapias de apoyo, terapia de juego, terapias breves y limitadas, terapia centrada en el paciente, terapia familiar, terapia filial, terapia de grupo, terapias medioambientales, enfoques psicoeducacionales, terapias enfocadas a síntomas específicos, etc.

La variedad de alternativas en el tratamiento constituye un importante avance en la atención a los menores, sin olvidarse que ésta debe proporcionarse desde un enfoque integral, considerando el conocimiento del desarrollo humano normal de forma global.

Es por ello que el país necesita profesionales capacitados para apoyar en esta tarea de atención a la salud mental, que busquen la solución a los problemas emocionales que presenta la población infantil.

SEGUNDA PARTE

PROGRAMA DE RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

Antecedentes

Como se mencionó con anterioridad, en México, los grandes cambios en el ámbito económico, político y social han generado problemas de orden social que se ven reflejados en un incremento en las alteraciones emocionales debidas a estresores ambientales que afectan al individuo dentro de la familia y la sociedad.

Problemas como la violencia intrafamiliar y social, la desintegración familiar, la falta de valores, la inseguridad pública, la sobreestimulación, el maltrato y el abandono son enfrentados hoy en día por los niños desde edades muy tempranas, provocando en ellos trastornos emocionales y de adaptación que han generado a su vez, nuevas disfunciones y dificultades dentro del ámbito familiar y escolar, convirtiéndose en un círculo vicioso que afecta al menor, a la familia, a la escuela y a la sociedad en su conjunto, implicando una gran deficiencia en la calidad de vida de la población.

Estos problemas han tenido un gran impacto en la población en general, sin embargo, es en los niños donde dicha problemática tiene un impacto más profundo debido a su inmadurez tanto física como emocional, que los vuelve una población más vulnerable.

De acuerdo con las estadísticas nacionales reportadas por la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y la Coordinación de Salud Mental de la Secretaría de Salud en 1998, el grupo de 5 a 14 años de edad es el que tiene la mayor demanda de consulta externa, seguida en menor proporción por el grupo de 1 a 4 años. Esto sin contar la consulta externa proporcionada a los derecho-habientes del IMSS, ISSSTE, PEMEX, Institutos de Salud, Instituto de la Comunicación Humana, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil de México que en 1998 ascendía a 354,500 consultas otorgadas (SSA, 1998).

Tomando en cuenta estos datos y considerando que muchos de los padecimientos psiquiátricos en adultos tienen como antecedente la presencia de trastornos psicológicos en la infancia, es necesaria la atención a esta población etárea, lo que permitiría prevenir el arraigo de enfermedades o sus complicaciones.

En la atención de esta problemática, el psicólogo infantil juega un papel trascendente en el diagnóstico oportuno y en el tratamiento de los problemas emocionales y en aquellos que se expresan como concomitantes en diversos trastornos en la infancia. Por lo tanto se considera necesario formar profesionales especializados que cuenten con las suficientes herramientas para manejar los problemas emocionales del menor incluyendo a su familia.

Insertado en el área de la psicología de la salud, y considerando la situación actual del país y el interés de las instituciones gubernamentales y mundiales por implementar programas que apoyen en la resolución de la problemática emocional infantil, se ha incluido en el Programa de Maestría en Psicología la Residencia en Psicoterapia Infantil en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Este programa tiene como finalidad entrenar a profesionales en la atención a estos problemas; proporcionándoles las herramientas necesarias para intervenir oportuna y adecuadamente; capaces de ofrecer alternativas de atención en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales que presentan los niños desde el nacimiento hasta los 14 años y, de establecer líneas de investigación sistemática para desarrollar programas de prevención primaria que incidan en la salud mental de los niños, de sus familias y la sociedad en que viven.

Objetivos

El objetivo de este programa es formar psicoterapeutas, capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales asociados a diferentes trastornos que presentan los niños, empleando los avances más recientes de la psicoterapia infantil; buscando que los egresados cuenten con los conocimientos, las competencias profesionales y una actitud ética de excelencia, para identificar,

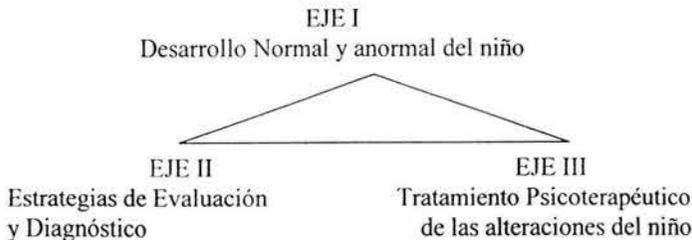
solucionar, evaluar e investigar problemas en la población infantil (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2002).

Los objetivos específicos que se plantea el programa son:

- a) Conocer las características de los problemas emocionales de la infancia.
- b) Identificar los principales trastornos psicopatológicos que se asocian a problemas de índole emocional.
- c) Conocer, aplicar y evaluar las diversas técnicas psicológicas, para realizar un diagnóstico integral de los trastornos emocionales en niños de 0 a 14 años.
- d) Conocer, aplicar y evaluar diversas técnicas y procedimientos de la terapia de juego para tratar los problemas emocionales en la infancia.
- e) Establecer estrategias de seguimiento de los pacientes tratados.
- f) Desarrollar habilidades para incidir en la solución de problemas conceptuales y metodológicos de la investigación sobre la psicopatología, diagnóstico y tratamiento de los trastornos emocionales de la infancia.
- g) Conocer los aspectos éticos y legales relacionados con la práctica profesional del psicólogo en el área de la Psicoterapia Infantil.
- h) Evaluar los resultados de intervenciones terapéuticas.

Para cubrir dichos objetivos, el programa de maestría se estructura con una formación teórico-práctica supervisada que le permite al alumno obtener los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para evaluar, diagnosticar y tratar problemas emocionales en población infantil, cuyo alcance se vio reflejado en las instituciones de entrenamiento al aplicar dichos conocimientos.

Esta estructura teórico-práctica se encuentra organizada en tres ejes temáticos que son:



Desde cada uno de estos ejes se aportaron los conocimientos teórico-metodológicos relacionados con métodos de investigación aplicada y estadística; medición y evaluación, diagnóstico, teorías y modelos de intervención específica en el área de psicoterapia infantil.

Todas las actividades y conocimientos impartidos en cada uno de los semestres que integran la maestría fueron planificados y estructurados de tal forma, que pudimos adquirir las habilidades y el soporte teórico que nos permitió trabajar en las diversas instituciones en las que estuvimos adheridos como residentes.

A continuación se hace una breve descripción de las actividades realizadas y las habilidades adquiridas en cada uno de los semestres de formación, así como de las instituciones en las que se trabajó.

PRIMER SEMESTRE

Las dos primeras instituciones en las que se inició la residencia fueron el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y el Instituto de la Comunicación Humana Dr. Andrés Bustamante Gurría. Dichas instituciones nos permitieron el acceso a las diversas áreas de trabajo y en esta primera etapa, nuestra labor consistió en realizar observaciones del trabajo de los médicos, psicólogos, terapeutas, etc. quienes amablemente nos permitieron entrar en sus espacios y conocer una pequeña parte de su labor en cada una de las instituciones. Posteriormente, se colaboró específicamente con el área de psicología en donde se realizaron entrevistas de primera vez con el fin de elaborar la historia clínica. También se observaron entrevistas con pacientes subsecuentes en las que básicamente se indagaba sobre los efectos de medicamentos, avances y logros en los niños, así mismo realizamos evaluaciones a pacientes de consulta externa siendo observados por los supervisores in situ.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO
Hospital de Tercer Nivel



A esta sede asistimos la primera mitad del primer semestre y en ella tuvimos la oportunidad de conocer las clínicas de Desarrollo en donde se atienden a niños de 0 a 6 años quienes presentan algún tipo de retardo en su desarrollo con el fin de que supere sus deficiencias evaluándoles para conocer su nivel de desarrollo y darles un tratamiento adecuado.

La Clínica de las Emociones, que atiende a niños de 5 a 12 años que presentan algún conflicto emocional en donde es utilizada la psicoterapia de juego desde un enfoque psicoanalítico.

Desafortunadamente en estas dos clínicas no se realizaron observaciones de las sesiones terapéuticas debido a una cuestión de ética y respeto hacia el paciente, por el tipo de tratamiento que se otorga.

La Clínica de la Conducta en donde se atienden niños de 5 a 12 años, quienes presentaban problemas conductuales básicamente déficit de atención con o sin hiperactividad, bajo rendimiento escolar. En ella observamos tanto la aplicación de evaluaciones como del tratamiento que se les daba a los niños desde un enfoque cognitivo conductual.

De la clínica de rehabilitación social en la que se encuentran las áreas de socialización, terapia ambiental, modificación de la conducta y psicomotricidad, pudimos observar sólo en ésta última; en donde se trabaja de manera grupal con niños de 4 a 12 años realizando ejercicios acordes a su edad y a la problemática que presentan buscando el desarrollo de las capacidades motoras tanto gruesa como fina y promover otras habilidades sociales como la integración grupal.

En todas las clínicas se realiza primero una evaluación psicológica, ordenada por el o la psiquiatra, consistente en una entrevista a profundidad y la aplicación de varias pruebas para determinar cuál será el mejor tratamiento de acuerdo al caso. Me parece importante resaltar que aún cuando los pacientes no sean asignados a terapia, los psicólogos hacen una devolución de los resultados promoviendo la comprensión de la problemática por parte del paciente y sus familiares, situación que en las otras sedes no ocurre así, normalmente los psiquiatras son los que informan del procedimiento a seguir y en ocasiones no se les explica claramente lo obtenido en la evaluación, provocando que los padres se encuentren confusos e intranquilos.

Fue muy estimulante poder observar el trabajo de las psicólogas, ya que me permitió conocer diversas formas de abordar un problema y la riqueza de su experiencia; pude compartir opiniones respecto a cada caso y también realicé algunas entrevistas y evaluaciones siendo observada por las psicólogas adscritas quienes atinadamente me retroalimentaban sobre mis aciertos y errores.

INSTITUTO DE COMUNICACIÓN HUMANA
DR. ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA

En la segunda mitad del primer semestre acudimos al Instituto de Comunicación Humana Dr. Andrés Bustamante Gurría perteneciente al Centro Nacional de Rehabilitación, el cual tiene como misión apoyar al Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención a personas con discapacidad. Atiende a personas de todas las edades y está

dividido en dos áreas principales: Comunicación Humana y Ortopedia, cuyos objetivos, áreas que trabaja y servicios se muestran a continuación.

Objetivos

Prevención
Asistencia
Rehabilitación

Discapacidades

Aparato locomotor
Aparato cardiorrespiratorio
Aparato fonoarticulador
(Audición, Voz)
Lesiones deportivas
Problemas de Lenguaje y
aprendizaje

Servicios

Consulta externa
Cirugía
Hospitalización
Rehabilitación
Auxiliares diagnósticos
Medicina preventiva
Tratamiento
(Médico, psicológico)
Terapia en comunicación
Paramédicos
Investigación
Enseñanza
Programa extramuros

En esta institución roté por los servicios de audiología, neuropsicología, otorrinolaringología, neuropediatría, oftalmología, genética, odontología, terapia de lenguaje y aprendizaje, orientación familiar y en psicología tanto en el área de diagnóstico como en la de terapia de juego. Básicamente nuestra tarea fue observar las diferentes actividades de cada uno de los servicios y entregar un reporte diario.

En el área de psicología realizamos observaciones, algunas entrevistas y evaluaciones a pacientes externos de primera vez. Al igual que en el Hospital Psiquiátrico, se realizaban historias clínicas y se aplicaba una batería de pruebas. Aquí conocí la prueba de Hiskey Nebraska utilizada para medir habilidades intelectuales cuando el niño presenta algún problema de audición. También colaboré como observadora participante en un grupo de terapia de juego con niños, al cual sólo acudía un niño, ya que con anterioridad el grupo se había ido desintegrando; por lo que no fue una experiencia grupal como tal y debió ser muy atemorizante y hasta agresivo que tres adultos trabajáramos con él. Esta situación fue comentada en el servicio de psicología, sin embargo, la terapeuta a cargo no tenía otro espacio de entrenamiento y se continuó así hasta acabar las sesiones del tratamiento que faltaban.

Una limitante en este Instituto, es que las sesiones de juego no son dirigidas por gente experta en el área, por lo que muchas veces el manejo que se hace de los problemas de los niños, pareciera que no es el más adecuado y provoca confusión en ellos, como en el caso anterior.

El trato que se da a los pacientes me pareció deficiente, no se presentan con ellos, no establecen un rapport adecuado; no se les explica por qué es necesaria la evaluación y posteriormente, no sé si por política de la institución, los psicólogos no entregan resultados directamente a los pacientes y sus familiares y pareciera que la gente se queda muy inquieta y temerosa.

Algunas de las habilidades que adquirimos en ambas instituciones al realizar las entrevistas e historias clínicas fue recopilar datos importantes como parte de la evaluación, para la elaboración de un diagnóstico y la estructuración del tratamiento. Datos como la ficha de identificación, el motivo de consulta, la historia tanto escolar como familiar, la conformación del núcleo familiar examinando los subsistemas conyugal, parental y fraterno; los antecedentes pre-peri-postnatales para reconocer posibles problemas o riesgo durante la gestación y formación del bebé, el uso de medicamentos, drogas, enfermedades, saber el tipo de parto, si hubo complicaciones al nacer, etc.

Paralelo al conocimiento adquirido en clases, en la aplicación de las entrevistas y la observación de los pacientes pudimos conocer tanto en la teoría como en la práctica sobre el desarrollo del niño en todas sus áreas: motor, del lenguaje, cognoscitivo, relaciones temporoespaciales, etc. identificándose las características clínicas de la conducta normal y anormal del mismo y se desarrollaron habilidades de observación, registro y reporte de sesiones. También aprendimos a describir la conducta presente durante la evaluación y armar la batería de pruebas necesaria para la correcta evaluación de cada paciente.

Otras actividades que realizamos fueron: la revisión de expedientes, la observación de sesiones de entrevistas iniciales, evaluaciones psicológicas, psicoterapia individual y psicoterapia grupal. También realizamos reportes de

evaluación y elaboramos un trabajo de investigación de los pacientes a los que observamos.

Una actividad fundamental, sino es que la más importante, para nuestra formación fue la de la supervisión de casos, que se llevaba a cabo con el tutor, con el grupo de residencia dirigido por las profesoras asignadas para tal efecto y con el o la psicóloga de la institución responsable de la supervisión in situ; por lo que tuvimos la oportunidad de resolver dudas tanto teóricas como técnicas en cuanto al diagnóstico, la evaluación y la intervención de la mayoría de los casos que se supervisaron.

El asistir a estas sedes me permitió conocer diferentes tipos de problemas que presentan los niños, ya que en el Hospital Psiquiátrico se atienden trastornos psicopatológicos básicamente; y en el Instituto de comunicación humana se atienden problemas relacionados con la comunicación como problemas de audición, de lenguaje, etc. que muchas veces causan problemas emocionales, observando también diferentes modalidades de trabajo.

También, se observó el proceso psicoterapéutico individual con una niña escolar a través de la Cámara de Gesell en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. Después de cada sesión, se comentaba sobre el proceso terapéutico y se discutía sobre las posibles formas de intervenir y el significado de lo acontecido en la sesión, entregando al final las observaciones e integración del caso y de manera grupal se elaboró una carta para la escuela de la niña con las sugerencias y los avances que se habían logrado al final del tratamiento.

SEGUNDO A CUARTO SEMESTRE

A partir del segundo semestre, la mayoría de los residentes fuimos adheridos a una sede en donde permanecemos hasta la finalización de la residencia; en ella, aplicamos los conocimientos adquiridos con relación al diagnóstico y la evaluación, sumándose nuestra participación como psicoterapeutas.

La sede a la que fui asignada fue el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), que da atención a niños desde recién nacidos hasta adultos mayores. La clínica en donde estuve para desarrollar mi práctica profesional fue la de Paido II (Niños escolares), en la que había tres paidopsiquiatras que realizaban las entrevistas de primera vez para determinar si eran candidatos a ser pacientes del centro (anteriormente ya habían sido entrevistados para filtrar los casos de autismo, esquizofrenia y retraso mental que no son atendidos aquí); cinco psicólogos que realizan la evaluación psicológica y otorgan terapia individual y grupal, una enfermera, un neuropediatra y un terapeuta de aprendizaje.

Para realizar mi práctica hubo varios responsables que supervisaron mi trabajo dentro de la institución: una paidopsiquiatra y dos psicólogos; además de la tutora y algunas maestras en la facultad con quienes también se trabajó el manejo de los casos.

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL (CISAME)

El CISAME fue creado para la atención integral de problemas de salud mental en la población en general que centra su labor en la promoción y prevención integral; es una alternativa para la atención de problemas psicológicos en los niños, para lo cual busca dar un diagnóstico temprano, proporcionar tratamiento adecuado y atender la problemática relacionada con las alteraciones de conducta, aprendizaje, emocionales y de violencia familiar. Su estructura es ambulatoria, se atiende en consulta externa ya que no cuenta con hospitalización y forma parte de la red del Modelo Hidalgo.

La manera en como se organiza, se muestra en la tabla siguiente, en donde se describen las clínicas que lo componen, dando atención al público en general, independientemente de si cuenta con algún otro tipo de asistencia o servicio médico.

		Clínica	Edad del paciente	Atención a
Clínicas de Atención del CISAME	<i>Menores de edad</i>	Paido I	Recién nacidos a 6 años	Problemas de conducta, aprendizaje, lenguaje y desarrollo. Trastornos emocionales o psicológicos
		Paido II	6 a 12 años	
		Adolescentes	12 a 18 años	
	<i>Adultos</i>	Adultos I	18 a 55 años	Trastornos emocionales: depresivos, ansiosos, psicóticos, violencia familiar
		Adultos II	55 o más	
	<i>Atención Especial</i>	Violencia Familiar	De todas las edades	Problemas generados por violencia familiar
Abuso Sexual		De todas las edades	Casos de abuso sexual	

Además cuenta con los siguientes servicios para apoyar la atención integral del paciente:

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| ✗ Pediatría | ✗ Neurología | ✗ Psicopedagogía |
| ✗ Laboratorio Clínico | ✗ Geriatria | ✗ Neurofisiología |
| ✗ Análisis conductual | ✗ Escuela para Padres | ✗ Casa de juego |
| ✗ Terapia familiar | ✗ Electroencefalografía | ✗ Terapia grupal |

Existe un Comité Ciudadano que promueve actividades culturales y socio recreativas, servicio de ludoteca, salidas a puntos de interés para niños y adolescentes, talleres en convenio con CONACULTA, actividades artísticas, funciones de teatro, cine y comidas entre usuarios y familiares para apoyar la rehabilitación social.

Desafortunadamente la demanda de atención sobrepasa la capacidad del centro, ya que no cuenta con el suficiente personal para poder cubrirla; sin embargo, cuando la primera generación terminó su estancia en el centro, se empezaba a abrir el turno vespertino para cubrir un mayor número de casos.

Actualmente se haya en procesamiento la integración de un banco de datos epidemiológicos para contar con la estadística necesaria que hable de la problemática atendida en cada una de las clínicas y los trastornos que se presentan más frecuentemente. Los problemas que más me tocó observar fueron los de ansiedad y depresión, casos de trastorno por déficit de atención y problemas de conducta y aprendizaje.

Como ya se mencionó, en esta sede se llevó a cabo la aplicación de los conocimientos de evaluación, diagnóstico y tratamiento adquiridos a lo largo de la maestría. Inicialmente se observaban las entrevistas de primera vez hechas por la paidopsiquiatra y después nosotros realizamos entrevistas individuales tanto con los niños como con las madres de los mismos y aunque fueron pocas ocasiones, también se entrevistaron a ambos padres. Algunas de estas entrevistas se realizaron bajo la observación de la paidopsiquiatra de la clínica a la que fuimos asignadas, por lo que se hacía una retroalimentación del manejo de la entrevista.

La finalidad de realizar entrevistas a la madre y al niño era precisar los datos sobre el motivo de consulta, los antecedentes, la evolución, los eventos asociados al problema, las características de personalidad de los miembros de la familia y su relación con el paciente identificado. La relación de esto con la presentación de sus síntomas, las expectativas de los padres, la conciencia de enfermedad, el origen de la problemática y los factores que influyeron en su desencadenamiento, eventos asociados al embarazo, nacimiento, historia del desarrollo, desempeño escolar, actividades cotidianas y el estado físico, emocional y de comportamiento de los niños.

El uso de las categorías diagnósticas del DSM-IV y CIE-10 estuvo presente en las entrevistas que observamos de primera vez, ya que al final de cada una de ellas se planteó un diagnóstico tomando como base estos criterios.

En esta institución, al igual que en el Hospital Psiquiátrico, se realizan tres tipos de evaluaciones de acuerdo a la petición de la paidopsiquiatra: evaluación de procesos cognoscitivos, evaluación proyectiva o evaluación completa. Aquí,

aprendimos algunas técnicas de evaluación e integramos un diagnóstico de los trastornos psicológicos de los niños.

Básicamente se utilizaron técnicas psicométricas y proyectivas para la evaluación de los trastornos mentales y emocionales de los niños. Las pruebas que generalmente empleamos fueron el WISC-R (Escala de Inteligencia Weschler para niños, versión revisada), el Test de Bender, el Test de la Figura Humana, el C.A.T. (Test de Apercepción Temática para Niños), el Test de la Familia, el Test de Frases Incompletas y el DTVP-2 (Método de evaluación de la percepción visual de Frostig). Estas pruebas son las que se aplican en la institución y los paidopsiquiatras son los que envían la hoja de referencia del niño en la que determinan qué tipo de evaluación se les debe realizar, no obstante, si decidíamos aplicar alguna prueba no incluida en su referencia podíamos libremente aplicarla para profundizar en el caso; entregando un reporte que se anexaba al expediente del paciente.

Se aplicaron también técnicas de terapia de juego en niños que presentaban algún trastorno con los que se trabajó con el apoyo del supervisor in situ, se trabajó con los niños de manera individual y de manera grupal.

Un aprendizaje nuevo para mí fue el trabajo en coterapia con dos alumnas de la segunda generación de la maestría; con cada una de ellas trabajé con un paciente de manera individual y una de ellas se integró al grupo terapéutico de niños escolares que será reportado más adelante.

La supervisión en la sede fue de una hora semanal para comentar aspectos del manejo de los casos, la aplicación de pruebas, la técnica de la entrevista y los puntos que debían ahondarse en las siguientes sesiones. También con la paidopsiquiatra encargada de nuestra supervisión revisamos material bibliográfico en reuniones específicas para ello.

Asistimos a varias de las reuniones semanales llevadas a cabo en el auditorio con el personal de la institución, quienes presentaban la discusión de un caso en la

que intervenían todos los profesionistas inmersos, en la que se enriquecían los puntos de vista y se actualizaba la situación del paciente. Estas reuniones después se cambiaron a sesiones culturales en las que se invitaba a un experto a hablar de un tema o se hacían presentaciones de películas comentadas.

Al finalizar nuestra estancia en cada sede los supervisores a cargo hicieron una evaluación de nuestro desempeño y se retroalimentó a los residentes al respecto.

Los productos que entregamos en las sedes fueron básicamente los reportes integrados de las evaluaciones realizadas a los niños de la clínica de Paidó II. Como se mencionó, estos reportes fueron revisados por los supervisores in situ y la tutora quienes realizaron comentarios para su corrección. Inicialmente sólo entregamos reportes de observación de los casos que nos asignaron. También se elaboró una bitácora semanal de actividades (durante todos los semestres) que era entregada a profesoras asignadas de la Facultad, para comentar sobre nuestras dudas, inconformidades y sugerencias.

En el caso de las entrevistas, también se entregó el formato lleno cuando se trató de la elaboración de la historia clínica (sólo en los casos que entrevistamos pacientes de primera vez) y se elaboraron las notas de evolución en cada expediente de los niños asignados a terapia.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS GUILLERMO DÁVILA

Como se mencionó anteriormente, en el primer año sólo fuimos observadoras en este centro ubicado en la Facultad de Psicología. A partir del tercer semestre participamos como psicoterapeutas y coterapeutas, siendo observadas por nuestras compañeras en la Cámara de Gesell y continuamos con la observación de casos de nuestros compañeros. Este espacio también nos permitió perfeccionar técnicas, escuchar sugerencias y hacer un análisis más profundo de nuestras intervenciones.

También se hicieron presentaciones de casos en sesiones clínicas en la facultad como parte del trabajo de supervisión que nos permitía implementar nuevas

técnicas y mejorar nuestras intervenciones. Una de estas técnicas fue aprender el uso de videos para la enseñanza, supervisión y la intervención misma.

Del trabajo realizado en la Cámara de Gesell se entregó un resumen de cada caso haciendo un análisis de lo que habíamos observado o de lo que habíamos trabajado según fuera el caso.

Conjuntamente al trabajo de la residencia, en la materia de medición y evaluación se trabajó en la elaboración de un instrumento que cada residente tuvo la libertad de elegir el tópico de su preferencia. Fuimos aprendiendo cada paso necesario desde la planeación, elaboración y redacción de reactivos, su piloteo, jueceo, reestructuración; hasta obtener su confiabilidad y validez, poniendo en práctica los conocimientos metodológicos que fuimos adquiriendo.

Para ello tuvimos que acudir a varias escuelas para obtener la muestra de niños necesaria para llevar a cabo el análisis de datos. En estas instituciones pudimos observar que en general, el personal está muy dispuesto a cooperar y los maestros se encuentran muy preocupados por no saber cómo ayudar a algunos niños que presentan problemas conductuales como los asociados al trastorno por déficit de atención; por ello, considero que sería muy importante en la práctica profesional incluir un área dedicada a la capacitación de maestros, ya que ellos pueden ser el principal detector de alteraciones en los niños y los primeros que pueden canalizarlos oportunamente.

En mi caso, elaboré junto con Norma Angélica García Valenzuela, mi compañera de la maestría y sede, un "Cuestionario Auxiliar para el Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención". Este instrumento tuvo una versión para los padres y otra para los niños, y permite tener una visión más amplia de una posible problemática en el niño con relación al déficit de atención; gracias al análisis realizado sabemos que el instrumento es válido y confiable con la población trabajada y se sugiere que podría ser utilizado para lo que fue creado, ser un auxiliar en el diagnóstico de este trastorno.

Así mismo, se elaboró un reporte final en segundo y tercer semestre, en el que se describieron de manera general las actividades teórico-prácticas que se llevaron a cabo en la residencia, en ellos se incluyeron los aspectos generales del panorama de salud y un análisis del trabajo realizado en nuestra sede.

Las actividades de enseñanza práctica supervisada e investigación aplicada se llevaron a cabo en tres escenarios distintos, lo que me permitió conocer un poco la realidad de los niños mexicanos y encontrar las técnicas que mejor se adecuaban al tratamiento de cada caso. Fueron 1656 las horas de entrenamiento cubiertas repartidas a lo largo de los cuatro semestres, cumpliendo así con lo establecido por el Programa de la Residencia.

El contacto con la gente me permitió conocer diversas formas en que se trata a los pequeños, cómo el rechazo y el abandono los han marcado, y cómo los padres tratan de ayudar a sus hijos aunque a veces sean promotores de las conductas disruptivas o el daño emocional en los niños. También existe una falta de reconocimiento de la problemática en donde toda la familia interviene, siendo más fácil depositar en los niños las malas acciones y hasta la responsabilidad de algunos conflictos, incluso de pareja.

Como parte fundamental e integral de nuestra formación en la maestría, se programó la asistencia a varios congresos y actividades extracurriculares con la finalidad de actualizarnos y conocer otras experiencias y formas de trabajar en temas relacionados con la psicología y la terapia infantil. Las actividades a las que yo asistí fueron las siguientes:

Jornadas del XXXVI Aniversario "Hacia un Hospital Académico". 16 al 18 octubre 2002. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

X Congreso Mexicano de Psicología. El perfil profesional del psicólogo, presente y futuro. Ponencia presentada: "Confiabilidad del cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes mediante el test-retest". 24 octubre 2002. Acapulco, Guerrero.

Ciclo de Conferencias “Nuevas aproximaciones de análisis e intervención desde la perspectiva de género”. 27 al 29 noviembre 2002. Instituto de la Comunicación Humana. 15 hrs.

4to. Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica. 11 y 12 julio 2003. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

20th Annual International Conference of Play Therapy. Association for Play Therapy. 7 al 11 de octubre 2003. 19 horas. Norfolk, Virginia. U.S.A.

Taller Modelo de intervención GIN (Grupo Infantil Natural) para el tratamiento del maltrato infantil. 22 de octubre 2003. Campeche, Campeche.

XI Congreso Mexicano de Psicología. “El psicólogo como usuario de la investigación: La generación de competencias profesionales”. Ponencia presentada “Cuestionario auxiliar en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”. 23 octubre 2003. Campeche, Campeche.

Taller “La valoración del apego infantil por medio del procedimiento de la situación extraña”. 8 al 10 septiembre 2003. 12 horas. Dirección de Educación Continua. Facultad de Psicología, U.N.A.M.

1er Congreso de Psicología Hospitalaria. “La enfermedad mental en la era de la modernidad”. 22 al 26 septiembre 2003. 30 horas. Hospital General de México.

De esta forma, además de cubrirse una parte fundamental del programa, considero que estas actividades son muy importantes en nuestro desarrollo profesional ya que el conocer el trabajo de otras personas nos permite estar informados y nos apoya en la obtención de herramientas para el propio desempeño, permitiéndonos el desarrollo de nuevas formas de trabajo; el diseño de nuevas estrategias a partir de otras ideas, o implementar formas actuales de tratamiento.

TERCERA PARTE

SESIÓN TÍPICA DE EJERCICIO PROFESIONAL

PSICOTERAPIA BREVE EN GRUPO CON NIÑOS CON RASGOS ANSIOSO-DEPRESIVOS

Fundamentos

La infancia feliz ha sido un mito forjado a lo largo de los años por el deseo de los adultos, quienes consideraban que no era posible que el niño presentara alteraciones en sus estados de ánimo, ya que por su corta edad, sus pocas experiencias vividas y el no tener responsabilidades “abrumadoras”, carecían de motivos para padecer algún trastorno de este tipo. Se consideraba que la tristeza y las preocupaciones infantiles siempre eran leves y pasajeras e incluso la depresión fue negada por algunos psicoanalistas en los años 60’s (Méndez, Olivares y Ros, cit. en Caballo, 2001).

El sufrimiento infantil ha sido subestimado por expertos y extraños, y quizás mucha de esta “indiferencia” se debió a que algunos miedos y tristeza experimentados por los niños eran considerados parte de la normalidad durante el crecimiento y maduración.

Sin embargo, a partir del esfuerzo de investigadores y del grupo de colaboradores de la American Psychiatric Association (1980) de establecer un diagnóstico más claro y preciso posible es que, estos trastornos infantiles empiezan a ser considerados como una realidad en la población más joven.

La mayoría de las instituciones públicas dedicadas al trabajo clínico utilizan principalmente los manuales psiquiátricos para el diagnóstico del paciente que son el CIE-10 Criterios Diagnósticos de Investigación de los trastornos mentales y del comportamiento (World Health Organization, 1992) y el DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1994); ya que, como se mencionó anteriormente, en el servicio público, los psiquiatras y paidopsiquiatras son los que intervienen en las primeras

entrevistas para determinar el padecimiento o trastorno de los niños que se presentan a consulta.

Es por esta razón que en este apartado se considera la clasificación de dichos manuales para hacer la descripción de los trastornos que son de interés para este trabajo de intervención terapéutica. Iniciaremos hablando del trastorno de ansiedad infantil.

ANSIEDAD INFANTIL

Existen diversas definiciones del término de ansiedad, las cuales generalmente han sido establecidas dependiendo de la perspectiva teórica a la que pertenece el autor que la plantea, siendo que hasta hoy, persisten discrepancias en la concepción de dicho término. La Asociación Psiquiátrica Americana (1975) la define como la aprehensión, tensión e intranquilidad que surge de la anticipación de algún peligro, cuya fuente generalmente se desconoce o es irreconocible; puede estar enfocada a un objeto, situación o actividad, o bien, no enfocarse a nada en particular.

La ansiedad es considerada una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro, la cual, la mayoría de los niños experimentan como transitoria y asociada a una determinada edad. Esta respuesta está integrada a un modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños y sirven para alertarlo de posibles peligros, desempeñando un papel protector en la preservación del individuo y de la especie (Echeburúa, E., 1998).

La función protectora de la ansiedad es equilibrar la tentación de curiosidad ilimitada del niño y el humano es el único capaz de experimentar respuestas de ansiedad al revivir recuerdos desagradables, imaginar situaciones amenazantes o pensar con temor en el presente o en el futuro.

Así mismo, la influencia del aprendizaje y la biología pueden hacer más rápida la adquisición del miedo en unas personas que en otras, así como retrasar la desaparición normal de los miedos comunes que se producen con la experiencia. Esto origina que en las niñas haya una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad que en los niños; ya que las respuestas de ansiedad favorecen la supervivencia de la mujer, que está menos dotada físicamente para protegerse de los peligros de la naturaleza y desde una perspectiva cultural, hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas induciendo respuestas de miedo ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor como propias de su sexo.

De acuerdo a Echeburúa (1998), los miedos evolutivos normales más frecuentes en las fases del desarrollo infantil son:

Edad en años	Temores más frecuentes
0-1	Estímulos intensos y desconocidos. Encontrarse desamparado. Personas extrañas.
2-4	Animales. Tormentas
4-6	Oscuridad. Brujas y fantasmas. Catástrofes. Separación de los padres.
6-9	Daño físico. Ridículo
9-12	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto entre los padres.
12-18	Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima. Capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso.

Hay ocasiones, sin embargo, en que las respuestas de ansiedad no desempeñan una función adaptativa, se disparan de forma totalmente descontrolada y son causa de sufrimiento para los niños que las experimentan.

Puyuelo (1984) utiliza el término de angustia como sinónimo de ansiedad, definiéndola como un estado afectivo penoso, en relación ya sea con una situación traumatizante actual o con el temor de un peligro vinculado a un objeto indeterminado. También menciona que en la terminología médica tradicional el término ansiedad está reservado al aspecto psíquico y el de angustia a la vertiente somática.

Freud utiliza el término angustia para referirse a una transformación de la energía vital a partir del momento en que no puede alcanzarse la satisfacción, en el caso

del niño, su origen es un sentimiento de ausencia de la persona amada. También se refiere a una señal que advierte de un peligro para el yo amenazado por esta moción pulsional experimentada como peligrosa (cit. en Puyuelo, R. 1984).

Para Spitz, en los primeros meses de la vida, sólo puede hablarse de precursores de la angustia y solo se dan estados de tensión frente a un desequilibrio interno con relación a las necesidades vitales (cit. en Puyuelo, R. 1984).

De acuerdo con Melanie Klein, desde el nacimiento existe un yo capaz de experimentar la angustia, de emplear mecanismos de defensa y de establecer relaciones primitivas de objeto en la imaginación y en la realidad; por lo que el yo inmaduro del bebé tempranamente queda expuesto a la angustia suscitada por la bipolarización innata del conflicto entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, inicialmente experimenta una angustia esquizoparanoica en razón de esta división y las malas experiencias; para posteriormente experimentar una angustia depresiva ante los sentimientos de ambivalencia hacia la madre (cit. en Puyuelo, R. 1984).

Para Bowlby, la angustia aparece como un afecto primario desencadenado por un exceso de tensión interior que nada en el entorno es capaz de satisfacer. (cit. en Puyuelo, R. 1984).

Mattison (1992, cit. en Schaefer, 1999) menciona que uno de los problemas más comunes reportados en niños, son los problemas de ansiedad y existe evidencia de que muchos de los adultos ansiosos reportaron que sus problemas se originaron en la infancia. La ansiedad puede llegar a ser sintomática a cualquier edad, una regla usual para diferenciar la ansiedad normal de la patológica es conocer la habilidad del niño para recobrase de la ansiedad o permanecer en ella cuando el evento desencadenante ya no está presente.

Si un ser humano aprende conductas efectivas para desarrollar estrategias de afrontamiento que aminoran los efectos aversivos, la ansiedad juega un papel adaptativo y normal; pero cuando las estrategias son disfuncionales, las consecuencias de experimentar ansiedad se convierten en un problema

psicológico, ya que no existe un peligro real sino la interpretación o exageración del mismo, la ansiedad impide tomar una acción para resolverlo. Siendo el peligro inexistente o exagerado, el individuo no tiene manera de evitarlo y empieza a tener reacciones corporales incontrolables así como síntomas afectivos como sentirse impaciente, temeroso, inquieto, asustado, nervioso, espantado, tenso, alarmado, aterrorizado y presenta síntomas conductuales como la inhibición, evitación, inmovilidad tónica, escape, hiperventilación, inquietud, poca fluidez al hablar, falta de coordinación (Zermeño, 2003).

Caballo (2001) plantea un análisis topográfico de la ansiedad que permite distinguir tres tipos de respuestas que se dan a las dos clases de estímulos *Externos* (Estimulación física y situaciones sociales) e *Internos* (Malestar por cambios psicofisiológicos, precauciones) que pueden provocar la ansiedad.

Análisis Topográfico de la ansiedad

Psicofisiológicas (incremento de la activación vegetativa en el sistema simpático)	Motoras (evitar la interacción con los estímulos desencadenantes)	Cognitivas (pensamientos e imágenes relacionados con la situación ansiógena).
Respuestas electrotérmicas: incremento en la actividad de las glándulas sudoríparas y de la conductancia de la piel (enrojecimiento, manos sudorosas etc.).	Respuestas de evitación activa. El niño lleva a cabo una acción que obvia la aparición de los estímulos que provocan la respuesta de ansiedad	Percepción de estímulos amenazadores (ej. la oscuridad es peligrosa).
Respuestas cardiovasculares: aumento de las contracciones cardíacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitaciones); elevación de la presión arterial y la tasa del pulso.	Respuestas de evitación pasiva. El niño deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de la respuesta de ansiedad no se aparezcan.	Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento (ej. soy miedoso, no me atrevo)
Aumento del tono muscular (entumecimiento o tensión en diversas zonas del cuerpo) y tasa respiratoria (ahogo)	Respuestas de escape. El niño se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social.	Preocupación por las reacciones somáticas (ej. ¿y si me desmayo?)
	Respuestas motoras alteradas. Si las condiciones fuerzan al niño a mantenerse en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal (voz temblorosa, bloqueos, etc.) y no verbal (tics, temblor, muecas, etc.)	Rumiaciones de escape/ evitación (ej. No pienso ir al dentista) Expectativas de daño (ej. El gato me arañará, la inyección me dolerá)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los trastornos de ansiedad son clasificados conforme al siguiente cuadro:

Trastornos de Ansiedad

Trastorno de angustia	Sin agorafobia	Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
	Con agorafobia	Se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia		Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas. La agorafobia se refiere a la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
Fobias	Específica	Una fobia es un miedo desproporcionado a las demandas de la situación y provocado por estímulos objetivamente inocuos. Su intensidad lo convierte en un comportamiento desadaptativo a nivel familiar, social, escolar o personal. Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición o anticipación a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Se clasifican 5 grupos de fobias (animal, ambiental, sangre-daño, situacional y otras).
	Social	Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo por miedo al escrutinio, ridículo, humillación o comprometan, pueden interactuar adecuadamente y ser sociables, sólo antes situaciones de ese tipo surge la fobia, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
Trastorno obsesivo-compulsivo		Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad)
Trastorno por estrés	Postrumático	Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma
	Agudo	Se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático

Trastornos de ansiedad	Generalizada	Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente (expectación aprensiva), durante al menos 6 meses, sobre una amplia de acontecimientos o actividades, en donde al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. Suele presentarse en los niños el trastorno de ansiedad generalizada, en donde éstos informan de preocupación en una gran variedad de áreas, tales como acontecimientos futuros, desempeño, seguridad personal y evaluación social. Son frecuentes los dolores de cabeza y de estómago. Estos niños tienen una marcada conciencia de sí mismos y frecuentemente buscan la aprobación de los demás. Son descritos como “perfeccionistas”, “ávidos por complacer a otros” y “excesivamente maduros” (March, 1995; Strauss, 1990, cit. en Caballo, 2001).
	Debido a enfermedad médica	Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente
	Inducido por sustancias	Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico
	No especificado	Se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los otros tipos de trastornos de ansiedad
	De separación	Aparece en la infancia, sólo es diagnosticada cuando ocurre antes de la juventud (18 años), frecuentemente se presenta en la infancia tardía, se caracteriza por una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de aquellas personas a las que el sujeto está vinculado (que suelen ser los padres y en especial la madre), la cual provoca malestar clínicamente significativo, deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Suele considerarse la resistencia o negativa a ir a la escuela como una de las características del TAS, aunque no es una condición necesaria para el diagnóstico.

Si consideramos los Criterios Diagnósticos de investigación de la OMS, clasifican a la ansiedad dentro de los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia e incluye los siguientes trastornos: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia, Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia, Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia, Otros trastornos de las emociones en la infancia (ansiedad marcada y preocupaciones (expectación aprensiva) que ocurre al menos la mitad de los días durante un periodo de al menos seis meses); Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación. En su décima edición también incluye el Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Boulenger y Lavallée (1993, cit. en Robles, 2000) distinguen cuatro subgrupos que se clasifican como trastorno mixto de ansiedad y depresión:

- a) Pacientes portadores de síntomas, tanto depresivos como ansiosos, pero que nunca cumplieron con criterios completos para algún trastorno dentro de algún sistema de clasificación.
- b) pacientes que cumplen en forma completa y comórbida los criterios, tanto para el diagnóstico de depresión mayor como el de algún trastorno por ansiedad (específicamente TP o TAG)
- c) Pacientes que cumplen con los criterios completos para uno de los trastornos (ansiedad o depresión) y además tienen síntomas asociados del otro trastorno (ej. Depresión mayor con algunos síntomas ansiosos).
- d) Pacientes que han tenido, en forma crónica, síntomas de ansiedad y depresión sin llenar los criterios, pero que alguna vez en la vida tuvieron historia de un trastorno depresivo mayor (TDM) o un TP o un TAG.

Para la OMS (1993) la descripción clínica del trastorno mixto es “una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de igual importancia asociados con, por lo menos, algunos síntomas autonómicos como temblor, palpitaciones, y malestar abdominal, que se relacionan a casos vistos en el encuadre de la atención primaria o en la población general. Dichos casos son frecuentes y los pacientes pueden sufrir de por lo menos algún grado de disfunción” (cit. en Robles, 2000).

La ansiedad y las preocupaciones están acompañadas por al menos tres de los siguientes síntomas: ánimo disfórico persistente o recurrente por lo menos en un mes, inquietud y sentimientos de estar “al límite” (manifestados por sensación de tensión mental junto a incapacidad para relajarse); sensación de cansancio y agotamiento a causa de la preocupación o la ansiedad; dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental; irritabilidad; tensión muscular y alteraciones del sueño (dificultades de conciliación o sueño intranquilo e insatisfactorio) a causa de la preocupación o la ansiedad. Deben abarcar al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias.

Estos síntomas causan alteración o disfunción clínicamente significativa en el área social, ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento, y no se deben a

los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una condición médica. Los síntomas no cumplen los criterios para otros trastornos.

EPIDEMIOLOGÍA

Lapouse y Monk (1959, cit. en Caballo, 2001) encontraron que el 43% de una muestra representativa de 482 niños, de 6 a 12 años, presentaba como mínimo, siete miedos, según informes de las madres. Para el DMS-IV-TR la prevalencia del TAS es del 4%. Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996, cit. en Caballo, 2001) encontraron que el trastorno de ansiedad más prevalente en la infancia es la fobia específica, especialmente las fobias animales. Hallaron que el 24.3% y el 2.9% de una muestra de 243 escolares, de 11.52 años de edad media (rango de 6-17 años), presentaban fobias específicas y TAS, respectivamente.

Los problemas de ansiedad ocurren en el 10 y 20% de niños en edad escolar, siendo más frecuentes el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad por separación y las fobias sociales.

ETIOLOGÍA

Los desórdenes de ansiedad son los desórdenes mentales más comunes en niños, adolescentes y también en adultos. Existe una transmisión generacional de los desórdenes de ansiedad de padres a hijos considerándose que la interacción entre ellos puede contribuir a la ansiedad infantil como en el caso de los modelos de sobreprotección parental, la ambivalencia y las prácticas de crianza rígida.

Además, los factores familiares son asociados con el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad infantil. Entre ellos se encuentran la ansiedad y depresión propia de los padres, disfunción familiar, desacuerdos entre la pareja y reforzamiento de la estrategia de afrontamiento de evitación; así como una frecuente retroalimentación negativa y restricción paternas que promueven el desarrollo de un estilo cognitivo ansioso en el contexto de una familia que provee un soporte ansioso (Barrett, Rappe y Dadds, 1996; Caballo, 2001).

TRATAMIENTO

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad, el enfoque cognitivo-conductual es el más usado en la actualidad. Técnicas de relajación, desensibilización sistemática, modelado, aproximaciones sucesivas, el entrenamiento en autoinstrucciones e imaginación son utilizadas con mucha frecuencia. También son empleadas la terapia psicodinámica y sistémica, muchas veces combinadas con el uso de fármacos como ansiolíticos.

El tratamiento con padres en habilidades específicas para manejar a los niños “problema”, el mejoramiento en la solución de conflictos y la comunicación matrimonial y familiar, y el ajuste psicosocial de los padres, son factores que parecen estar asociados con mejores resultados en las intervenciones clínicas con niños.

Considerando la prevalencia de los trastornos de ansiedad infantil, así como su pronóstico y el sufrimiento a lo largo de la vida asociado con estos desórdenes, como inadecuadas relaciones personales y aislamiento social, la investigación en el desarrollo, entendimiento y evaluación de tratamientos efectivos e intervenciones preventivas en los niños y adolescentes ansiosos se vuelve necesaria.

El pronóstico para los niños que no son tratados suele ser pobre y aunque para algunos, la ansiedad ocurre como parte del desarrollo normal en la infancia, para otros puede ocurrir que sus síntomas se intensifiquen y persistan durante el tiempo acentuándose su dificultad para las relaciones interpersonales y su conducta agresiva presente en situaciones de competencia social y ajuste escolar.

DEPRESIÓN INFANTIL

A principios de la década de los 70's se creía que la depresión no era común en los jóvenes, que se conocía en adultos y que no era posible que los niños experimentaran depresión. La depresión en los adolescentes era considerada como un rasgo propio del desarrollo siendo llamado desorden adolescente.

En esa misma década y principios de los 80's, algunas investigaciones utilizaron el diagnóstico de depresión en niños usando los criterios de adultos. Estos estudios mostraron que condiciones semejantes a las de la depresión adulta ocurrían en algunos niños; como resultado, la American Psychiatric Association en 1980, consideró los mismos rasgos del desorden depresivo tanto en niños, adolescentes y adultos (Rutter y Taylor, 2003).

En los siguientes años, una gran cantidad de investigaciones mostraron que la depresión se presentaba con mayor frecuencia de la que se pensaba en los jóvenes, por lo que se consideró reevaluar el concepto de depresión infantil, ya que además se demostró que existen diferencias entre la depresión infantil y la adolescente. La depresión preadolescente, a diferencia de la adolescente, es menos probable que se convierta en una depresión adulta y está fuertemente relacionada con otros desórdenes, principalmente con familias disfuncionales, (Harrington, 1990; Weissman, et. al, cit. en Rutter and Taylor,2003).

La observación de un estado de ánimo irritable o disfórico en algunos problemas propios de la infancia y la adolescencia, como dificultades en el aprendizaje escolar, hiperactividad, conducta antisocial, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, etc. condujo a algunos autores a hipotetizar que la depresión era un trastorno latente que se manifestaba de diferentes formas.

Antes de la publicación del DSM-III (1980), las actitudes predominantes hacia el diagnóstico de los trastornos afectivos en niños y adolescentes oscilaban entre la incredulidad de que estos trastornos existieran antes de la adolescencia tardía y la inclusión excesiva de numerosos y diferentes tipos de problemas emocionales y conductuales como reflejo de reacciones depresivas enmascaradas. Se diagnosticaban depresiones enmascaradas en jóvenes que manifestaban hiperactividad, comportamiento agresivo o delincuencia cuando niños o adolescentes mostraban ocasionalmente un estado de ánimo deprimido y se referían a temas depresivos o pesimistas en los tests proyectivos (Cytryn y McKnew, 1972 cit. en Shaffer, D. y Waslick, B. 2003).

Para Caballo (2001), la depresión se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son, por un lado, un estado de ánimo irritable y/o disfórico y, por otro, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza también por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de sí mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o suicidio e intentos de suicidio.

El trastorno repercute negativamente a nivel personal (por ejemplo, malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (deterioro en las relaciones padres-hijo), escolar (importante descenso del rendimiento académico) y/o social (aislamiento, etc.). La naturaleza de las respuestas-problema y de las áreas afectadas varía con la edad. En la infancia predomina la afectación a los sistemas psicofisiológicos y motores. Con el paso de los años adquiere relevancia el sistema cognoscitivo y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el sexual o el legal.

Las clasificaciones más usuales que se utilizan con relación a la depresión, son aplicables también para los niños:

- a) Primaria versus secundaria. La depresión bien es el trastorno principal o bien es consecuencia de un problema médico o psicológico.
- b) Unipolar versus bipolar. Sólo episodios depresivos, o episodios depresivos más episodios (hipo)maníacos. En la niñez se presentan pocos casos de manía y de trastornos bipolares.
- c) Depresión mayor versus distimia. Se refiere a si cumple los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno, o bien el estado de ánimo es irritable y/o disfórico, durante al menos un año, acompañado de otros síntomas depresivos, pero sin llegar a reunir los criterios diagnósticos. En la infancia existe una prevalencia mayor de distimia.
- d) Endógena versus exógena. La causa desencadenante es interna (por ejemplo, déficit funcional de noradrenalina) o bien se produce como reacción a un evento negativo claramente identificable (por ejemplo, una ruptura amorosa).

Para constatar la presencia de un síntoma es suficiente el informe del niño, excepto en la agitación o el enlentecimiento psicomotores, que tienen que resultar tan graves como para ser observables por los demás y no constituir únicamente una sensación subjetiva. Los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa, provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad.

La mayoría de los clínicos utilizan principalmente los manuales psiquiátricos para el diagnóstico que son el CIE-10 y el DSM-IV. Estos manuales difieren sus concepciones entre sí, sin embargo, coinciden en que la depresión varía en grado de severidad presentándose un ánimo triste y pérdida de interés que permanece por varias semanas.

Existen subcategorías del desorden depresivo, las cuales se hacen basándose en la severidad del desorden emocional. En el CIE-10, la severidad es definida por síntomas, mientras que el DSM-IV es definido en términos de los síntomas y el funcionamiento general de la persona.

También ambos manuales distinguen entre episodios de depresión psicóticos y no psicóticos. La depresión psicótica es poco común antes de la adolescencia media y el concepto se usa más bien para predecir el pronóstico. Los síntomas psicóticos son un mal presagio en la resolución de la depresión adolescente.

Estudios longitudinales han demostrado que en los niños existe una depresión mayor enmascarada y distimia, esta última se refiere a una depresión crónica moderada con duración de uno o más años. Sin embargo, los sistemas diagnósticos principalmente están basados solamente en el número de síntomas por lo que es mucho más difícil identificar la llamada depresión enmascarada. También se ha encontrado que la depresión está asociada con otros trastornos y que el síntoma de depresión es característico de encontrarlo en cualquier desorden psiquiátrico en el caso de los niños, algunos de los síntomas que son parte de la constelación depresiva pueden surgir como un síntoma de estos desórdenes, por ejemplo, la inquietud es vista en depresión, hipomanía o en la hiperactividad. Para

el diagnóstico se debe estar claro de que los síntomas no son parte del cuadro de otro trastorno.

Angold (et. al. 1999, cit. En Rutter y Taylor, 2003) encontró que los desórdenes más comúnmente asociados con la depresión son los problemas conductuales (40%) y los trastornos de ansiedad (34%).

El CIE-10 establece una categoría de desórdenes mixtos de la conducta y las emociones; ya que considera que no sucede un solo desorden único en la persona, sino que ocurre una mezcla clínica de desórdenes. En cambio el DSM-IV diagnostica como entidades separadas, por lo que es común que un solo individuo tenga varios diagnósticos a la vez.

Algunas explicaciones mencionan que la depresión es una parte integral de los desórdenes de conducta. Zoccolillo (1992, cit. en Shaffer y Waslick, 2003) sugiere que el desorden conductual es un problema de disfunción múltiple y la depresión es una disfunción en la regulación afectiva y la conducta. Es una disfunción en la regulación social y puede ser que los desórdenes de conducta causen depresión.

En la actualidad existen varios criterios para diagnosticar depresión en la infancia. Los de mayor impacto son los criterios de Weinberg (1973, cit. en Caballo 2001) que se presentan a continuación:

Síntomas principales

I Estado de ánimo disfórico (melancolía)

- a) expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo
- b) Cambios en el estado de ánimo, malhumor
- c) Irritabilidad, se enfada fácilmente
- d) Hipersensibilidad, llora fácilmente
- e) Negativismo, resulta difícil de complacer

II) Ideación autodespreciativa

- a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo)
- b) Ideas de persecución
- c) Deseos de muerte

- d) Deseo de huir, de escaparse de casa
- e) Tentativas de suicidio

Sintomas secundarios

III Conducta agresiva (agitación)

- a) Dificultades en las relaciones interpersonales
- b) Facilidad para riñas y pendencias
- c) Poco respeto a la autoridad
- d) Beligerancia, hostilidad, agitación
- e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita

IV Alteraciones del sueño

- a) Insomnio inicial
- b) Sueño inquieto
- c) Insomnio tardío
- d) Dificil despertar por la mañana

V Cambios en el rendimiento escolar

- a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismamiento, pobre concentración, escasa memoria
- b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares
- c) Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares

VI Socialización disminuida

- a) Menor participación en grupo
- b) Sociabilidad disminuida, menos simpático, menos agradable
- c) Retraimiento social
- d) Pérdida de los intereses sociales habituales

VII Cambio de actitud hacia la escuela

- a) Pérdida de placer en actividades escolares
- b) Negativa o rechazo a ir a la escuela

VIII Quejas somáticas

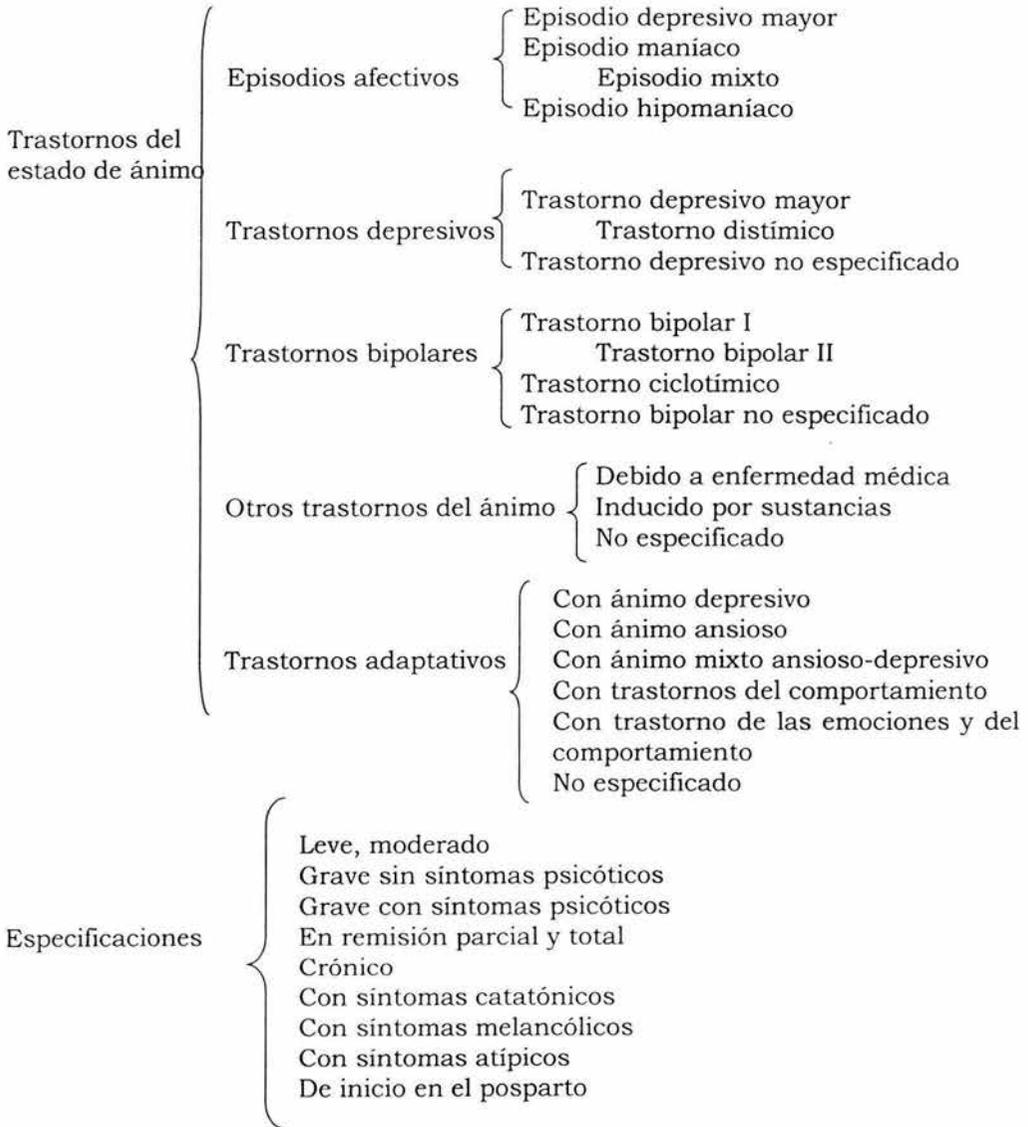
- a) Cefalalgias no migrañosas
- b) Algias abdominales
- c) Mialgias
- d) Otras preocupaciones o quejas somáticas

IX Pérdida de la energía habitual

- a) Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares
- b) Disminución de la energía, fatiga física y/o mental

X Cambios en el apetito y/o en el peso habituales

De acuerdo con el DSM-IV-TR, los trastornos del estado de ánimo se hayan divididos de acuerdo al siguiente esquema:



- * Especificaciones de curso
- Para episodios recidivantes (con o sin recuperación interepisódica completa)
- * Con patrón estacional
- Con ciclos rápidos

La característica esencial del Trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante 3 meses siguientes al inicio del estresante. La reacción clínica consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica. Se resuelve en los seis meses después de la desaparición del estresante; sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo si aparecen en respuesta a un estresante crónico (ej. Una enfermedad médica incapacitante y crónica) o aun estresante con repercusiones importantes (el divorcio de los padres, dificultades económicas). Con estado de ánimo depresivo, las manifestaciones predominantes como llanto y desesperanza; con ansiedad se usa cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud, o miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

EPIDEMIOLOGIA

La depresión se clasifica dentro de los trastornos del afecto y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa del individuo que la padece. Se calcula que afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo.

Actualmente se considera como una de las enfermedades más discapacitantes. Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria y generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. En México se estima una prevalencia de 12% a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años, según la OMS (1995). La prevalencia es de 5.2 hombres por cada 10 mujeres que la padecen. La edad media de inicio de un episodio depresivo es de 25 a 40 años, por lo que la depresión afecta en las edades más productivas de la vida. Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, existiendo hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión.

La depresión severa en los niños es probablemente del 5 al 6%, aunque no se saben cifras exactas. Las mujeres tienen a ser más propensas que los hombres a sufrir depresión durante la adolescencia y la etapa adulta.

El comienzo de la depresión puede ser súbito o gradual, por corto o largo plazo. Puede ser difícil su diagnóstico, ya que puede aparecer al mismo tiempo que otros trastornos como la ansiedad y el trastorno por déficit de atención.

ETIOLOGÍA

Reconocer la depresión en el niño es reconocer su agresividad, dirigida contra él, pero también contra el entorno, puesto que un niño desgraciado nos causa la sensación de haberlo hecho desgraciado nosotros, con toda la culpabilidad que de ello se deriva. La vida de un niño es una sucesión de renunciaciones, de frustraciones estructurantes que le permiten alcanzar la autonomía y la madurez; es una serie de experiencias de pérdida, de carencias, de amor insatisfecho y de odio a la medida de su amor. La depresión forma parte integrante de la vida psíquica del niño, sin tener, no obstante, una dimensión patológica. Cuanto más joven es el niño, más somático o corporal es el aspecto de su depresión, y a medida que va creciendo, va afirmándose el predominio psíquico (Puyuelo, 1984).

Conforme avanzan en edad, los niños presentan varios síntomas que indican su estado depresivo como que sonríen poco y lloran con facilidad; presentan poco interés por el mundo exterior, tendencia a replegarse sobre sí mismos, irritabilidad frecuente, tensión agresiva, eficiencia mental floja, incapacidad para afrontar cualquier frustración, angustia traducida en expresiones somáticas, preocupación anormal por la posible muerte, ideas persecutorias, manifestaciones autoeróticas.

El estado de ánimo depresivo es una parte común y universal de la experiencia humana. Puede ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas. Los niños pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, algunos se recuperan rápidamente, sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y de larga duración, interfiriendo con todos los

aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares.

Los estudios longitudinales y epidemiológicos sugieren que la ansiedad y la depresión aparecen tanto en niños como en adultos. Y en ocasiones la depresión es secundaria a la ansiedad o viceversa. Puede ser que compartan una base temperamental común o algún elemento genético. Es menos común el desorden depresivo en niños que en adolescentes, en niños el desorden tiene alto riesgo de recurrencia y se ha visto que los adolescentes continúan en la adultez con el problema.

Se considera que la causa de la depresión es una combinación de una predisposición constitucional genética y la vivencia de sucesos de vida estresantes.

Entre los factores predisponentes están, los genéticos y el medio familiar que juega un papel muy importante en la predisposición a la depresión ya que las desventajas sociales, las adversidades familiares y la depresión en los padres hacen que el riesgo sea mayor.

Los desórdenes depresivos a menudo siguen a eventos de vida estresantes tales como discusión entre los padres, abuso sexual, físico o emocional. Se habla también de alteraciones bioquímicas en neurotransmisores y anormalidades endócrinas (cortisol, prolactina, hormona tiroidea).

Modelos explicativos

Entre las teorías que explican la depresión infantil se encuentran:

Modelo socioambiental. Autores como Skinner (1953) y Ferster (1966, 1973) destacan la importancia del medio en el origen de la depresión infantil. Costello (1972) destaca la pérdida de eficacia de los reforzadores disponibles que se traduce en la pérdida de interés general que caracteriza a la depresión, existiendo dos causas principales de este fenómeno:

- a) Cambios bioquímicos y neurofisiológicos
- b) Rupturas de cadenas conductuales

Para Lewinsohn (1974) la causa principal de la depresión es la baja tasa de refuerzo positivo contingente con la respuesta que se explica por una o varias de estas razones:

- a) Los potenciales eventos reforzantes para el niño son escasos, poco intensos y/o variados.
- b) La disponibilidad de refuerzos en el medio es escasa
- c) Las habilidades del niño, especialmente las sociales, para obtener refuerzos del medio son deficitarias.

Modelo de la indefensión aprendida

Según este modelo, el individuo con depresión presenta, por un lado, expectativas de daño, es decir, espera que ocurra un evento aversivo o que no ocurra un evento deseado, y expectativas de incontrolabilidad, es decir, espera que ninguna respuesta de su repertorio cambie la probabilidad de un evento, y por otro, un estilo atribucional predominante, de modo que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables y sus éxitos a factores externos, específicos e inestables.

Modelo cognitivo

De acuerdo a éste, la persona que padece depresión sufrió experiencias tempranas negativas, que generaron pautas de pensamiento irracionales o esquemas cognitivos inadecuados, en donde la depresión en gente joven es debida a las deficiencias y distorsiones cognitivas, así como una atención selectiva a cualidades negativas de los eventos que suceden. Los sucesos positivos los atribuyen a causas externas y los negativos los asocian con ellos mismos.. Posteriormente los esquemas se activan en circunstancias similares y aparece la tríada cognitiva de la depresión o visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, que causa los distintos síntomas de la depresión: afectivos (disforia, ansiedad, etc.), motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación), cognitivos (indecisión, problemas de atención y memoria, etc.), motores (pasividad) y fisiológicos (insomnio, pérdida de apetito).

El deprimido sistemáticamente comete errores lógicos:

- ▲ Inferencia arbitraria: extracción de conclusiones sin información suficiente o con datos en contra.
- ▲ Abstracción selectiva: focalización de la atención en detalles fuera de contexto, al mismo tiempo que se ignoran aspectos relevantes de la situación.
- ▲ Sobregeneralización: elaboración de conclusiones generales a partir de hechos particulares o extrapolación de las conclusiones a situaciones sin relación alguna.
- ▲ Magnificación y minimización. Consisten, respectivamente, en sobrestimar las dificultades o los fallos e infravalorar las propias habilidades o los éxitos.
- ▲ Personalización: asunción de responsabilidades de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución.
- ▲ Pensamiento dicotómico: categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño en el polo negativo. Esta pauta absolutista se conoce como pensamiento todo-o-nada.

De acuerdo al Modelo de autocontrol se postula que la depresión se debe a fallos en el proceso de autocontrol y las teorías biológicas hablan de cambios bioquímicos y neuroendocrinos como responsables de este trastorno.

TRATAMIENTO

El manejo inicial de la gente joven depende en gran parte de la naturaleza de los problemas identificados durante el procedimiento de evaluación. El hablar con el niño y los padres reduce el estrés y se le da soporte a la situación emocional. La depresión es un problema que puede encontrar dificultades en varios dominios (cognitivo, interpersonal, familiar, y psicodinámico).

Desde el enfoque conductual, el más usado, el niño se centra en programas de tratamiento que incluyen a los padres, el niño y el terapeuta colaboran para resolver los problemas. El terapeuta enseña al niño a monitorear y registrar pensamientos y conducta. Se incluyen estrategias conductuales y cognitivas. La psicoterapia interpersonal basada en la premisa de que la depresión ocurre en un

contexto de relaciones interpersonales. Se tratan los síntomas depresivos y los problemas asociados con la depresión.

La intervención con la familia se basa en la observación de que la depresión tanto adolescente como infantil ocurre muy a menudo en un contexto de familias disfuncionales en donde también las relaciones padres-hijos suelen ser conflictivas por lo que se busca entrenarlos en el uso de estrategias efectivas de negociación y solución de conflictos.

La tendencia actual es aplicar programas de amplio espectro que incluyan componentes conductuales (actividades agradables, habilidades sociales, relajación), cognitivos (reestructuración cognitiva, retribución, solución de problemas) y de autocontrol, además del uso de fármacos.

Algunos programas, como el propuesto por Méndez en 1998 (cit. en Caballo, 2001) denominado Programa Emoción-Actividad-Cognición, constan de varias fases que incluyen una fase educativa, de aplicación y de consolidación; en las que se busca identificar las emociones, expresarlas, identificar las cogniciones relacionadas, buscar la modificación del ambiente del niño así como su repertorio conductual y cognitivo. Comprende tres elementos básicos para el cambio terapéutico: educación emocional, actividades agradables y reestructuración cognitiva y elementos complementarios como: habilidades sociales, relajación, higiene de sueño, retribución. Incluye tareas para casa, solución de problemas, entrenamiento en autocontrol.

FUNDAMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN EN GRUPO CON NIÑOS

Los rasgos característicos de la ansiedad y la depresión infantiles se presentan comúnmente en la población que acude a los centros de atención de salud mental y como hemos mencionado en el apartado anterior, son dos de los trastornos de mayor incidencia en los niños.

En el CISAME, hay una enorme demanda de atención psicológica y el personal que labora en dicha institución no puede atender a toda la población que lo requiere.

La inclusión de servidores sociales, así como de los residentes de posgrado ayudan a aliviar las cargas de trabajo y a tratar de dar solución oportuna a los problemas de salud mental que presentan los niños. Sin embargo, no es suficiente el personal para poder cubrir las necesidades de los pacientes.

Es por ello, que se propuso una intervención de manera grupal, ya que por un lado se trabajó con un mayor número de niños a la vez y a través de los mecanismos grupales se buscó la disminución sus síntomas ansioso-depresivos.

Para poder llevar a cabo esta intervención, se consideraron varios conceptos que se describen a continuación, el modelo integrativo en psicología, la psicoterapia breve, la psicoterapia grupal y el juego como técnica en la psicoterapia.

Modelo integrativo

La psicoterapia de hoy es caracterizada por la multiplicidad de enfoques terapéuticos existentes; por lo que, existe un movimiento integrador de las psicoterapias, en el cual de acuerdo a Norcross (1986, cit. en Feixas y Miró, 1993) se ha evolucionado de un simplismo absolutista y dogmático (mi enfoque es el mejor, por definición, y los demás están equivocados) hacia un relativismo (los enfoques funcionan según los casos).

Cada día hay un acuerdo más generalizado, de que los psicoterapeutas realizan, en sus prácticas diarias, acciones que revelan el empleo de procedimientos heterogéneos, y que apelar a recursos diversificados es una necesidad para enfrentar más exitosamente los problemas que aquejan a las personas (Fernández, 1992).

De acuerdo con Arkowitz (1991, cit. en Feixas y Miró, 1993) el movimiento integrador abarca tres grandes áreas de trabajo: la integración técnica, la integración teórica y el área de los factores comunes. Se habla también de un eclecticismo intuitivo o ateórico que se nutre únicamente de los procedimientos específicos de las distintas técnicas, con independencia de su marco conceptual.

Se tiende a escoger las técnicas con base a la atracción subjetiva o a la vivencia y creatividad del momento.

Los modelos integrativos consisten en la elaboración de nuevos principios de intervención, orientados a probar la plausibilidad de utilizar técnicas provenientes de diferentes enfoques, aprovechando recursos que habían probado ser eficaces en su implementación original; sostienen así la conveniencia de nuevas estrategias que, con un marco referencial ampliado, son propuestas susceptibles de incrementar los beneficios que los pacientes podrían obtener.

Otro criterio fundamental de los procedimientos integrativos es la verificación de que la eficacia de los resultados obtenidos con la implementación y precisión de una técnica terapéutica específica depende de haber logrado el entrenamiento adecuado y de poseer la capacidad y habilidad básicas necesarias.

Algunos pacientes parecen beneficiarse con procedimientos breves que suponen intervenciones acotadas, modificando ciertos aspectos de su comportamiento, mientras otros requieren un trabajo más complejo, que implica transformaciones en la estructura de su personalidad. El mismo paciente puede requerir intervenciones diversas apuntando a diferentes objetivos, y esto ocurre tanto simultánea como sucesivamente.

Considerando la propuesta del movimiento integrador fue útil para los residentes de la maestría, considerar varios esquemas teóricos para elaborar una intervención que contribuyera al trabajo con los niños de la clínica de escolares del CISAME, por lo que, tanto en la intervención grupal como la individual fueron utilizadas diferentes herramientas conceptuales y técnicas dependiendo del caso que se trataba, buscando siempre esclarecer los aspectos psicodinámicos del caso y el beneficio del propio paciente.

Terapia breve

Con la aparición de los diferentes modelos teóricos y nuevas técnicas psicoterapéuticas, surge la tendencia, cada vez más acentuada, hacia el

acortamiento del proceso terapéutico. Algunos enfoques sistémicos de la terapia familiar, no sobrepasan las 20 sesiones, al igual que algunos modelos cognitivos que defienden la corta duración del tratamiento en torno al límite de las 25 sesiones. Incluso en el modelo psicodinámico se han dado también intentos importantes de reducción del tiempo de tratamiento (psicoterapias dinámicas breves).

Phillips (1987, cit. en Schaefer, 1999) habla de la necesidad de una psicoterapia breve ya que en sus estudios ha observado que el 80 por ciento de los pacientes se mantienen en terapia sólo las primeras 8 sesiones y otra proporción grande de ellos tiende a declinar de la terapia a las 25 sesiones.

De acuerdo con los estudios realizados por Garfield (1986, cit. en Schaefer, 1999), dos tercios de los pacientes tratados en psicoterapia terminan el tratamiento antes de la décima sesión. En pacientes de clase social baja el 75% acude sólo para una sesión, el 15% a dos y sólo el 10% para tres o más, aunque estos datos corresponden más a una terminación prematura que a un planteamiento breve de la terapia.

La duración óptima de la terapia varía con el tipo de paciente, el problema, los criterios y las metas establecidas. También se ha inclinado por la terapia breve debido al reconocimiento del costo-eficacia que se le ha encontrado.

Además, las terapias breves resultan preferibles por varios motivos. En primer lugar, en el plano de la política de salud mental en centros públicos no sería coherente gastar el dinero del contribuyente en tratamientos largos cuando enfoques más breves pueden resultar efectivos. Sumado a ello, la alta demanda de atención psicológica convierte en una necesidad la propuesta de tratamientos más cortos.

Por otro lado, hay que recordar que la psicoterapia no es un fin en sí misma, sino que su finalidad es promover un buen funcionamiento del paciente en su medio natural. Cuantas más sesiones dure una psicoterapia más se lo aparta de su medio y más importante deviene el terapeuta dentro de su red social. El tiempo

que pasa en la consulta lo resta de su tiempo libre que, de otro modo, sería disponible para su mundo social, familiar y personal. Al igual que el dinero que destina se resta de su capacidad para hacer determinadas actividades potencialmente también terapéuticas.

Terapia de grupo

Aunada a esta necesidad de un tratamiento breve, se han conjugado otras modalidades terapéuticas que permitan atender a más personas y eficientar los recursos tanto humanos como económicos. Por ello, hoy en día es más socorrida la formación de grupos terapéuticos en las instituciones de salud mental para también dar solución a la alta demanda de atención de la población.

El grupo psicoterapéutico es usado en el tratamiento de un gran número de problemas psicosociales. La terapia grupal actualmente es usada en diversos escenarios como clínicas, hospitales, escuelas y prisiones, utilizándose técnicas cognitivo-conductuales, psicodinámicas, humanistas, gestálticas y existencialistas.

González Nuñez (1978) define al grupo como una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interfluyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas comunes en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta basándose en una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado.

Para Bion (1979) el término terapia de grupo puede referirse al tratamiento de un número de individuos reunidos para realizar sesiones terapéuticas especiales, o a un esfuerzo planeado para descubrir las fuerzas que en un grupo llevan a una fácil actividad cooperativa. Para este autor, el proceso grupal puede ser observado en dos niveles: en el nivel manifiesto, en el que el grupo se mantiene unido por la tarea, los miembros cooperan voluntariamente bajo la dirección del líder de trabajo. Y en el nivel profundo, en el que existe un factor cohesivo

espontáneo, fundado en las mutuas necesidades básicas supuestas, que ocasiona la “combinación instantánea” de dos o más individuos. A este factor lo denomina “valencia”. Este autor considera que la actividad del grupo en ocasiones se ve diversificada u obstruida por algunas actividades mentales que están cargadas de emociones. Estas actividades surgen de supuestos básicos comunes a la totalidad del grupo, los cuales son:

- ϕ Supuesto de dependencia, el cual se refiere a la dependencia del grupo de un líder del cual nutrirse material y espiritualmente y para obtener protección; el grupo supone “que sus miembros se han reunido para recibir del terapeuta alguna forma de tratamiento”
- ϕ Supuesto de emparejamiento en donde surgen sentimientos de esperanza mesiánica y el terapeuta debe capacitar al grupo para que esté alerta a estos sentimientos y sus conexiones y los tolere
- ϕ Supuesto de ataque-fuga, en donde el grupo se reúne para luchar o huir de algo y se apoyará al líder capaz de aprovechar la oportunidad de escapar o agredir.

Para Slavson (1951, cit. en Glasserman y Sirlin), la formación de un grupo surge cuando los individuos están en una relación prolongada, organizados con una determinada finalidad, en donde la copresencia favorece mecanismos tales como la interacción, interestimulación, contagio y estimulación emocional. Para él los procesos fundamentales del grupo son la catarsis, la disminución de ansiedad y el fortalecimiento del yo en la interrelación grupal.

Características y propiedades

Didier Anzieu (1956, cit. en De Hinojosa, 2000), menciona que las principales características de un grupo son las siguientes:

1. Está formado por personas, para que cada una perciba a todas las demás en forma individual y para que exista una relación social recíproca.
2. Es permanente y dinámico, de tal manera que su actividad responde a los intereses y valores de cada una de las personas.
3. Posee intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por su afinidad.

4. Existe solidaridad e interdependencia entre las personas, tanto dentro del grupo como fuera de éste.
5. Los roles de las personas están bien definidos y diferenciados.
6. El grupo posee su propio código y lenguaje, así como sus propias normas y creencias.

El elemento conceptual principal en la terapia de grupo breve es el foco, esto es, el terapeuta debe identificar las metas de tratamiento para el paciente, por ejemplo, el trauma del divorcio o el abuso sexual y consistentemente centrar sus intervenciones hacia la meta durante el curso de la terapia. Las características de un grupo de terapia breve son:

- *Un tiempo limitado establecido antes del inicio del tratamiento. Típicamente el total de sesiones de terapia va de 6 a 20 y son distribuidas en un periodo de 5 ó 6 meses aproximadamente.
- *un énfasis en la situación actual que se vive. El terapeuta dirige la aplicación del aprendizaje al presente, dentro del grupo y fuera de él.
- * el terapeuta asume una actividad altamente estructurada, educativa y con metas establecidas. Las metas pueden ser negociadas con los padres de los niños
- * se le da valor a las tareas y ejercicios estructurados para la casa diseñados para promover los cambios más rápidamente
- *el proceso de terminación con el tiempo limite es uno de los principales focos durante las últimas sesiones en el grupo.

Puede también trabajarse con lo que se conoce como grupos de encuentro y grupos de sensibilización. El grupo de encuentro consiste en un conjunto de personas que quieren interrelacionarse para poder trabajar aspectos de sus potencialidades. Algunas personas hablan con relación a las experiencias de grupos de encuentro como una reeducación emocional, en la que se está aprendiendo a reconocer, experimentar y, en última instancia, a controlar las propias emociones. La finalidad más importante de casi todos los miembros es encontrar nuevas maneras de relacionarse con los otros integrantes del grupo y consigo mismos.

Por su lado, el grupo de sensibilización es un grupo no estructurado, que se centra en problemas de tipo afectivo y en el cual se minimizan los factores intelectuales y didácticos. Los grupos de sensibilización tienden a ser hincapié en las habilidades para las relaciones humanas, en el desarrollo personal, aumento de la comunicación y las relaciones interpersonales. Así como que los participantes aprendan a dar y recibir ayuda honestamente y se conviertan en agentes de cambio. La sensibilización tiene desventajas como las resistencias al cambio que provoca y puede originar ansiedad sobre el fracaso o el éxito de la experiencia por lo que se requiere un terapeuta altamente capacitado en el conocimiento de la conducta humana.

Psicoterapia de grupo infantil

El grupo provee importantes factores terapéuticos y agentes de cambio que producen resultados satisfactorios. La sensación de universalidad que se desarrolla en los miembros del grupo combate los sentimientos de aislamiento y extrañeza. El sentimiento de aceptación en un grupo, proporciona una experiencia única para adquirir confianza en los otros y en sí mismo, así como una oportunidad para ayudar a los otros y una experiencia de altruismo que ayuda a la autoestima. Otros mecanismos terapéuticos inherentes al grupo incluyen la cohesión, aprendizaje interpersonal, catarsis, insight, reencuentro familiar y la instalación de la esperanza (Yalom, 1986).

En un grupo, los niños de todas las edades interactúan como familiarmente lo hacen, con sus necesidades de socialización. De todas las modalidades de psicoterapia, la terapia grupal, en particular, complementa las tareas de desarrollo normal que requiere el niño para alcanzar su capacidad para la interacción social e intimidad y es un método de ayuda para la resolución de problemas emocionales y conductuales; el grupo es considerado un auxiliar en la psicoterapia infantil (Schaefer, 1999).

Slavson (cit. en Glasserman y Sirlin, 1984) creó la psicoterapia de grupo para aplicar en niños desde 5 hasta 13 años; denominó grupos de juego a los

integrados por niños pequeños y grupos de actividad a los que incluían niños de 9 a 13 años aproximadamente. Para este autor, el grupo terapéutico es un agregado de individuos que se tratan al mismo tiempo, pero cuyos problemas deben investigarse y esclarecerse separadamente. El grupo es formado por siete u ocho miembros de igual sexo, con una diferencia de edad que oscila entre un año y medio y dos.

Speier (1984) considera que en el grupo, existe un proceso de desinhibición más rápida, un clima emocional más intenso y mayor celeridad en la solución de la culpa, en la disminución y neutralización de la ansiedad, y en el encuentro de soluciones positivas y maduras y en el cambio interno a través de la percepción del problema desde distintos puntos de vista. Este proceso de desinhibición más rápido evidencia la importancia que tienen para el niño las conductas y los valores sociales de sus pares. La importancia del "otro" se manifiesta también en la neutralización de la ansiedad por intervenciones recíprocas.

Glasserman y Sirlin (1984) trabajaron con grupos abiertos de niños y consideran que el momento evolutivo de un grupo está determinado por los distintos aspectos de sus miembros y su grado de evolución; sin embargo, el momento evolutivo de cada niño en su proceso terapéutico no está determinado por el grado de evolución del grupo. Por ello, el nivel de integración de un grupo está determinado por el modo en que lo estructuran sus miembros, pero el nivel de integración de un niño no está determinado por el grupo, sino por la calidad de sus conflictos intrapsíquicos.

El grupo permite la facilitación de procesos que son considerados factores de influencia del grupo, estos son: a) la vivencia común, b) el proceso de socialización y maduración de la personalidad a través de la interrelación y c) el proceso de diferenciación a través de la interrelación grupal.

Esta autora menciona que se dan distintos momentos de evolución en los grupos, los cuales llama periodos y son dependientes de la evolución de las relaciones

grupales y del proceso psicoterapéutico. Considera tres periodos llamados inicial, intermedio o de elaboración y final.

En el inicial se considera la relación inicial de los niños entre sí y con el terapeuta, la expectativa frente a la finalidad del grupo, las tensiones y ansiedades iniciales y la actitud e intervención del terapeuta. La tensión e inseguridad del grupo surge por la situación nueva y todas las dudas deben ser aclaradas al niño para que él pueda sentirse cómodo y seguro para poderse integrar al grupo. En este periodo se establece el encuadre del trabajo grupal; el mecanismo del proceso grupal se aclara y se habla de los síntomas y problemas que en general suelen presentar los niños. En este periodo, el terapeuta debe estimular a los niños a la tarea o a la libre expresión; tratará de integrarlos activamente al grupo procurando establecer una relación cordial con los chicos y crear una atmósfera confortable y de permisividad.

El periodo de elaboración es el periodo central en el grupo, en él se expresan fantasías y se permite el despliegue de juegos. Se observa mayor actividad, mayor emoción, intenso interés y gran elaboración en el plano simbólico. El grupo evoluciona hacia observaciones y cambios de conducta que indican maduración. Es necesario observar, que es útil que el grupo haya alcanzado cierto grado de integración y un nivel emocional adecuado para ser inducido a expresiones más profundas y para que pueda recibir observaciones e interpretaciones más propiamente terapéuticas.

En el periodo final, se elaboran los problemas más actuales, los rasgos de carácter y opiniones personales. Se nota a los niños más tranquilos, integrados en el grupo, amistosos e interesados en organizar juegos sociales.

Algunos de los objetivos que intenta alcanzar la psicoterapia de grupo infantil son: lograr una madurez emocional, obtener conocimiento de sí mismo, desarrollar la capacidad de insight, lograr la aceptación de sí mismo, entender y respetar a los demás, aprender a compartir, dar y recibir y fortalecer la tolerancia a la frustración.

Los niños de 9 a 12 años (niñez tardía o preadolescencia), se encuentran en el periodo que Freud llama de latencia, en la cual se adquieren los conocimientos necesarios para la lucha por la vida en todos los planos siendo la sublimación el mecanismo que se utiliza en esta época. La represión del interés sexual erótico va a permitir a la personalidad desplegar toda su actividad consciente y preconsciente en la conquista del mundo exterior (Dolto, 1993); para Erikson se hallan en la etapa de industriosidad vs inferioridad y para Piaget en la etapa de las operaciones concretas. Los niños en este periodo de latencia se desenvuelven mejor en combinación con una ocupación sedentaria, tal como dibujar, pintar o modelar. El terapeuta debe trabajar con ellos también, y sus producciones estarán sujetas a la misma crítica libre. El grupo puede hacerlo mejor cuando está mezclado.

Una situación de grupo bien equilibrada para esta edad, se divide en una fase de discusión y, reconociendo la necesidad de actividad del niño, especialmente después de las abstracciones, una fase de actividad.

Estos grupos de niños, disfrutan discutiendo personalidades y relaciones de grupo. Son esquivos en cuanto a sus síntomas, especialmente sobre aquellos regresivos como mojar la cama, y temen desprestigiarse. En las últimas etapas, la preocupación de los miembros prepúberes sobre temas tales como las diferencias sexuales, los roles de los sexos, los problemas misteriosos del nacimiento y de la muerte, y los temores de que ocurran calamidades en la casa, se hace evidente. En el grupo se defienden contra tales ansiedades con mucha hilaridad y bullicio y, característicamente, tienden a hacer tabúes los problemas, rodeándose en los chistes, y con un comportamiento exaltado. Muchos de sus sentimientos mezclados, respecto a los padres, se fijan en el terapeuta (Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. 1964, cit. en De Hinojosa, 2000).

Durante el periodo de latencia, los niños pueden presentar dificultades para el análisis, debido a que tienen una vida imaginativa muy limitada, una poderosa tendencia a la represión característica de esta edad, su yo aún no está

desarrollado y no tienen conciencia de enfermedad ni sienten la necesidad de ser curados. Aunado a esto, presentan una actitud general de reserva y desconfianza tan típica de este período de la vida, actitud que en parte es resultado de su intensa preocupación por la lucha contra la masturbación. No juegan como los niños más pequeños, ni proporcionan asociaciones verbales como los adultos. Los juegos del niño se adaptan más a la realidad y son menos imaginativos.

La mejor manera de ayudar a los preadolescentes es reforzando los sentimientos del Yo, solo así puede entregarse de lleno al proceso de explorar y descubrir todas las cosas de su mundo. Por ello se recomienda que en el trato con los niños se sigan los siguientes criterios (De Hinojosa, 2000).

- ϕ Escuchar, reconocer y aceptar los sentimientos del niño.
- ϕ Tratarlo con respeto, aceptarlo como es y ser sincero con él.
- ϕ Hacerle elogios y críticas específicos.
- ϕ Darle responsabilidades, independencia y la libertad de elegir.
- ϕ Involucrarlo en la solución de problemas y la toma de decisiones que atañen a su propia vida.

Para el trabajo con grupos, suelen utilizarse varias técnicas dependiendo de los objetivos y enfoques terapéuticos. Algunas de las técnicas que se utilizaron durante la intervención se describen a continuación en el siguiente cuadro:

Actividades Recreativas	Son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto, por ejemplo la música y los juegos. Buscan aumentar la creatividad del grupo, la integración y proporcionan oportunidades para el reconocimiento, la respuesta y nuevas experiencias. Crea una atmósfera agradable, aumentan la participación, facilitan la comunicación, fijan algunas normas grupales y desarrollan la capacidad de conducción, con disminución en la tensión.
Confrontación	A través de la confrontación, es posible lograr que el sujeto distinga su mundo interno de su mundo externo, con lo cual se favorece su salud mental y su rendimiento. Suele trabajarse con grupos pequeños de edad homogénea.
Promoción de ideas	Sirve para alentar la libre presentación de ideas sin restricciones ni limitaciones en cuanto a su factibilidad. Permite la discusión de un problema sin consideración sobre cualquiera de las restricciones o inhibiciones usuales.
Interrogatorio	Se trata de una técnica en la cual un solo individuo se enfrenta a un interrogatorio efectuado por varias personas. Es un método formal que permite un control flexible de la situación. Este permite al interrogado exponer su gran variedad de conocimientos, aptitudes y habilidades.

Relajación	El enseñar a los niños a relajarse, puede aliviar su tensión y a menudo les ayuda a expresar la fuente de ésta. Puede combinarse con la imaginación para llevar a cabo fantasías guiadas que sean agradables y ayuden a afrontar problemas emocionales.
Juego	La técnica del juego permite reconocer en los niños, sus distintas reacciones, la intensidad de sus inclinaciones agresivas, sus sentimientos compasivos y su actitud ante los diferentes objetos y personas representados por los juguetes. Estas asociaciones lúdicas del niño equivalen exactamente a las asociaciones libres del adulto; siendo éste el medio de comunicación por excelencia de cualquier niño.
Juego Libre	En él existe la posibilidad de que el niño pueda manifestar una situación particular determinada que se mantiene y realiza durante el juego. Hay un tema libre y el niño hace lo que desea. Permite la introversión y concentración

El juego

De acuerdo con Axline (1974) el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Por medio de las experiencias en la terapia de juego, se da al niño la oportunidad de conocerse a sí mismo a través de su relación con el terapeuta, el cual debe adoptar actitudes que transmitan sentimientos de seguridad al niño, permitiéndole explorar el espacio terapéutico y a sí mismo en esta experiencia. En esta exploración aprende a aceptar y respetarse no sólo a él sino también a los demás, utilizando la libertad con un sentido de responsabilidad. Sus sentimientos, actitudes y pensamientos emergen en una forma totalmente desenvuelta y sin inhibiciones. El niño logra exteriorizar su yo interno.

El juego permite: a) relacionarse espontáneamente con su realidad para conocerla y transformarla, b) relacionarse con otras personas sin temor a equivocarse, c) transformar simbólicamente la realidad y entrenarse para transformarla en la práctica y hacer más agradables los procesos de enseñanza-aprendizaje, y d) las personas que los elaboran a la vez que se expresan artísticamente, van adquiriendo y aportando conocimientos para el cuidado de la salud. Así mismo, tiene como objetivo, ahondar dentro del mundo de la niñez para convertirse en mejores conocedores y poder comunicarse fácilmente con el niño a través del lenguaje simbólico del juego como medio para ayudarlo a superar los efectos de la crisis y que pueda así alcanzar un crecimiento óptimo.

Dolto (1993) menciona que debido a que el método de las asociaciones libres no es posible con los niños, se emplea el juego, el dibujo espontáneo y la conversación

(refiriéndose esta última a las variadas ocurrencias del niño); en los cuales es necesario escuchar, mirar, observar sin omitir nada: gestos, expresiones, mímicas, palabras, lapsus y errores.

El juego, desde la actuación del terapeuta puede ser: 1. **Participativo**. El terapeuta juega junto con el niño, siendo cuidadoso de seguir la iniciativa de éste y de no mantenerse a la cabeza. 2. **Limitante**. El terapeuta sirve como un auxiliar del ego, enfatizando reglas, alentando la tolerancia a la frustración y estableciendo límites, y 3. **Interpretativo**. El terapeuta establece conexiones entre el juego simbólico del niño y su propia vida.

Es importante considerar que el terapeuta tiene como funciones:

- ϕ Desarrollar una alianza terapéutica.
- ϕ Ayudar al paciente a entender su situación.
- ϕ Unir el pensamiento con el sentimiento.
- ϕ Reducir los sentimientos de molestia y sufrimiento emocional.
- ϕ Trabajar a través de las defensas.
- ϕ Encontrar más modelos aceptables de la expresión del afecto.

Para elaborar la estrategia de intervención que se empleó con un grupo de niños en el CISAME, se tomaron en cuenta todos estos elementos teóricos y técnicos, que como ya se ha mencionado, permitió la disminución de síntomas y del sufrimiento de los niños tratados; considerando además el papel principal que tiene el psicólogo infantil en el mejoramiento de la salud mental de sus pacientes.

La intervención fue estructurada tomando como base la terapia grupal breve ya que permitió la facilitación de procesos como la socialización, la maduración de la personalidad y el proceso de diferenciación a través de la interrelación grupal enmarcada en un modelo integrativo, tomando técnicas como el juego y la narrativa para el trabajo con los niños ayudándolos a explorar y descubrir su mundo de una manera respetuosa e incluso divertida.

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

Entre las principales causas de morbilidad y discapacidad en todo el mundo se encuentran los trastornos psicológicos y de la conducta, los cuales representan enormes costos económicos y sociales a pesar de que en la mayoría de los casos pueden ser prevenidos y tratados eficazmente si son tomadas las medidas de prevención, curación y tratamiento necesarias.

Los niños, desde edades muy tempranas hacen frente a problemas muy diversos como la violencia intrafamiliar y social, la desintegración familiar, la falta de valores, la inseguridad pública, la sobreestimulación, el maltrato y el abandono, lo que puede provocar en ellos trastornos emocionales y de adaptación que se traducen en síntomas ansiosos y depresivos que han generado a su vez, disfunciones y dificultades dentro del ámbito familiar y escolar.

Debido a su inmadurez tanto física como emocional, los niños son una población vulnerable que no era considerada en los programas de salud, ya que por mucho tiempo se creyó que por ser niños no había en ellos sufrimiento y que los síntomas que presentaban eran pasajeros y parte de su desarrollo. Si bien es cierto que la ansiedad es considerada una respuesta adaptativa normal y la depresión una reacción esperada ante situaciones de pérdida, hay ocasiones en que las respuestas tanto de ansiedad como las depresivas no desempeñan una función de adaptación, disparándose de forma descontrolada causando sufrimiento y dolor a los niños que las experimentan, afectándolos no solo a ellos sino también a la familia, la escuela y a la sociedad en su conjunto, implicando una gran deficiencia en su calidad de vida.

Mattison (1992, cit. en Schaefer, 1999) menciona que uno de los problemas más comunes reportados en niños es la presencia de distintos tipos de ansiedad y de acuerdo con Rape y Barlow, (1993 cit. en Barrett, 1999) existe evidencia de que muchos de los adultos ansiosos reportaron que sus problemas se originaron en la infancia. De acuerdo con Kendall, Howard y Epps (1988) para que una reacción

sea considerada como de ansiedad patológica infantil se requiere que sea desproporcionada a las demandas de la situación y que su elevada intensidad la convierta en un comportamiento desadaptativo; abarcando las esferas cognoscitiva, fisiológica y de conducta motora.

Los problemas de ansiedad ocurren en el 10 y 20% de niños en edad escolar, siendo más frecuentes el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad por separación y las fobias sociales (Costello, 1989, Werry, 1986, cit. en Barret, 1999).

Por otro lado, la depresión tiene como características principales un estado de ánimo irritable y/o disfórico y, por otro, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza también por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de si mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y en ocasiones intentos de suicidio.

Actualmente se considera como una de las enfermedades más discapacitantes. Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria y generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. La depresión severa en los niños es probablemente del 5 al 6%, aunque no se saben cifras exactas. Las niñas tienden a ser más propensas que los niños a sufrir depresión durante la adolescencia y la etapa adulta.

La mayoría de las ocasiones, se presentan combinados los síntomas de depresión con los de ansiedad y se observa en la actualidad que estos desórdenes son muy comunes en los niños y adolescentes. Varios aspectos de las interacciones padres-hijos contribuyen a la ansiedad infantil como son los modelos de sobreprotección parental y las prácticas de crianza rígida.

Considerando la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión infantiles, el pronóstico, el sufrimiento, así como las inadecuadas relaciones personales y el aislamiento social que se generan, la investigación en el desarrollo, entendimiento

y evaluación de tratamientos efectivos e intervenciones preventivas en los niños y adolescentes se vuelve necesaria.

Además se ha observado que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generando conflictos en sus relaciones interpersonales, en los ámbitos familiar, social y laboral.

Por ello fue necesario, buscar alternativas terapéuticas que permitieran establecer un contacto con los niños que percibieran como de apoyo, comprensión, atención y que supieran que pueden ser escuchados sin que se juzguen sus pensamientos y que pueden expresar abiertamente sus sentimientos y a su vez sentirse importantes proporcionándoles una retroalimentación que favoreciera su bienestar emocional.

Como residente de la maestría cuyo objetivo principal es el diagnóstico y tratamiento oportunos de los trastornos infantiles y considerando que la participación del psicólogo infantil es determinante en la salud mental; elaboré una estrategia de intervención con un grupo de niños y niñas preadolescentes con rasgos ansioso-depresivos, para acercarme a su problemática de manera exploratoria y apoyarlos en la disminución de sus síntomas, a través de la expresión de sus sentimientos y la comprensión de la problemática en si misma, buscando siempre la disminución de su sufrimiento y su mejor adaptación.

Como se mencionó en el apartado anterior, los fundamentos que se eligieron para la intervención fueron: la terapia breve y la terapia grupal, enmarcados en un modelo integrativo y la inclusión del juego como técnica auxiliar.

Se decidió trabajar en un grupo de terapia breve, porque esto permitía atender a un mayor número de niños que se encontraban en lista de espera ya que la demanda de atención en la clínica de escolares en el Centro Integral de Salud Mental sobrepasa la capacidad institucional ya que no se cuenta con el personal

suficiente para atender a toda la gente. Por otro lado, como lo establece Schaefer (1999) la terapia grupal complementa las tareas de desarrollo normal que requiere el niño para alcanzar su capacidad para la interacción social e intimidad y es un método de ayuda para la resolución de problemas emocionales y conductuales que provee importantes factores terapéuticos y agentes de cambio.

Se incluyó al juego ya que de acuerdo con Patick, 1996, éste le permite al niño interactuar con su mundo, conocerlo; establecer relaciones con amigos; desarrollar su identidad y autoestima, expresar sentimientos, explorar ideas, resolver conflictos, desarrollar su memoria, imaginación y creatividad, ampliar su conocimiento del arte y la cultura, entre otras cosas. Además el juego contribuye al desarrollo de habilidades sociales (cooperación grupal, vocabulario, control de impulsos) y la disminución de la tensión y la ansiedad.

OBJETIVO GENERAL

La intervención realizada tuvo como objetivo principal conocer de manera exploratoria la problemática presente en los niños para apoyarlos en la disminución de sus síntomas de depresión y ansiedad, así como de su sufrimiento emocional; promoviendo la libre expresión de sus sentimientos y su aceptación. Y conocer de manera exploratoria, la problemática que presentaban para formular posibles líneas de seguimiento.

PARTICIPANTES

Los criterios de inclusión para elegir a los participantes que se integraron al grupo fueron los siguientes:

- a) Niños y niñas con rasgos ansioso-depresivos diagnosticados por los paidopsiquiatras
- b) Rango de edad de 10 a 12 años
- c) Pacientes del CISAME incluidos en la lista de espera
- d) Que no tuvieran un problema grave como psicosis o retardo mental o algún problema evidente de lenguaje o una situación compleja como abuso sexual

- e) Que el grupo estuviera conformado aproximadamente por el mismo número de niños que de niñas

La escolaridad y la edad de los integrantes del grupo fueron las siguientes:

	Edad	Grado Escolar	Sesiones en las que participó
Mary Fer	11 a 4 m	6to primaria	10
Nayelli	10 a 5 m	4to primaria	7
Wendy	11 a 10 m	5to primaria	8
Gaby	11 a 10 m	6to primaria	11
Alan	10 a 9 m	5to primaria	12
Omar	11 a 4 m	4to primaria	11
Jonathan	11 a 9 m	6to primaria	10

La mayoría tenía 11 años y se encontraban cursando el 6to año de primaria. Omar había reprobado el 1er año de primaria y Wendy repitió el 4to año. Como podemos observar, sólo Alan pudo asistir a todas las sesiones, sin embargo, en la mayoría de las sesiones que faltó alguno de los niños, la madre avisaba el motivo de su ausencia, siendo las razones escolares y de salud las que impidieron en la mayoría de las veces tener al grupo completo en todas las sesiones.

A continuación se describen las características de cada uno de los niños participantes.

MARIA FERNANDA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos de la niña	Datos de la madre	Datos del padre
Nombre: María Fernanda Edad: 11 años 4 meses Escolaridad: 6to año Turno completo Sexo: Femenino Hija única Nacionalidad: mexicana Procedencia: D.F.	Edad: 35 años Escolaridad: Técnica en gastronomía y hotelería Ocupación: Maestra	Edad: 34 años Escolaridad: Ingeniero en sistemas Ocupación: Ingeniero

Descripción de la paciente

María Fernanda es una niña alta, robusta, de cara redonda, ojos grandes, facciones finas, usa anteojos y me da la impresión de estar viendo una “niñota” ya que a pesar de su cuerpo; su cara y su actitud son muy pueriles. En casi todas las sesiones llegó vestida con su uniforme, normalmente peinada de colitas.

Es una niña que de primera instancia se ve tímida, sin embargo, en su interacción con el grupo es de las niñas la que más habla y propone. A la primera entrevista acude con la abuela, quien parece una persona hostil hacia ella, incluso cuando está hablando la interrumpe y le pide que solo cuente lo que a la señora le parece necesario. La actitud de la señora es de queja desde que llega al cubículo.

Actualmente vive con su madre, sus abuelos y un tío maternos. La mayor parte del tiempo es atendida por la abuela, ya que la madre trabaja o sale y pasa muy poco tiempo con ella. Le llama mamá a la abuela.

Motivo de consulta

La abuela comenta que traen a Mary Fer (así le gusta que le digan) al CISAME porque la niña no acepta la separación de sus padres ocurrida hace casi 4 años, que siempre está hablando de que quiere volver a verlos juntos, que a veces se aísla y llora.

En 5to año la cambiaron de escuela porque los maestros faltaban mucho. Comenta también que en la escuela tiene problemas para relacionarse con los niños ya que siempre le están haciendo bromas pesadas como llamarle a su casa y decirle que secuestraron a uno de sus amigos y que ella tiene que ir a rescatarlo (la abuela dice que ante esto la niña cree fácilmente y que se angustia mucho, a pesar de que ella habla con ella diciéndole que es una mentira).

Ve al padre una o dos veces al mes y en ocasiones sale con la familia del señor. La niña comenta que no le gusta mucho convivir con la familia de su papá porque no sabe cómo comportarse. Dice que primero tiene que estar en un lugar para ver cómo es y saber cómo portarse. Menciona que su papá la trata como niña chiquita y que le puso el apodo de Stich (de una película infantil); la mamá la trata como señorita y que la abuela la trata de las dos formas, que es la única que sabe cómo tratarla.

La niña refiere sentirse sola, que a veces no tiene ni con quien jugar, ya que en donde vive sólo tiene una prima de 3 años y a veces tiene que cuidarla.

En el grupo siempre está participando y algo que llama la atención es que cuando están jugando o “compitiendo” hace muecas, y ruidos para hacer notar que ella va ganando, burlándose de los demás.

NAYELLI

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos del niño	Datos de la madre	Datos del padre
Nombre: Yuricxi Nayelli Edad: 10 años 5 meses Escolaridad: 4to año (turno completo) Sexo: Femenino Hija única Nacionalidad: mexicana Procedencia: D.F.	Edad: 35 Escolaridad: preparatoria Ocupación: empleada en oficina y trabaja todo el día	Edad: 36 Escolaridad: Ocupación: sin trabajo permanente y es drogadicto

Descripción de la paciente

Nayelli es una niña alta, de complexión media, de cara redonda, ojos grandes, facciones finas, cabello chino, que se ve mucho mayor a su edad cronológica. Es una niña que tiene mucho cuidado en su arreglo personal, coqueta, siempre acude vestida de forma informal usando ropa a la moda.

Es una niña que aparentemente se ve muy insegura, incluso en la primera entrevista con la madre, se la pasa moviendo las manos y toma algún objeto para estar jugando con él, cuando la madre se lo quita inmediatamente toma la mano de ella y no la suelta hasta que la mamá sale un momento.

Motivo de consulta

Nayelli es traída al CISAME porque la mamá refiere que no sabe cómo controlarla, que la niña no la obedece, que siempre la está retando y que además no quiere levantarse para ir a la escuela, comentando que le pedía que no la llevara sin haber un motivo aparente de su rebeldía. Hubo un incidente en el que iban a asistir a una fiesta pero la niña no hizo lo que la mamá le había pedido y al decirle que no iría, la niña se enojó y se abalanzó sobre la madre (quien estaba un poco enferma y débil) y la estaba asfixiando porque la señora no podía quitársela de encima. Después la niña le pidió perdón y prometió que no volvería a hacerlo sin embargo la madre ya está cansada de esta situación y dice que su “mayor pecado” es ser tan consecuente con ella. Su madre comenta que no tiene amigos y que la ve triste y sola. Su nombre significa princesa en tarasco.

Los padres están separados y al señor no lo ve. Viven en casa de la abuela materna junto con dos tías de 21 y 23 años, actualmente también vive con ellas un niño indígena de 8 años que fue traído por la hermana de la sierra en donde hizo su servicio social para que el niño aprenda a leer, esto ha causado que Nayelli se sienta celosa porque además comparan su comportamiento con el del niño quedando siempre en desventaja.

La niña dice que estuvo intranquila por falta del medicamento (toma un ansiolítico), que por eso no obedecía, pero que en cuanto se lo vuelvan a dar ella se va a calmar.

En el grupo es muy hablantina, interrumpe a los otros, no respeta turnos, quiere imponer lo que ella quiere. Se la pasa compitiendo con las otras hasta en lo que dicen, si alguien menciona alguna situación ella también habla de que le pasó algo semejante, pero a veces pareciera que lo hace no por compartir sino por competir porque incluso el afecto con que relata algún evento no coincide (por ejemplo habla de la muerte de un familiar y lo dice como si nada).

WENDY

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos del niño	Datos de la madre	Datos del padre
Nombre: Wendy	Nombre: Estela	Nombre: Mario
Edad: 11 años 10 meses	Edad: 29	Edad: 32
Escolaridad: 5to año (reprobó cuarto)	Escolaridad: 2do secundaria	Escolaridad: Secundaria
Sexo: Femenino	Ocupación: Hogar	Ocupación: Chofer de taxi
Hermanos: Mario 9 años		
Nacionalidad: mexicana		
Procedencia: D.F.		

Descripción de la paciente

Wendy es una niña delgadita de rasgos delgados, de aspecto tímido, que tiende a encorvarse y levantar los hombros, cuya edad aparente es menor a la cronológica. Se peina siempre de cola de caballo hacia atrás y se muestra callada e insegura. En las primeras sesiones era muy notoria su ansiedad, se frotaba las manos o tomaba algún objeto para jugarlo, le sudaban las manos. A la primera entrevista acude acompañada de sus papás cuando la indicación era que solo asistieran los papás.

Motivo de consulta

Wendy llega al CISAME debido a que tenía mucho miedo (cuando iba en cuarto) de ir a la escuela porque la maestra era muy gritona y regañona, incluso la lastimó de la oreja. Este evento hizo que los padres se quejaron con la maestra, sin embargo, no queda claro el por qué considerando que la niña aparentemente no hacía nada grave permitieron que la reprobaran cuando según sus palabras la maestra era injusta. Este evento le causó mucha tristeza a la niña, quien refiere que solo ella y dos de sus compañeras fueron las reprobadas y que incluso a niños que llevaban peores calificaciones que ellas los pasaron. También por esa época tuvieron que dejar su casa porque el padre la vendió para pagar una deuda contraída por el abuelo paterno quien en una riña callejera y de acuerdo a lo escrito en el expediente golpea a una mujer embarazada provocando que pierda el producto y

es demandado. Algo extraño es que el papá dice que al que le iban a reclamar era a él y que lo amenazaron con meterlo al reclusorio si no les daba dinero cuando en su relato menciona que él ni siquiera estaba presente cuando sucedió este evento.

Algo que no me comentan tampoco los papás pero que está en el expediente, es que le encontraron unas bolitas en el seno a la niña y que a partir de esto también estaba muy nerviosa porque imaginaban que podía ser cáncer y que se podía morir. En esta época en la escuela citan a los papás para que recojan a la niña porque dicen que “se le vaya a olvidar a donde va y se pueda ir a otro lado”. Le mandaron un medicamento que le sirvió para que se tranquilizara y fuera más atenta, porque se había vuelto muy distraída.

En el grupo, al principio le fue muy difícil integrarse y casi no participaba, sin embargo, poco a poco interactúa más y se atreve incluso a expresar situaciones que le han provocado tristeza como la muerte de seres queridos y disminuyó un poco la ansiedad que mostraba.

GABY

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos del niño	Datos de la madre	Datos del padre
Nombre: Gabriela	Edad: 38	Edad: 36
Edad: 11 años 10 meses	Escolaridad: preparatoria	Escolaridad: Médico
Escolaridad: 6to año (turno completo)	Ocupación: Cuida bebés en una guardería	Ocupación: Radiólogo
Sexo: Femenino		
Hija única		
Nacionalidad: mexicana		
Procedencia: D.F.		

Descripción de la paciente

Gaby es una niña alta, morena, se ve un poco tosca, su edad aparente es mayor a la cronológica, usa anteojos de armazón grueso y negro que hace que su cara se vea algo sombría, su arreglo es un poco descuidado. En todas las sesiones ha llegado vestida con su uniforme, normalmente peinada de cola de caballo hacia atrás. Es una niña que de primera instancia se muestra muy seria y casi no sonríe, aún con sus compañeros de grupo cuando han estado haciendo alguna actividad y ríe, no se ve tan espontánea su risa.

Motivo de consulta

Gaby es referida por una de las psicólogas de la institución quien comenta que su madre le está repitiendo ideas sobre un probable abuso sexual del padre y que la niña está desarrollando conductas obsesivas por lo que solicita que se incorpore al grupo y se le ayude a bajar su ansiedad.

En la entrevista la madre sólo me dice que trae a la niña porque ella tiene una desconfianza hacia su pareja y que el padre la regaña mucho de manera injusta y que ya le planteó que si ella quiere (Gaby) la señora le pide el divorcio al señor; Gaby comenta que le parecería bien que se divorcieran porque no le gusta que el señor siempre esté de malas regañándola. Algo que también me comenta es que en cuarto año iba a reprobar porque iba baja de calificaciones y que en este año su mamá quiere que la reprueben, supuestamente porque no está lo suficientemente preparada para incorporarse a la secundaria y ella no quiere que sea así.

Viven con los abuelos maternos y Gaby y sus papás duermen en un mismo cuarto, la niña duerme en una cama aparte. La madre menciona que desde bebé tiene las sospechas de que su esposo haya tocado a la niña y ella para cuidar a la pequeña ponía sillas con monedas alrededor de su cama para que si se acercaba el señor ella escuchara. La facie de la señora es muy extraña, tiene la mirada como perdida y el semblante muy pálido.

Las primeras veces en el grupo Gaby hablaba más, pero en ocasiones casi no participaba y se quedaba como pensativa a lo que decían los demás, sin embargo también solía ser sarcástica cuando sus compañeras le hacían algunos comentarios.

ALAN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos del niño	Datos de la madre	Datos del padre
Nombre: Alan	Edad: 36	Edad: 39
Edad: 10 años 9 meses	Escolaridad: Bachillerato	Escolaridad: bachillerato
Escolaridad: 5to año	Ocupación: Dueña de una	Ocupación:
Sexo: masculino	estética en la que trabaja	Mantenimiento eléctrico
Hermanos: Carlos 17 años		en el IMSS. Es alcohólico.
Nacionalidad: mexicana		
Procedencia: D.F.		

Descripción del paciente

Alan es un niño delgadito, de tez muy blanca, de edad aparente a la cronológica, bien cuidado en su arreglo, peinado a la moda. Tiene un casi imperceptible defecto físico, su labio superior parece pegado a la piel lo que hace que al hablar parezca un tanto gangoso (no se si esta sea una razón para que no hable). Es un niño muy tímido, casi no habla y desde el principio mantuvo esta reserva.

Motivo de consulta

La madre comenta que el niño es muy enojón desde el kinder, que no participaba. A su entrada a la primaria lloró mucho y cuando el niño iba en tercer año ella tuvo problemas con su esposo por lo que el niño se empezó arrancar el cabello, se orinaba en la cama y siempre estaba enojado, incluso le dijo que ya no quería

vivir. Le tuvieron que dar un antidepresivo para que el niño mejorara y ella asistía al Centro Médico de la UNAM también para que le dieran antidepresivos.

Ella comenta que no quería casarse, pero que su papá la obligó al estar embarazada, el esposo no quería tener hijos. El esposo siempre ha tomado y ha habido ocasiones que le pegaba a ella, no aclara si a los niños les pegaba, aparentemente Alan es el consentido del papá. Frecuentemente los ponen en medio de las discusiones, diciendo la madre “mira tu papá está loquito” y el papá diciendo “tu madre es la que me provoca”.

Menciona que le cuesta mucho trabajo levantarse y duerme mal, el periodo de enuresis fue de enero a mayo del año pasado y el hermano se quejaba, ya que duermen en la misma cama. Le dieron Ritalin y parece que con eso se calmó. La señora está planteando el separarse porque además apareció un ex novio que le puede conseguir trabajo en Estados Unidos y ella lo está pensando como una posibilidad, aunque tendría que dejar a sus hijos acá y ya establecida llevarse los con ella.

Alan en el grupo es el niño más retraído, no habla y son muy pocas sus intervenciones. Tiende a aislarse, sentándose aparte de todos, es difícil lograr que se integre y tiende a decir que todo está bien y que a él nada le pasa. Aunque al final logró interactuar muy bien con Jonathan y Gaby.

OMAR

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos del niño	Datos de la madre	Datos del padre
Nombre: Erick Omar	Edad: 28	Edad: 31
Edad: 11 años 4 meses	Escolaridad: Secundaria	Escolaridad: primaria
Escolaridad: 4to año	Ocupación: Hogar	Ocupación: Electricista y es alcohólico
Sexo: Masculino		
Hermanos: Ivonne		
Jacqueline 6 años		
Nacionalidad: mexicana		
Procedencia: D.F.		

Descripción del paciente

Omar es un niño que se ve mucho más pequeño a su edad cronológica, es muy delgado y pienso que tiene deficiencias generales en su desarrollo, quizás hasta desnutrición. Tiene una mancha en la mitad derecha de la cara que de acuerdo a lo reportado en el expediente por los pediatras puede deberse a una alergia al sol y como restos de granitos que le salían. Su arreglo es regular y económicamente se ve que es el de menores recursos. Es moreno, cuando ríe se agacha y aunque expresa lo que piensa parece que no lo dice muy convencido.

Motivo de consulta

Omar llega enviado de la escuela por ser muy distraído y porque tiene dificultades para leer, invierte y se come letras y él tiene muy claro que le cuesta trabajo. Cuando nació la hermana empezó a tener problemas con los padres ya que decía que a él no lo querían y empezó a tener el sueño intranquilo. Es reportado por la madre con conductas como de bebé, que habla muy infantil y es agresivo molestándose por todo.

Presenta dificultad para levantarse y come poco. Menciona la madre que no hay límites claros y que hay dificultad para coincidir con el padre, ya que a veces ella regaña y el padre consiente. Refiere también que no le gusta que los padres estén juntos y cuando interactúan trata de separarlos.

En el grupo, hace intentos por integrarse, sin embargo se mantiene al margen en su participación y es poco lo que expresa, en momentos se distrae con cualquier otra cosa que haya en el lugar. Existe un problema de comprensión en el niño y a veces sus comentarios son repetición de lo que dijo otro.

JONATHAN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos del niño	Datos de la madre	Datos del padre
Nombre: Jonathan	Edad: 33	Edad: 34
Edad: 11 años 9 meses	Escolaridad: Lic. en	Escolaridad: Ingeniero Civil
Escolaridad: 6to año	contaduría	Ocupación: Ingeniero Civil
Sexo: Masculino	Ocupación: Hogar	
Hermanos: Karla 5 años, Sergio 1 mes		
Nacionalidad: mexicana		
Procedencia: D.F.		

Descripción del paciente

Jonathan es un niño de edad aparente igual a la cronológica, moreno, con un adecuado aliño e higiene. De ojos grandes y apariencia muy despierto. Es un niño que logra expresarse claramente y opinar sobre lo que a él le interesa o quiere saber. Se muestra muy seguro en sus intervenciones incluso al estar la mamá presente.

Motivo de consulta

Jonathan es traído a CISAME por la mamá, quien refiere que cuando entra al primer año de primaria, coincidiendo con el nacimiento de la hermana, el niño empezó a estar distraído, lo reportaban en la escuela. Tuvo eventos de enuresis y se comportaba de manera infantil solicitando ayuda para realizar actividades que ya realizaba como amarrarse las agujetas de los zapatos, ante esto los padres lo llamaban tontito. También en esa época empezó a utilizar anteojos y zapatos

ortopédicos (actualmente no trae anteojos). Se pelea frecuentemente con la hermana cuando ella le toma sus cosas sin permiso. La madre considera que ha disminuido su conducta desobediente.

El padre era muy agresivo con él, pero a partir de que tomaron un curso para padres (fines del 2002), el señor es más tolerante y parece que tienen una mejor relación ahora. Hasta los 7 años fue cuidado por la abuela, ya que la mamá trabajaba y por ello tuvieron muchos problemas ya que los abuelos maternos son muy consentidores y había discusiones en cuanto a la educación del niño. Actualmente ya no los visitan tanto. En septiembre del 2003 entraron a robar a su casa y el niño se sentía muy inseguro de regresar a casa.

En el grupo, Jonathan es admirado por su seguridad y participación constante, fue descrito por Gaby como el modelo a seguir ya que tiene buen carácter, le es fácil expresarse y se muestra convencido de lo que dice. Suele distraerse constantemente y se angustia cuando puede perder en algún juego.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Para seleccionar a los niños y niñas que conformaron el grupo, se citó a cada uno de ellos individualmente acompañado de sus padres y se les aplicaron los siguientes instrumentos (ver anexo 1):

1. Entrevista inicial semiestructurada para los padres y para los niños (Anexo A).
2. Los padres contestaron el Cuestionario de Conducta para niños (2000) (versión adaptada del cuestionario de Conners para padres hecha por los Drs. Fco. De la Peña y Luis Almeida. Sección de resultados).
3. A los niños se les aplicó una lista verificable de síntomas (Sección de resultados).
4. Como herramienta diagnóstica, para conocer un poco más de los aspectos emocionales, los niños realizaron los dibujos de la Figura Humana y la Familia al inicio y al final del proceso terapéutico.

Dependiendo de la sesión y del tema que iba a ser trabajado se eligieron los materiales con los que se trabajaría, utilizando papel blanco, lápices, hojas blancas, colores, plumones, pinturas de agua, recortes de revistas, titeres, juegos de mesa (competitivos, de análisis), música suave y la video grabación.

ESCENARIO

Se trabajó en las instalaciones del CISAME, en el cuarto llamado del espejo, ya que una de sus paredes es un espejo y se utiliza en el trabajo con niños en cuestiones de psicomotricidad y aprendizaje. Es un cuarto en forma rectangular, alfombrado, en donde había 3 cojines grandes para sentarse. Fue cómodo trabajar en él, sin embargo, tiene unas ventanas cerradas con cortinas que dan al corredor de la institución lo que en ocasiones hacía que los niños se distrajeran con algún ruido y quisieran asomarse a ver lo que pasaba.

DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- 1) Terapia breve en grupo, con 12 sesiones semanales de hora y media.
- 2) Grupo de encuentro y sensibilización, cerrado y homogéneo.
- 3) Se realizó el trabajo grupal en coterapia
- 4) Se trabajó conjuntamente con la psicóloga que atendió a los padres
- 5) Se utilizaron las fases propuestas por Glasserman y Sirlin (1984) inicial, intermedia y final para el diseño y análisis de la intervención.
- 6) Se estructuró cada sesión, de manera que siempre hubo un tiempo para la llegada (saludarse y comentar cómo les había ido en la semana); tiempo de actividad (juego libre, juego establecido, dinámica dirigida), tiempo de reflexión (pensar y compartir sus experiencias), tiempo de despedirse y tiempo de recoger.

TÉCNICAS EMPLEADAS

Para el trabajo grupal se utilizaron algunas estrategias directivas, en las que se incluyó el dibujo; también se utilizó el juego y dibujo libres; la narrativa a través de su cuaderno de terapia y la video grabación de las sesiones. También fueron empleadas técnicas de iniciación, comunicación, reflexivas, de aceptación, de silencio, de interpretación y clarificación.

PROCEDIMIENTO

Al plantear el proyecto de intervención con el supervisor y coordinadora del CISAME, ellos propusieron que se trabajara con niños que estuvieran en la lista de espera del centro, ya que esto permitiría por un lado, depurar la lista y por otro dar atención a aquellos que habían tenido que esperar por algún periodo de tiempo.

1. De la lista de espera se eligió a los niños y niñas que cumplieron los criterios de inclusión.
2. Se consultaron los expedientes de cada uno de los chicos para conocer sus antecedentes familiares, la información médica descrita y comentar con los paidopsiquiatras asignados al caso, si consideraban que podría ser un candidato al trabajo grupal.
3. Se contactó con los padres mediante una llamada telefónica para saber si aún estaban interesados en asistir a terapia y se concertó con cada uno de ellos una cita para realizarles una entrevista acompañados por su hijo o hija.
4. Debido a las dificultades inherentes al manejo grupal en niños se recomienda trabajar en coterapia, ya que esto permite monitorear de una forma más adecuada la conducta de los niños y tener un mejor control de las sesiones (Lochman, 1999, cit. Schaefer, 1999). Considerando esta recomendación, se trabajó en coterapia y se procuró que tanto la terapeuta como la coterapeuta estuvieran presentes desde la entrevista inicial para así comentar ambas impresiones y decidir si el niño participaba en el grupo.
5. En dicha entrevista se precisaron datos respecto al motivo de consulta, los antecedentes, la evolución, los eventos asociados al problema, los síntomas que presentaba, las expectativas de los padres, la conciencia de enfermedad, el origen de la problemática y los factores que influyeron en su desencadenamiento, el desempeño escolar, actividades cotidianas y disposición para el trabajo grupal. Los datos de los eventos asociados al embarazo,

nacimiento e historia del desarrollo fueron obtenidos a través del expediente de cada niño.

6. Ya que se ha demostrado que los factores familiares (ansiedad y depresión propia de los padres, conflictos familiares, desacuerdos entre la pareja, retroalimentación negativa paterna y restricción de los padres) son asociados con el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad y depresión infantil se consideró el trabajo paralelo con el grupo de padres para ayudarlos a observar sus relaciones con sus hijos y las reacciones que ellos le suscitan y conocer mejor los aspectos positivos, las necesidades y dificultades de sus hijos, así como el uso de estrategias efectivas de negociación y solución de conflictos. Este trabajo fue independiente del grupo de niños y fue dirigido por una psicóloga adscrita a la clínica de escolares de CISAME (Lic. Sandra Núñez), también supervisora de las residentes de esta maestría. Su intervención fue programada en base a los 10 puntos que propone Schaeffer, C. (1982) que son: 1) Ame abundantemente, 2) discipline constructivamente, 3) pasen tiempo juntos, 4) atienda sus necesidades personales y maritales, 5) enseñe a distinguir entre el bien y el mal, 6) desarrolle el respeto mutuo, 7) escuche realmente, 8) ofrezca consejos, 9) fomente la independencia y 10) sea realista.
7. Se realizó la entrevista con los padres y se les planteó que también ellos trabajarían grupalmente, en el mismo horario, con otra de las psicólogas de la institución; y a los niños se les preguntó sobre el listado de síntomas y su deseo de participar en un grupo.
8. Tomada la decisión de los siete niños que ingresarían al grupo, se les llamó nuevamente por teléfono a todos los entrevistados y se citó a los seleccionados. A los que no quedaron también se les avisó y se le dieron los datos a la coordinadora para que fueran considerados para darles una pronta atención.
9. Se estableció que sería un grupo cerrado de afiliación constante y homogéneo, es decir, los niños que iniciaron el tratamiento fueron los mismos que lo terminaron, no ingresó ningún niño más durante todo el proceso terapéutico; y los niños tenían características similares en cuanto a edad y sintomatología.

10. En la primera sesión, se citó a los padres e hijos para realizar la presentación del equipo de trabajo: la terapeuta y coterapeuta del grupo de niños y la terapeuta del grupo de padres. Se les dio a firmar un documento de consentimiento informado (Anexo A), en donde se les dio a conocer la fecha de finalización del grupo y su compromiso de llevar a los niños cada martes de 10:00 a 11:30 durante 12 sesiones. Se hizo énfasis en que llegaran puntuales y de acuerdo con los lineamientos de la institución debían acudir alimentados, limpios, sin tener enfermedades contagiosas y después de 3 faltas consecutivas se les daría de baja.
11. En esta primera sesión, sólo se trabajó con los niños, ya que debido a una junta institucional, la psicóloga encargada del grupo de padres no pudo iniciar con ellos, posponiéndose el inicio a la siguiente semana. En este tiempo, las madres contestaron el Cuestionario de conducta para niños (De la Peña, F. y Almeida, L. 2000).
12. Como se mencionó, la intervención tuvo una duración de 12 sesiones de hora y media, las cuales estuvieron divididas en tres fases: inicial (de evaluación e integración), intermedia o de elaboración y final (cierre) (Glasserman y Sirlin, 1984).

ETAPA INICIAL	ETAPA INTERMEDIA	ETAPA FINAL
3 Sesiones (1 a la 3)	6 Sesiones (4 a la 9)	3 Sesiones (10 a la 12)

Los objetivos planteados en cada sesión se describen a continuación:

No. Sesión	Objetivos	Dinámicas	Asistentes
1*	<ul style="list-style-type: none"> ψ Establecimiento del encuadre con padres e hijos. ψ Firma del consentimiento informado ψ Integración del grupo con la presentación de los integrantes ψ Establecimiento de reglas por parte del grupo. ψ Expresión de expectativas y sentimientos por el ingreso al grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Colocación en un gafete “cómo quieren ser llamados”. Juego al azar para conocer el nombre del otro y promover la integración. Expresión libre de sentimientos. Lluvia de ideas para elaborar el listado de reglas. Entrega del cuaderno de terapia (Cornejo, 1997). Aplicación del Dibujo Figura Humana 	6

2*	<p>ψ Integración del nuevo integrante al grupo y presentación de cada uno a través de un trabajo libre.</p> <p>ψ Buscar la universalidad, como factor terapéutico, que todos identifiquen que tienen problemas comunes.</p> <p>ψ Exploración de la autopercepción</p> <p>ψ Conocer los motivos de consulta vistos desde los niños y sus expectativas respecto al grupo</p>	<p>Presentación de cada uno de los miembros al nuevo integrante.</p> <p>Ejercicio "Presentándome a través de un dibujo, collage, pintura" para compartir con el grupo.</p> <p>Expresión libre del motivo por el que vinieron a CISAME</p>	7
3*	<p>ψ Sesión de juego diagnóstico para determinar interacción y roles de los miembros del grupo y promover la integración grupal.</p>	<p>Juego libre grupal (Como grupo tienen que llegar a un acuerdo de qué hacer)</p> <p>Ejercicio "Cambiemos de lugar para mirar como el otro".</p> <p>Materiales: títeres, pinturas y juegos</p>	5
4*	<p>ψ Conocer a través del juego de frases los sentimientos de los niños ante diversas situaciones</p>	<p>Juego de cartas de las cosas que nos pasan (Frases). El juego se detiene para explorar las respuestas que dan a cada una de las tarjetas.</p>	7
5	<p>ψ Continuar con el juego de la sesión pasada y seguir explorando sentimientos en los niños.</p>	<p>Juego de cartas y exploración en cada una de ellas</p>	5
6	<p>ψ Que exploren e identifiquen sus dificultades para interactuar con el otro y las maneras en que lo hacen.</p> <p>ψ Contactar con sus sentimientos con relación a lo que les produce estar en contacto con los otros.</p> <p>Asignarles una tarea para semana santa (que piensen en qué cosas les gustaría cambiar y qué cosas les gustan de ellos. Que les gustaría cambiar de sus papás)</p>	<p>Ejercicio de contacto visual y relajación. Juguemos a interactuar con los otros</p>	7
7	<p>Observar la dinámica que se lleva a cabo en el grupo durante el juego, promoviendo la integración y expresión de sentimientos.</p>	<p>Juego libre, a elegir entre los que están</p>	4
8*	<p>Promover el contacto de los niños consigo mismos y conectarse con los momentos que han vivido incluidos los que les han producido ansiedad para trabajar con los sentimientos que aparecieran.</p>	<p>Ejercicio de imaginaria de contacto con su cuerpo y sus recuerdos.</p> <p>Dibujo libre</p>	5
9	<p>Identificar los eventos que disparan la ansiedad.</p>	<p>Dibujo libre</p>	4

10	Iniciar la elaboración del cierre del grupo, haciendo un análisis de la experiencia vivida. Reconocimiento de sentimientos y búsqueda de solución de conflictos.	Reconocimiento de sentimientos: mencionar los sentimientos que se han tenido y luego actuarlos para poder hablar de ellos.	5
11	Retomar lo que hablaron la semana pasada sobre la incomprensión y desatención. Promover que identifiquen lo que hacen y las reacciones que provocan en los otros	Reflexión sobre los temas que han hablado promoviendo la participación espontánea, clarificando ideas e interpretando lo manifestado por los participantes	7
12*	Hacer una evaluación del trabajo en el grupo y que observen los cambios en ellos a través del tiempo. Que los niños hagan un cierre del trabajo teniendo la oportunidad de dejarle algo al grupo	Observación de un video editado con fragmentos de todas las sesiones en las que estuvieron los niños. Dibujo libre y expresión de su sentir al cerrarse al grupo	7

* Sesiones que fueron supervisadas en el grupo escolar

13. Se comentó con la terapeuta los sucesos observados en cada una de las sesiones y la terapeuta transcribió cada una de las sesiones para elaborar el reporte que se anexó al expediente de cada niño y llevar a cabo el análisis para el presente trabajo.
14. A la semana siguiente de concluir con las sesiones de trabajo grupal, se realizó un convivio que sugirieron los niños como despedida, en el que tuvieron la oportunidad de jugar en el cuarto de “la casita”, que es un cuarto acondicionado como casa con muebles y utensilios pequeños que la hacen una casita en miniatura. Esta también se encuentra en CISAME. En esta sesión ya no se realizaron anotaciones, sin embargo se observó cómo cada uno de los niños tomaba diferentes roles, sobre todo eran marcados los de género. Los niños hablaban de irse a emborrachar con los amigos, hacer negocios, irse a trabajar y las niñas cuidaban al bebé, cocinaban, atendían a los hombres que llegaban a la casa y encerraban a “los borrachos” para que no les pasara nada.
15. Al finalizar la intervención, se programaron citas con cada uno de los hijos y sus padres para realizar la última entrevista con el fin de conocer si se habían dado cambios en la situación de cada niño y si tenían algún comentario que

hacer al equipo terapéutico. En estas entrevistas también se procuró que estuvieran presentes ambas terapeutas.

16. Como se mencionó, el trabajo de grupo de padres fue independiente del llevado a cabo con los niños, sin embargo, las tres terapeutas se reunían al término de cada sesión para comentar datos que pudieran servir al entendimiento de la problemática del niño; teniendo siempre el cuidado de no comentar dicha información con los padres o niños; respetando la confidencialidad de ambos.
17. Algunas de las sesiones se revisaron en el grupo de supervisión que se formó en la facultad como parte de las actividades de la residencia (las cuales se hayan señaladas con un asterisco); en él se comentó con los compañeros y la supervisora las sugerencias pertinentes para mejorar el trabajo y poder ayudar de mejor manera a los pacientes. Esta revisión también estuvo enriquecida por el tutor asignado, quien también comentó su punto de vista para hacer de la intervención algo más enriquecedor.

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos a lo largo del proceso terapéutico y su análisis, así como la discusión de los mismos y las conclusiones a las que se llegó al finalizar la formación profesional en la maestría con Residencia en Psicoterapia Infantil.

RESULTADOS

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de intervención, dividido en dos secciones: en la primera se plantea un concentrado de las respuestas del Cuestionario de Conducta que respondieron las mamás de cada uno de los participantes, así como el listado que respondieron los niños. Se incluyen también los indicadores emocionales que de acuerdo a Esquivel, Lucio y Heredia (2001) presentan los dibujos que hicieron los niños.

Posteriormente se describe el trabajo realizado en las sesiones de intervención; presentando un análisis cualitativo grupal e individual de lo ocurrido en las mismas; considerando los temas surgidos, el tipo de participación de cada niño, la dinámica grupal y la intervención de las terapeutas.

A continuación se presenta el Cuestionario de Conducta como lo respondieron cada una de las madres de los participantes del grupo.

RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE CONDUCTA (PROBLEMAS QUE PRESENTA EL NIÑO DE ACUERDO A LA VISIÓN DE LA MADRE)

* Lo presenta poco

** Lo presenta bastante

*** Lo presenta demasiado

REACTIVOS	PARTICIPANTES						
	Mary Fer	Nayelli	Wendy	Gaby	Alan	Omar	Jona than
Problemas para comer							
1. Pica y no come			*				
2. No come suficiente			*		**	*	
3. Tiene sobrepeso	*	**					
Problemas para dormir							
4. Es inquieto	**	***	*			*	
5. Tiene pesadillas		No sé				*	*
6. Se despierta							
7. Tarda en dormirse		***	**		**		*
Miedo y preocupaciones							
8. Tiene miedo a nuevas situaciones	**	*	**	*	*	*	*
9. Tiene miedo a la gente	*		*				*
10. Tiene miedo a estar solo	***		***	*			
11. Se preocupa de enfermedades y muerte	***		**				

Tensión muscular							
12. Está tenso y rígido		*			*	*	*
13. Tiene sacudidas							
14. Tiembla mucho		*					
Problemas de lenguaje							
15. Tartamudea		***			*	*	
16. Dificil de entender		*	*	*		*	
Control de esfínteres							
17. Moja la cama	*				*		*
18. Orina a cada rato	*						
19. Se ensucia de popó		*					
20. Retiene las heces, muy estrñido		***		*			
Quejas somáticas repetidas							
21. Dolores de cabeza	**	*	*			*	
22. Dolores de estómago	*	***	*			*	*
23. Vomita							
24. Dolores diversos	**	**					
25. Evacua sin control							
Problemas para chupar, masticar o agarrar							
26. Se chupa el dedo							
27. Se muerde o come las uñas			**	*			*
28. Muerde su ropa, sábanas u otros objetos	*	*					
29. Coge el cabello o ropa	*	***			*		*
Inmadurez							
30. No actúa conforme a su edad	***	*	**			*	*
31. Lloro fácilmente	**	*	**			*	*
32. Pide ayuda para hacer las cosas que debería hacer solo	**	***	**	*	*	**	*
33. Se niega a separarse de sus padres u otros adultos	*			*			
34. Habla como bebé	**		*			*	
Problemas con sus sentimientos							
35. Se enoja con él mismo	*	**		*	**	*	**
36. Se deja empujar por otros	*	*				*	
37. Se ve infeliz o triste	**	*	*	*	*	*	*
38. Se siente culpable	***	No sé				*	**
Auto-sobreestimación							
39. Fanfarronea		*				*	**
40. Se jacta o bravea		*			*		
41. Es insolente o descarado		**					
Problemas para hacer amigos							
42. Es tímido	***	*	*			*	
43. Le da miedo lo que otros niños le hacen	*	No sé	*				
44. Se siente fácilmente lastimado	**	*	**	*	*	*	*

45. Le cuesta hacer amigos	**	**			*		
Problemas con sus hermanos							
46. Tiene sentimientos de ser engañado			**			*	
47. Se siente inferior						**	*
48. Se pelea			*		*	*	**
Problemas para conservar a sus amigos							
49. Molesta a otros niños		*					*
50. Quiere ser el primero		*				**	*
51. Le pega a otros niños							
Inquietud							
52. Es inquieto o hiperactivo	*	***	*			*	**
53. Es excitable o impulsivo	*	***			*	*	
54. No termina lo que inicia o no puede mantener su atención en algo	***	***	***		*	*	**
55. Tiene conducta explosiva		***		*		*	*
56. Se avienta		*				*	
57. Tira y rompe las cosas		*				*	
58. Hace berrinches y se enfurece	*	***	*		*	**	*
Actitudes hacia el sexo							
59. Juega con sus órganos sexuales	*			*		*	
60. Tiene juegos sexuales con otros niños							
61. Es reservado en cuanto a su cuerpo	**	***	**	***	**	**	*
Problemas en la escuela							
62. Le cuesta trabajo aprender	*	*	***	***	**	*	
63. Le molesta ir a la escuela	*	***			**		
64. Le da miedo ir a la escuela	*	*					
65. Es distraído, sueña despierto	***	**	*	**	**	*	**
66. Se va de pinta							
67. Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares		*					*
Mentiras							
68. Niega haber hecho algo malo	*	***	*			*	*
69. Culpa a otros de sus errores		***	*			*	*
70. Cuenta historias irreales	*	*			*		
Robos							
71. Roba a sus padres		*				*	
72. Roba en la escuela		*					
73. Roba tiendas y otros sitios		*					
Problemas con el fuego							
74. Prende fuego	*						
Problemas con la policía							
75. Se mete en problemas con la policía. Especifique							

Perfeccionismo							
76. Todo debe ser perfecto			*		*	*	
77. Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera	**					*	*
78. Se propone metas muy altas			***				*
Problemas adicionales							
79. Es inatento, se distrae fácilmente	**	***	**	***	**	**	**
80. Siempre inquieto	*	***	*				**
81. Es imposible dejarlo solo	*	**					
82. Se trepa en los demás		*					*
83. Se levanta muy temprano	*		*				
84. Corre durante la comida			*			*	*
85. Demanda ser satisfecho inmediatamente	**	*				**	*
86. Se pone muy inquieto cuando hay mucho escándalo	**	*	*		*		*
87. Trae el cierre abierto							*
88. Lloro fácilmente		*	**				*
89. Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos		*				*	*
90. Actúa como si estuviera impulsado por un motor		*					*
91. Cambia de estado de ánimo rápida y drásticamente	*	*	*		*	*	*
92. Está pobremente consciente de sus alrededores o de la hora del día	**	*				*	
93. Sigue sin atar sus agujetas							*
Otros (dados por la madre)							
94. Llamar la atención	**						
95. Descuida su aseo personal	**						
96. Cae en lo material	**						
97. No se acomoda el cuello de la camisa				**			
98. Desobediente							**
99. Le cuesta trabajo seguir reglas y esperar turno							**
100. Desordenado							**
Seriedad del problema de su hijo							
Sin problema alguno							
Problema menor		*	*		*	*	*
Problema mayor				*			

Al final del cuestionario las mamás tuvieron la opción de agregar un comentario respecto a su hijo. En dicho espacio las mamás escribieron lo siguiente:

MAMÁ DE MARY FER

“Mary Fer pasó por temporadas en que quería “desaparecer” y mojaba su cama por las noches, se orinaba en el pants muy seguido, casi a diario, hace un año. Se aferra a que su papá vuelva a vivir con ellas y otras veces, aparentemente ni lo extraña”.

MAMÁ DE NAYELLI

“Le cuesta mucho trabajo poner atención cuando se le está hablando. No reconoce sus errores y parece no darse cuenta de lo que hace mal; si embargo si del mal que se le hace a ella”.

MAMÁ DE WENDY

Su mamá no hizo ningún comentario adicional en el cuestionario

MAMÁ DE GABY

“Es una niña que si levantan la voz se ve como un niño sumiso, cuando le llaman la atención se le ve el semblante de inconforme (somos injustos), es muy tierna, detallista, cariñosa con quien quiere, es cariñosa o expresiva”.

MAMÁ DE ALAN

“Considero un problema menor pero si con el tiempo no se sabe manejar se puede empeorar”

MAMÁ DE OMAR

“Que es muy enojón y todo le molesta lo que hace la gente que está a su alrededor”

MAMÁ DE JONATHAN

“Baja autoestima, tiene padres explosivos e irritables (se desesperan), es el mayor de sus hermanos (fue hijo único durante 6.5 años)”.

Como podemos observar en las respuestas de las madres, 93% de las conductas plasmadas en el cuestionario son presentadas por los niños de este grupo, lo que varía es la frecuencia con que la presentan, sólo 7 de las conductas enlistadas no se dan. En términos de porcentajes se enlistan las conductas que reportan las madres en sus hijos.

Los problemas que el **100%** (7) de los niños presenta son:
 Miedo a nuevas situaciones e Inmadurez (pedir ayuda para realizar cosas)
 Emocionales (se ven tristes o infelices) y Son reservados hacia su cuerpo
 Se sienten fácilmente lastimados por los amigos
 Son distraídos en la escuela y sueñan despiertos

El **85.50%** (6) de los niños presenta problemas como:
 Se enojan consigo mismos, hacen berrinches y se enfurecen
 No terminan lo que inician o no pueden mantener su atención en algo
 Les cuesta trabajo aprender
 Cambian de estado de ánimo rápida y drásticamente

El **71.25** % (5) tienen problemas como:

Dolores de estómago

Inmaduro, no actúa conforme a su edad y llora fácilmente

Es inquieto o hiperactivo; Niega haber hecho algo malo

Cuenta historias que nunca existieron

Se pone muy inquieto cuando hay mucho escándalo

El **57.00%** (4) presentan las siguientes conductas:

Tardan para dormirse. Están tensos y rígidos

Difícil de entender por su lenguaje

Dolores de cabeza seguidos

Se coge el cabello o ropa. Son tímidos

Se pelea con los hermanos (los cuatro que tienen hermanos)

Es excitable o impulsivo. Tiene conducta explosiva. Siempre inquieto

Culpa a otros de sus errores. Demanda ser satisfecho inmediatamente

Las conductas enlistadas las presenta el **42.75%** (3) de los niños:

Problemas para comer (no come suficiente)

Inquietos para dormir. Mojan la cama. Hablan como bebés

Miedo a la gente y a estar solo. Tartamudea

Se muerden o comen las uñas. Corre durante la comida

Se deja empujar por otros niños. Le cuesta trabajo hacer amigos

Se siente culpable. Lloro frecuente y fácilmente

Fanfarronea. Quiere ser el primero

Juega con sus órganos sexuales

Le molesta ir a la escuela

Perfeccionistas. Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera

Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos

Está pobremente consciente de sus alrededores o de la hora del día

El **28.50%** (2) presentan:

Problemas de sobrepeso. Dolores diversos. Son estriñidos

Tienen pesadillas. Se preocupan por enfermedades y muerte

Muerde su ropa u objetos. Le da miedo ir a la escuela

Se niega a separarse de sus padres u otro adulto. Es imposible dejarlo solo

Se jacta. Tira y rompe las cosas. Molesta a otros niños

Le da miedo lo que otros niños le hagan. Se trepa en los demás

Tiene sentimientos de ser engañado por los hermanos

Se siente inferior a los hermanos.

Se avienta. Actúa como si estuviera impulsado por un motor

Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares

Roba a sus padres

Se propone metas muy altas

Se levanta muy temprano

Y el **14.25 %**(1) presenta:
 Problemas para comer (pica y no come)
 Tiembla mucho. Orina a cada rato. Se ensucia de popó
 Es insolente. Roba en la escuela. Roba tiendas y otros sitios. Prende fuego
 Trae el cierre abierto. Sigue sin atar sus agujetas
 Llama la atención. Descuida su aseo personal y es desordenado
 Caen en lo material
 No se acomoda el cuello de la camisa
 Desobediente. Le cuesta trabajo seguir reglas y esperar

La mayoría de las madres (5) considera que el problema de su hijo es un problema menor, una cree que es un problema mayor y otra no contesta esa parte del cuestionario.

Con relación al listado contestado por los niños, respecto a su sentir y los síntomas que ellos creen que presentan; lo que se obtuvo fue lo siguiente:

LISTA VERIFICABLE DE SÍNTOMAS CONTESTADA POR LOS NIÑOS

* Nunca lo ha sentido ** Algunas veces lo ha sentido *** Siempre lo ha sentido

REACTIVOS	PARTICIPANTES						
	Mary Fer	Nayeli	Wendy	Gaby	Alan	Omar	Jonathan
1. Me interesan las cosas tanto como antes	***	**	***	***	***	***	***
2. Duermo muy bien	***	***	**	***	**	**	**
3. Me dan ganas de llorar	**	**	**	**	*	*	*
4. Me gusta salir con mis amigos	*	**	***	***	**	**	***
5. Me gustaría escapar, salir corriendo	*	*	**	*	*	*	*
6. Me duele la panza	*	***	**	*	*	*	*
7. Tengo mucha energía	***	**	**	***	***	***	**
8. Disfruto la comida	**	***	***	***	**	**	***
9. Puedo defenderme por mí mismo	**	**	***	**	**	**	***
10. Creo que no vale la pena vivir	*	*	**	*	*	*	*
11. Soy bueno para las cosas que hago	**	**	**	**	*	*	**
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes	**	***	***	***	***	***	***
13. Me gusta hablar con mi familia	**	***	**	*	*	*	***
14. Tengo sueños horribles	**	**	**	*	*	*	**
15. Me siento muy solo	**	**	**	**	*	*	*
16. Me animo fácilmente	**	**	***	**	*	*	***
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo	**	**	**	**	*	*	*
18. Me siento muy aburrido	*	**	**	**	**	**	**

La mayoría reporta seguir interesándose por las cosas como antes (el 85.50%), sólo una menciona que esto ocurre sólo a veces.

El 57% (4) menciona que a veces llegan a tener sueños horribles, sentirse tan tristes que les cuesta trabajo soportarlo, sentirse muy solos, les gusta hablar con su familia aunque dos mencionan que sólo en ocasiones. Solo a veces duermen muy bien. Les dan ganas de llorar. Este porcentaje manifestó tener mucha energía siempre y el 42.75% mencionó que sólo algunas veces.

Al reactivo de me gusta salir con amigos, 42.75% (3) dijo que siempre le gustaba, 42.75% expresó que algunas veces y 14.25% dijo que no le gustaba.

Sólo dos (28.50%) aseguran que siempre pueden defenderse por sí solos y el resto menciona que algunas veces. También el 28.50% manifestaron tener dolores de estómago y consideraron que nunca son buenos para lo que hacen y el resto piensa que sólo algunas veces lo son. Una (14.25%) mencionó que le gustaría escapar o salir corriendo y que a veces cree que la vida no vale la pena.

Aún cuando no se pueden comparar las respuestas de las madres con las de los hijos ya que los instrumentos que contestaron no son equivalentes, se observa que el sentir de los niños y la conducta referida por la madre coinciden, ya que ambos mencionan sentimientos de tristeza, aislamiento, dolores físicos, cambios de ánimo e inseguridad y pudieron observarse en el grupo algunas conductas que concuerdan con lo expresado por las señoras, por ejemplo, la inquietud y distracción, la competencia entre uno y otro; la agresividad hacia los otros, la apatía y tristeza en sus rostros, entre otras.

Los síntomas que presentan los niños del grupo que son característicos de los trastornos ansioso y depresivo, los cuales se mencionaron en el apartado anterior, fueron los siguientes:

De Ansiedad:

Inquietud e impaciencia	Dificultad para concentrarse
Dolores de cabeza y estómago y enuresis	Tensión muscular
Alteraciones de sueño	No terminan lo que inician

Muerde su ropa u objetos	Conducta agresiva
Dificultades para relacionarse con sus pares	Inseguridad
Miedo a la gente, a situaciones nuevas y a estar solo	

De Depresión:

Expresiones de tristeza, soledad, desdicha e indefensión

Cambios de ánimo de manera drástica	Enojo contra si mismo
Irritabilidad e Hipersensibilidad	Es difícil de complacer
Sentimientos de inutilidad	Deseo de huir y Aislamiento
Pobre concepto de si mismo y baja autoestima	Negativismo

Como se observa en el listado anterior, es clara la presencia de rasgos ansioso-depresivos en los niños del grupo de acuerdo a lo expresado por sus madres y por ellos mismos. Los cuales también se manifestaron durante el trabajo en grupo.

Aunque no se puede considerar un análisis pre-post test, se tomaron los 30 indicadores emocionales planteados por Kopitz (en Esquivel, et. al. 2001) para el análisis de los dibujos de la Figura Humana y se compararon los resultados obtenidos antes de la intervención y después de la misma para conocer si se dieron cambios en los rasgos de ansiedad y depresión presentados. Estos resultados se muestran en la tabla siguiente:

TABLA 1 Indicadores emocionales del Dibujo de la Figura Humana (Anexo B)

Participante	Indicadores emocionales DFH	
	Antes de la intervención	Después de la intervención
Mary Fer	Figura pequeña (retraimiento, baja autoestima, enojo)	Figura grande (inmadurez, egocentrismo)
Nayelli	Figura pequeña, piernas juntas, ojos marcados (retraimiento, baja autoestima, inseguridad, hostilidad, rebeldía)	Figura pequeña (retraimiento, baja autoestima)
Wendy	Integración pobre de las partes, brazos cortos, trazo delgado (inseguridad, dificultad para relacionarse con el mundo y los otros, timidez, incapacidad para autoafirmarse)	Brazos cortos y pegados al cuerpo, trazo delgado (dificultad para relacionarse con el mundo y los otros, inseguridad)
Gaby	Dibujo de 3 personas (impulsividad)	Ojos bizcos (hostilidad, rebeldía)

Alan	Figura pequeña e inclinada, brazos cortos (inseguridad, dificultad para relacionarse con los otros, timidez, inestabilidad, enojo)	Figura inclinada (inestabilidad)
Omar	Figura pequeña, transparencias, omisión cuello, brazos cortos (inseguridad, dificultad para relacionarse con el mundo y los otros, timidez, impulsividad, inmadurez, control interno pobre)	Transparencias, omisión cuello, brazos cortos (impulsividad, inmadurez, control interno pobre, dificultad para relacionarse con el mundo y los otros)
Jonathan	Es el único que no presenta ningún indicador en sus dibujos.	Ojos marcados, Figura grande (hostilidad, egocentrismo)

De acuerdo con el puntaje establecido por Koppitz, todos se encuentran en un nivel de maduración normal, a excepción de Omar que se encuentra en un rango de Normal Bajo.

Para el dibujo de la Familia, se tomaron en cuenta los indicadores que plantea Corman (1967, cit. en Esquivel, et. al. 2001) encontrándose lo siguiente:

TABLA 2 Indicadores emocionales Dibujo de la Familia (Anexo B)

Participante	Indicadores emocionales Dibujo de la familia	
	Antes de la intervención	Después de la intervención
Mary Fer	Sistema conyugal dividido por los hijos. Figura principal el padre. Físicamente cercana al padre pero con dificultad para expresarse emocionalmente. Introversión, hostilidad, depresión, regresión, identificación, sentimientos opuestos.	Sistema conyugal independiente a los hijos. Figuras parentales equilibradas. Físicamente alejada de ambos padres. Extroversión, represión, identificación, sentimientos opuestos.
Nayelli	Sistema conyugal independiente a los hijos. Figura principal la madre. Más cercana a su padre, se dibuja más grande que la mamá, dificultad en el contacto con los otros. Introversión, hostilidad reprimida, depresión, sentimientos opuestos.	Sistema conyugal independiente a los hijos. Más cercana a su mamá que al papá. Depresión.
Wendy	Sistema conyugal independiente a los hijos. Figura principal la madre. Inhibición, depresión, angustia.	Sistema conyugal independiente a los hijos. Figura principal la madre. Inhibición.

Gaby	Sistema conyugal independiente de la hija. Cercana físicamente del padre pero no en un acercamiento emocional. Inhibición, depresión.	Sistema conyugal separado. Ella en medio como a la expectativa. Distanciamiento familiar, cada miembro está por su lado, angustia.
Alan	Sistema conyugal independiente del hijo. Mayor cercanía con la madre. Figuras indiferenciadas. Extroversión, inhibición, negación de existencia.	Sistema conyugal independiente del hijo. Figuras indiferenciadas, no aparece la madre. Inhibición, regresión, negación de existencia, identificación, angustia.
Omar	Sistema conyugal independiente de los hijos. Mayor cercanía con la madre. Regresión	Sistema conyugal independiente de los hijos. Mayor cercanía con la hermana. Extroversión, regresión.
Jonathan	Sistema conyugal independiente de los hijos. Mayor cercanía con la madre.	Sistema conyugal independiente de los hijos. Mayor cercanía con la madre, dificultad en la relación con la familia. Negación de existencia, identificación, sentimientos opuestos.

De acuerdo a los indicadores encontrados en los dibujos realizados por los niños, podemos observar que se confirman algunos rasgos de ansiedad y depresión como la inseguridad, baja autoestima, inhibición, timidez, hostilidad, introversión, dificultad para relacionarse con los otros y sentimientos opuestos que surgen ante la problemática familiar, los cuales pueden ser ocasionados por las situaciones que viven como es el maltrato familiar, la separación de los padres, el conflicto entre lealtades y la preferencia por los hermanos.

Así mismo se pueden observar diferencias entre los dibujos hechos antes y después de la intervención, presentándose un menor número de indicadores emocionales en la segunda ejecución y diferentes elementos como: la disposición del dibujo en la hoja, la calidad en los dibujos, el lugar en que se colocaron en el dibujo de la familia, las historias que contaron y los rasgos que presentaron. Estas diferencias no fueron tan notorias en Alan y Omar los que dibujaron casi lo mismo en ambas ocasiones, sin embargo si variaron en sus historias; apareciendo una comprensión menos fantaseada de la realidad en la que viven. En la segunda aplicación, la mayoría dibujó a su familia de origen a pesar de que la instrucción fue la misma que la vez anterior, dibuja a una familia, a excepción de Mary Fer quien en ambos dibujos incluyó a un miembro inexistente haciendo referencia al deseo de no estar sola.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

A continuación se expone una descripción del trabajo realizado en el grupo incluyéndose los temas principales, la dinámica grupal y las Intervenciones terapéuticas. Se presenta la transcripción de una sesión por cada fase del tratamiento y posteriormente se hace un análisis individual de cada uno de los participantes comparando su participación en cada una de las fases.

ANÁLISIS GRUPAL**FASE INICIAL (sesiones 1 a la 3)**

En esta fase, como establece Bion (1979) que ocurra, predominó el supuesto básico de dependencia ya que los miembros del grupo esperaban que las terapeutas les dieran el material para trabajar y les procuraran bienestar y protección; también se estableció el supuesto básico de ataque-fuga, observándose en la conducta agresiva de los niños y su evitación a hablar de los temas que se les pedía.

Se observó la necesidad de elegir un líder tomándolo como guía y también como modelo desde el cual ellos se devaluaban. La conducta autodestructiva también apareció, atacándose a través de descalificaciones y buscando la atención de las terapeutas por medio de la desobediencia y el reto, como lo hacen con otros adultos significativos como sus padres y maestros.

Parte del trabajo de esta fase fue que los niños diferenciaron entre el medio escolar y el medio terapéutico, y pronto descubrieron que en este último tendrían la libertad de expresarse sintiéndose seguros al saber que era una regla la confidencialidad, por lo que algunos lograron expresar sus sentimientos de tristeza, enojo y frustración frente a situaciones ante las que se sienten impotentes o incomprendidos.

Surgió su necesidad de aceptación y el miedo al rechazo y a ser descalificados; encontrándose con un ambiente diferente en el que fueron escuchados y valorados a pesar de sus “conductas rebeldes”. Buscaban un espacio que pudiera ser “amistoso” y seguro, sin embargo, surgen alianzas para atacar al miembro que

alardea de ser el mejor y que me hace pensar en un ataque al hermano (de manera simbólica) que goza de privilegios y de mayor atención.

A continuación se describen las sesiones que integran esta primera fase del tratamiento:

Sesión Uno

a) Temas Principales

En esta primera sesión, la temática principal giró alrededor de las expectativas que los niños tenían respecto a su asistencia al grupo y su convencimiento de estar en él. Consideraban el espacio terapéutico un lugar en donde se tendría más amigos y se podría estar contento.

Se establecieron las reglas de convivencia, siendo los niños quienes las propusieron y escribieron en la hoja asignada para ello, apareciendo “lo permitido y lo prohibido”. Entre las principales se estableció que se podría hablar libremente, hacer lo que quisieran siempre y cuando no se dañara a los otros, respetarse, ser puntuales y para ellos jugar era uno de los puntos fundamentales.

También se habló de la confidencialidad, de la importancia de que se sintieran bien en el espacio terapéutico y de la diferenciación de cada uno como individuo refiriéndose a que cada uno es distinto al otro y por lo tanto el trabajo realizado por cada uno es diferente.

Por último, les entrego su cuaderno de terapia y se habló de la libertad para escribir, dibujar, recortar, etc. en él y poder plasmar lo que quisieran respecto a ellos.

b) Dinámica grupal

En esta primera sesión, ninguno de los niños se conocía, por lo que hubo poca participación y todos se miraban entre sí tratando de hablar con cautela evidenciando su necesidad de aceptación y el miedo al rechazo. Avanzada la sesión surgió la competencia entre pares, sobre todo entre las niñas ya que los niños fueron menos participativos. De acuerdo con lo planteado por Bion (1979) se presentaban los supuestos de dependencia y de ataque y fuga; ya que en la primera

parte los niños esperaban que las terapeutas les explicaran y aclararan todo sin que ellos quisieran participar. Posteriormente el ataque se presentó cuando entre las niñas empezaron a criticarse por lo que decía o hacía la otra, siendo el grupo pasivo ante esta actitud.

Se percibía en el ambiente una exigencia muy fuerte por hacer bien las cosas y esperaban que se les regañara por no ser perfectos, y por lo mismo no se permitían expresarse libremente y sin temor.

Fue evidente la falta de integración grupal, sin embargo, hubo momentos en que se convirtieron en un grupo de tarea (Slavson, 1951) en el que todos de manera atenta y respetuosa se dirigían hacia la meta en común, intentando llegar al consenso de las reglas de convivencia para el grupo.

c) Intervenciones terapéuticas

En esta primera sesión fungí como guía del grupo, siendo mi participación constante y estableciendo la actividad de manera dirigida. Se realizó el establecimiento de rapport y la promoción de la integración del grupo a través del ejercicio para conocerse y la expresión libre de sus expectativas, para que pudieran también reconocer que no sólo ellos presentaban una problemática, sino que había otros, por lo menos en ese espacio, que también tenían problemas, miedos, deseos, etc. (Factor de Universalidad, Yalom, 1986).

Se clarificó la función de la terapia y se diferenció el espacio terapéutico del espacio escolar; invitando a todos los integrantes del grupo a participar sin miedo a ser “calificados”, poniendo énfasis en la confidencialidad del trabajo que debía haber por parte de ellos y de las terapeutas.

Sesión Dos

a) Temas Principales

En esta sesión se volvió a hablar de las reglas establecidas y de la importancia de la confidencialidad, ya que se integró un nuevo miembro al grupo (Jonathan).

Se exploró el Autoconcepto a través de un trabajo libre, en donde cada uno se dio a conocer ante los otros, básicamente hablando de sus gustos y de cómo viven en

general. Sólo Gaby habla de su sentir como persona, diciendo que a veces se siente tan mal que es una y otras está bien y es como si fuera alguien diferente (como si estuviera dividida en dos).

Se mencionan los motivos por los cuales llegaron a la institución entre los que se encuentran tristeza, timidez, desobediencia, nerviosismo, miedos y bajo rendimiento, sin que ellos consideren que se encuentran enfermos y piensan que son los padres quienes los llevan porque creen que lo necesitan para sentirse mejor.

También se habló más sobre las expectativas de estar en el grupo y mencionaron que el grupo les serviría para ser mejores personas, para no preocuparse tanto por cosas que pasan y ser grande, para estar más contentos, para hacer trabajos y para ya no tener miedo.

Al finalizar la sesión, se habló del sentir del grupo respecto al ingreso del nuevo miembro, y fue muy claro que todos los niños se encontraban admirados por su participación, depositando en él todas las cualidades positivas y abanderándolo como posible líder.

b) Dinámica Grupal

En esta sesión se siguieron observando fenómenos de ataque y fuga, ya que a pesar de darles indicaciones, ellos no las seguían; mostrando una conducta desafiante hacia mí. Cuando se les avisó del término del tiempo para trabajar, la mayoría decide agregar algo a su trabajo en ese último momento, como para evadir la parte de compartirlo a los otros y hablar de ellos. Las niñas trabajan más lentamente ya que establecen una comunicación abierta entre ellas lo que les impide apurarse y se muestran despreocupadas porque los demás las esperen e incluso siguen trabajando durante el tiempo que ya se está comentando el trabajo de todos (siendo esta una actitud agresiva hacia los niños). Para los niños, esta actitud fue tomada como falta de respeto mencionando que si ellas quieren ser escuchadas tendrían que escuchar.

Nuevamente aparece el temor al rechazo y su preocupación por hacer las cosas bien o como creen ellos que deben responder; también pareciera que quieren probar a las terapeutas en el sentido de saber si ellas también les impondrán

castigos o los rechazarán como otros adultos con los que han convivido como los padres y maestros.

c) Intervenciones terapéuticas

Promuevo la integración grupal incluyendo al nuevo miembro y establezco límites respecto al uso del tiempo y el respeto a los demás, haciendo una reflexión respecto a la dificultad que todos tienen de hablar de sí mismos porque en general no se hace, porque puede darles pena participar y más cuando no se conoce bien a la gente con la que se está trabajando y reitera que el espacio terapéutico es un espacio seguro para hablar libremente.

Les señalo su preocupación por la mirada de los otros y que su comportamiento sea el que creen ellos que “debe ser el adecuado”; así también valido las diferencias que existen entre cada uno mencionando que todos tienen capacidades y habilidades distintas que hacen que algunas cosas les salgan mejor que otras.

Sesión Tres

a) Temas Principales

Se habla de la necesidad del establecimiento de reglas para poder jugar y convivir con los demás, ya que si les hacen “trampa” surge el enojo y la frustración que les genera ansiedad y malestar. Así como les sucede con los adultos que en ocasiones les prometen cosas que no les cumplen.

Por la dinámica que se hizo dentro del juego, se habló de que dependiendo el ángulo desde donde se miren las cosas pueden verse feas o padres y dentro de la sesión lo relacioné con la manera de vivir y los pensamientos de cada uno.

Hablaron de las cosas que les pueden causar tristeza: reprobación un examen, las bajas calificaciones, que pase algo malo, que un ser querido se vaya a otro país o cambie de dirección, un castigo porque sucedió algo que en realidad fue un accidente y algo en que coincidieron todos a excepción de Alan que no participó, fue en el castigo que reciben cuando son otros los que hicieron las cosas, como los hermanos o los primos. Esto último también les genera mucho enojo.

b) Dinámica Grupal

Al pedirles que se pusieran de acuerdo para elegir de manera libre algún juego para iniciar la sesión, pudimos observar que cada uno de los que más participaban propusieron juegos distintos y no se comunicaron entre sí para definir qué podrían jugar todos; se dirigen a las terapeutas para que les digan en qué consiste un juego que nadie conoce, solicitando además una explicación del nombre del juego y deciden por curiosidad que ese jugarían. Ya elegido hablan todos a la vez para sugerir una forma de elegir quién empieza, el que habla más fuerte propone y eso toman como regla. (Supuesto de dependencia de Bion).

Es evidente la competitividad que aflora y la excitación que se produce al querer ganarle al otro. Cuando se les solicita que cambien de lugar para poder estar “en el lugar del otro” hay quienes no lo hicieron, lo que refleja su necesidad de un lugar conocido para poder desenvolverse y la dificultad para poder cambiar los patrones que ya se aprendieron y experimentar nuevas formas de mirar las cosas.

Es notoria la competencia entre los miembros más participativos del grupo y se enojan si alguno ayuda a otro; como una es la que va ganando y además alardea por ello, todos los demás del grupo expresan su deseo de hacerla perder y se dirige hacia ella la competencia sin importar como vayan los otros.

Al finalizar todos pretenden ayudar al que no obtuvo ningún punto en una acción de invalidar el juego y no reconocer que los había vencido a la que pretendían derrotar. (Supuesto de ataque)

c) Intervenciones terapéuticas

Les señalo a los integrantes del grupo que todos quieren ser primero en el juego y esto hace que no jueguen limpio, ya que se tapan unos a otros y se enojan cuando alguien gana puntos y establezco una asociación con su vida cotidiana en la que no siempre obtienen lo que quieren y puede causarles mucho enojo y ansiedad, siendo que no siempre se puede ganar.

A continuación se anexa una de las sesiones de esta fase inicial del tratamiento.

SESIÓN NO. 2

2 de marzo del 2004

Al inicio de la sesión la terapeuta informa de la presencia de Jonathan y comenta que le da mucho gusto que haya podido incorporarse, le da la bienvenida y pide al grupo que conforme se van presentando le comenten que fue lo que hicieron la semana pasada. Omar le comenta sobre las reglas, Mary Fer le habla del cuaderno que se les entregó que es como un diario para anotar lo que les gustó. Alan comenta nuevamente del cuaderno (como repitiendo lo que dice Mary Fer) y de los dibujos de personas, Wendy menciona que hay que respetarnos. Al tocar el turno a Nayelli dice “ay no”, como si no quisiera participar y habla de que se estuvo anotando lo que se dijo, cuando termina le dice a Rocío (CT), que le va. La CT se presenta y le señala que el reglamento está dividido en dos partes: las cosas que se valen y las que no, se leen nuevamente las reglas. Se vuelve a mencionar que la idea es que todos hablen sintiéndose seguros de que lo que se dice aquí no sale de este espacio, que si uno quiere comentar afuera de sus cosas se vale pero que no se vale hablar de los demás.

Jonathan asiente y se presenta diciendo “soy Jonathan y nada más”. Se le pregunta si quiere agregar algo a las reglas o si falta algo y dice que nada. Se le entrega el cuaderno y las indicaciones dadas a todos.

Wendy juega con un plumón. Omar juega con algo en las manos. La T se presenta y les entrega una cartulina a cada quien, inicia la frase para dar las instrucciones y Omar sin esperar pregunta qué van a poner ahí.

Se les da la indicación de que esa cartulina es para que mediante un dibujo, una pintura, un collage, o lo que quieran ellos se presenten, que es como si fuera un espejo de cada uno y en grupo lo van a compartir para que los otros los conozcan. Mary Fer pregunta si sólo van a poner un recorte, se les explica que pueden poner lo que quieran. Jonathan, Wendy y Alan, son los primeros que toman la cartulina, Gaby, Omar y Nayelli hasta el último. Se les muestra el material.

Gaby dice que si puede poner lo que les gusta hacer como ver la tele, la T les indica que pueden poner tantas cosas como quieran. Nayelli y Gaby se acercan por pinceles, Wendy las sigue. Nayelli pide unas tijeras devolviendo el pincel y va por una revista, se acerca a Gaby para comentar.

A Wendy y Alan parece que no se les ocurre nada. La T les pide procurar trabajar en silencio y que al final lo van a compartir. Wendy se levanta por una revista. La T les solicita incluir en su trabajo el por qué vinieron a CISAME (cosa que nadie hizo y no señalé al final de la sesión).

Todos trabajan en silencio. Nayelli y Gaby empiezan nuevamente a hablar entre ellas. Miran las revistas y Gaby se pone a leer un artículo, la T le pide que por favor hagan su trabajo. Omar empieza a pintar lo verde. Alan su sol y las montañas. Jonathan da la espalda hacia Gaby. Mary Fer busca en los materiales, primero pintó los colores de las esquinas, la T les dice que no lo piensen mucho. Las terapeutas se quedan de pie observando cómo trabajan y posteriormente se sientan a un lado.

Wendy también mira las revistas como buscando sin encontrar nada. Jonathan se levanta y es observado por Omar quien mira su trabajo. Gaby y Nayelli siguen platicando, una a la otra se preguntan sobre sus gustos. Mary Fer toma una revista, Nayelli y Gaby cambian de revistas. Omar sigue pintando sobre lo verde de su dibujo. Omar toma el trapo y frasco de agua que Jonathan usaba y

se agacha dándole la espalda. Alan se concentra en su trabajo. Wendy sigue sin poner nada al igual que Gaby y Nayelli quienes siguen comentando entre si pero sin poner nada en la cartulina.

Nayelli dice que no encuentran nada interesante en las revistas, la T les dice que si no hay lo que buscan que lo dibujen. Gaby dice que no que mejor sigue buscando. Omar se hace hacia atrás y sigue observando a Jonathan. Nayelli le señala a Gaby que en la revista es la misma modelo la que aparece. Wendy busca nuevamente entre las revistas y sigue solo hojeándolas. Jonathan es muy cuidadoso al trabajar. Gaby ahora es la que le enseña a Nayelli un recorte. Se les dice que tienen 15 minutos para ir terminando. Jonathan pregunta si puede meter el pincel en el agua. Mary Fer termina y observa el trabajo de los demás. Jonathan termina y observa por un momento el trabajo de Omar, seca el pincel con el trapo que hay y en eso se entretiene. Cuando les digo que les quedan 5 minutos, Jonathan decide agregarle algo más a su dibujo. Omar se levanta por el trapo. Wendy mira lo que hacen Gaby y Nayelli. La T les pregunta si están listos y Nayelli, Wendy y Gaby niegan con la cabeza, pareciendo que no les preocupa que se les pida que ya terminen. Mary Fer toma crayones y empieza a ponerle más color a su dibujo.

Wendy no puede abrir el resistol y pide ayuda. Se les da un minuto más y Mary Fer se empieza a impacientar al igual que la terapeuta. Jonathan también detalla su dibujo. Omar se sienta a observar lo que hace Jonathan y después simplemente está en el lugar. Nayelli vuelve a cubrir su trabajo para que no lo vea la CT que se sienta junto a ella. Mary Fer toma su trabajo y lo observa. Alan se recarga en la pared esperando, tocando su dibujo con su mano, sin mirarlo. Les pregunto si ya acabaron a las tres que faltan. Dicen no. Se les da medio minuto para terminar lo que hasta ese momento hayan hecho. Nota: el tiempo no fue real, se les dio más del tiempo que se les indicó.

Alan parece que mira hacia las reglas. Siguen trabajando las tres, Jonathan aprovecha para poner su firma en su dibujo. La T vuelve a preguntar si están listos. Se les pide que pongan sus dibujos enfrente de cada uno, Nayelli sigue pintando al igual que Wendy. Nayelli se acerca por más plumones y no se integra al círculo. Todos observan que ellas siguen trabajando, se le abre espacio a Nayelli para que se integre al círculo. La T pregunta quién quiere ser el primero en presentarse y hablarnos de su trabajo. Mary Fer dice que ella.

Nayelli sigue buscando colores, se les pide que dejen el material al frente. Mary Fer plantea que es su trabajo, que puso un perro porque le gusta mucho su perro, "la mariposa porque a veces cuando estoy enojada o algo así quiero convertirme en mariposa y volar lejos lejos, una flor porque me gustan las flores, aquí una niña porque me gusta ir a la escuela, un cuaderno porque me gusta escribir y un balón porque me gusta el fútbol".

T (terapeuta): hay algo más que nos quieras decir de ti, aunque no esté en tu dibujo

MF (Mary Fer) – me gusta mucho si me piden un trabajo, ponerle mucho color

T: Los colores que pusiste representan algo?

MF: son sólo colores

La T le pregunta al grupo si alguien quiere preguntarle algo a Fer o si quieren saber algo de ella. Todos guardan silencio. Nayelli sigue pintando.

T: ¿Por qué asistes a CISAME?

MF: "porque cuando antes, en 4º más o menos estaba muy triste y mi mamá empezó a buscar grupos como este hasta que encontró este lugar

T: ¿Cómo te sientes hoy?

MF: Un poquito mejor porque antes no sabía como funcionaba esto de venir a CISAME. A veces cuando llego a un lugar no se como comportarme, como que viendo qué tipo de personas hay aquí entonces puedo saber como hacer.

T: ¿Cómo te sientes aquí?

MF: Bien, contenta y feliz.

T: ¿Crees que aquí te será difícil adaptarte?

MF: No

T: ¿Hay lugares en que te cueste trabajo adaptarte?

MF: Mmmmm, no.

T: ¿Qué esperas de venir al grupo?

MF: “Que me enseñen a ser mejor persona y a no preocuparme tanto por cosas que pasan, si salen mal o bien”

T: ¿Qué es lo que te preocupa?

MF: “por ejemplo si un niño, no sé, se cae, me pregunto qué le pasó, si va a estar bien o si se cayó a propósito”.

T: ¿Qué cosas que tienen que ver contigo te preocupan?

MF: “a veces quiero, cuando sea grande, ser una persona, por ejemplo tener una página en internet y que las personas escriban sus problemas y yo pueda ayudarlas”.

La T le pregunta al grupo si alguien también se ha preocupado porque las cosas salgan bien o como ellos consideran que tiene que estar bien. Jonathan dice: “pues yo, porque si me sale una cosa mal me pregunto qué van a decir de mí”. La T pregunta y cómo te sientes cuando pasa esto? -“mal y con coraje”, la T pregunta y qué haces con eso? -“me desquito jugando fútbol”; ¿y cuando no puedes jugar fútbol que haces?, -“me quedo con mi coraje”, ¿y sólo es coraje? -“También me da tristeza”.

La T agradece a Mary Fer que comentara de su trabajo y pregunta quien quiere seguir, se invita a Nayelli y solo ríe pero no habla. La T pregunta a Omar y dice no. Le pregunta a Alan, dice que le da pena, la T le pregunta qué es lo que le da pena; Omar responde “porque no quiere asistir al grupo”. ¿Tú quieres asistir? “sí”. La T le pregunta a Alan si cree que los demás se van a burlar de él. No contesta y sólo mueve la cabeza negativamente. Le pregunto si alguna vez se han burlado de él, en la escuela o si lo han criticado, dice que no. Entonces por qué será que no quieres compartirnos tu trabajo? también se abre la pregunta a los demás. Alan no responde. Jonathan juega con su cuaderno, lo deja a un lado. Nayelli sigue trabajando.

Mary Fer dice que a lo mejor en la escuela son muy abiertos pero con los otros como que les da pena expresarse, la T pregunta por qué les dará pena expresarse?, Fer dice “porque no conocemos el lugar, no sabemos si decimos algo será bienvenido”, se pregunta al grupo si creen que les da pena por las razones que dijeron Mary Fer y Omar, nadie contesta.

La T plantea que no es una tarea fácil hablar y es más difícil hablar de nosotros, normalmente hablamos de muchas cosas pero es rara la vez que hablamos de nosotros, más entre gente que aún no conocemos, aquí lo importante es que sepan que es un lugar seguro para que puedan hablar y decir lo que piensan y también por eso hay reglas y de hecho de eso se trata el trabajo aquí.

La T pregunta quien quiere seguir con su dibujo. Alan, mueve las manos, encoge los hombros, la T le dice que no va a pasar nada y empieza a hablar diciendo que a él le gustan las montañas, las nubes, los árboles y el sol, la T señala las casitas y pregunta por ellas; Alan sólo dice que le gustan. La T le pregunta qué tienen que ver con él y dice que le gustan las casitas de colores. Le pregunto si se parece a algún elemento de su dibujo (se los voy mencionando) y dice que no.

Wendy juega con unas tijeras en sus manos. Se le pregunta a Alan por qué está aquí y tarda en responder, menciona que lo mandaron de la escuela, la T pregunta por qué, si tiene algún problema en la escuela o en la casa y Alan dice que ya no se acuerda, al preguntarle que cree que pasará por venir aquí o qué espera que pase dice “que esté más contento”, se toca el cabello, se agarra la muñeca. Se tapa la cara. Jonathan golpea el piso con el puño, Wendy empieza a dibujar.

La T pregunta quién quiere seguir?, nadie inicia, se le pregunta a Jonathan si quiere compartir su trabajo, el responde, “bueno, yo dibujé un sol porque me gusta mucho ver los astros, el sol, la luna, las estrellas, bueno el sol no lo puedo ver y los árboles nada más porque si, las montañas mmm también nada más”, se le pregunta si ha estado en las montañas y por qué será que se le ocurrieron las montañas?, “Porque están padres, no?”. Nayelli sigue trabajando. La T le pregunta qué hay abajo, en el dibujo, Jonathan menciona que es un equipo de fútbol que es el América, “Yo le voy al América, están jugando fútbol”. La T le pregunta por qué está aquí en CISAME, suspira, “ah porque me traje mi mamá”, ¿y por qué crees?, -“no sé”, a lo mejor no sabes pero ¿por qué crees?; -“yo creo que porque no la obedezco mucho, pero ahora ya no es tanto”. La T le pregunta si por algo más, mueve la cabeza negativamente, la T pregunta qué espera de venir aquí. No sé, no se me ocurre nada.

La T le pregunta a Gaby sobre su trabajo (tenía las manos metidas en las mangas de su chamarra y las saca para tomar su dibujo y presentarlo) -“Yo lo presenté así, un señor que va en bici porque me gustan mucho las actividades, un balón porque me gusta el fútbol, un muñeco con walkman porque me gusta mucho la música, me gusta mucho hablar por teléfono, me gusta mucho escuchar mucha música clásica, me gusta mucho Chayanne, Alexis Ayala como actúa, la vida marina y aquí representé a dos personas porque un día no me siento muy bien y otro día me siento excelente, puse aquí una como estrella porque me considero más que una estrella. La T le pregunta cómo es eso?, qué significa ser más que una estrella?, Qué es para tí?. Gaby dice no sé. La T pregunta ¿y eso de que a veces te sientes bien y que te sientes una persona y a veces no tan bien y te sientes otra persona, eso te pasa muy seguido o ante que circunstancias te pasa?, -“Cuando mis papás se pelean me siento muy triste y cuando no me siento muy mal”. La T le señala este lapsus pero Gaby no responde nada.

Nayelli y Wendy siguen trabajando sin poner atención y la T pregunta al grupo cómo se siente de que Nayelli y Wendy sigan trabajando, Nayelli se dirige a Wendy y le dice “ya ves, te dije”. Omar piensa que seguramente les gusta colorear mucho. La T le pregunta cómo te sientes cuando ya estamos hablando y ellas sigan dibujando? Omar dice que sigan dibujando.

A Gaby se le pregunta y dice (en eso voltea su trabajo Nayelli) “se siente mal porque bueno, ahorita no nos ponen atención” la T le pregunta cómo la hace sentir estar hablando y que parece que no la atiendan? Ella responde que es normal y al preguntarle nuevamente cómo se siente ante esto dice que mal, que así pasa a veces cuando trata de hablar con sus papás.

Jonathan expone “yo digo que debe haber respeto no?, para que te pongan atención tu tienes que poner atención”. Mary Fer menciona “a lo mejor comenzaron su trabajo y vieron que les faltaba algo y se lo agregaron”. Alan no responde, Wendy se agacha, Nayelli parece no darle importancia. “Que pongan atención para que cuando ellas hablan les hagan caso. Todos merecemos respeto” dice Jonathan.

La T les pregunta a Wendy y Nayelli qué opinan de lo que dijeron los demás. Nayelli voltea su dibujo. Wendy juega con sus manos. Se agachan y no contestan, ¿Cómo se sienten pintando cuando los demás ya están hablando?. Hay un silencio y Nayelli habla bajito y expone que le da pena hablar, la T pregunta que cree que pase si habla aquí, dice que no sabe. Guardan silencio. Nayelli presenta su trabajo, habla muy bajito, “puse adornos para mi casa que ya están construyendo, me gusta el sol, me gustan muchísimo las flores y ser una mujer así, me gustan los colores. Me gustaría muchos adornos

cuando entreguen mi casa. Cuando estoy sola o estoy enojada siento que nadie me oye. Me gusta hablar por teléfono”.

T: ¿Cómo fue que llegaste a CISAME?

Na: Porque yo me sentía tímida y mi mamá me dijo que si quería venir para que ya no me sintiera mal.

T: ¿Cómo te sientes ahorita de escuchar a tus compañeros?

Na: Mal, es como si yo hablara y ellos estuvieran hablando, me parece que debiera decir una disculpa

T: ¿Quieres decirle algo al grupo?

Na: No.

T: ¿Por qué será que no puedes atender cuando los otros hablan? ¿te pasa así en algún otro lugar?

Na: A veces, no le hago caso a mi mamá o a la maestra y se enojan conmigo

T: ¿Y qué piensas de eso?

Na: Guarda silencio por un rato y no responde

T: ¿Qué esperas de estar aquí en el grupo?

Na: “Hacer trabajos” y vuelve a guardar silencio.

Se le invita a Wendy a hablar de su trabajo y guarda silencio por un rato, por lo que la T le pide a Omar que comparta su trabajo ya que empiezan a inquietarse jugando con objetos en las manos. Omar dice, aquí está la tierra, el pasto y el sol, la T le pregunta si se parecen a él y dice sí, se le pregunta si puede decir algo más y dice no con la cabeza. ¿Por qué estás aquí? -“no sé, porque me traen mis papás”. ¿Y por qué imaginas que te traen? -“Porque de la escuela me dijeron, porque andaba un poquito mal, en la letra”, ¿En qué andabas mal? -“me como letras”. ¿Qué esperas de estar aquí?, “Contento”, ¿cómo, que vas a estar contento?, asiente con la cabeza. ¿Crees que vas a ganar algo más? -“Felicidad”.

La T se dirige a Wendy y le pide que comente sobre su trabajo o lo que se hablo y ella responde “me da pena”. La T le pregunta si cree que a los demás no les da pena o a quién cree que también le da pena. No responde y la T se dirige al grupo para preguntar a quien le dio pena hablar y pide que levanten la mano (todos la levantan a excepción de Mary Fer. Alan la levanta hasta el último) La T se dirige a Wendy diciéndole que a casi todos les dio pena y sin embargo hablaron, que le gustaría que a pesar de que le da pena pudiera platicar de su trabajo.

La T describe lo que hay en su dibujo, cuéntenos para que no me imagine. Wendy empieza a hablar y dice “Una tortuga porque me gustan las tortugas, los cuadros porque tienen colores y me gusta poner fotografías de amigos o de mis papás o mi familia. Las bolsas también me gustan mucho, las caritas. La T pregunta si se parece en algo a la mariposa o a la tortuga? Ella dice que no. La T le señala que podría parecerse a la tortuga porque intenta esconderse en su concha para que los demás no vean que le da pena; ella sólo sonríe.

La T le pregunta ¿por qué estas aquí?. Porque me mandaron de la escuela porque siempre estaba muy nerviosa (Alan se agarra el cabello), o pasaba algo y me daba miedo, me da mucha pena. Por mi casa, mi tío que tiene como 17 ó 18 años se peleaba mucho, se pegaban y a mi me daba miedo, también cuando mis papás a veces se peleaban. La T pregunta si en ese momento siente ese temor, ella dice que no. La T le pregunta si cree que de algo le sirva el grupo?. -“Que me ayude para que ya no pueda tener miedo”. La T le pregunta ¿Cómo te sientes ahorita que nos hablaste de tu trabajo y nos hablaste de tus cosas? -“Bien”, ¿crees que lograste algo al decirlo?, -“si, comunicarme con mis amigos”.

La T pregunta cómo se siente cada uno de haber hablado de su trabajo. No contestan y Mary Fer dice “yo creo que cada quien puso en su dibujo para ver como tratar a sus amigos, a Wendy le gustan mucho los animales y la tortuga, a Nayelli le gustan sus flores y quiere que su casa se vea cada vez

más bonita. A Alan porque le gustan las montañas, a Omar porque le gustan los colores y dibujar el campo y Jonathan porque le gusta mucho el fútbol y su equipo es el América y Gaby porque quiere a las estrellas, yo sí le entendí, yo me imagino que quiso decir que es más que una estrella porque vale mucho.

La T pregunta si quieren comentar algo más del trabajo y les menciona que no han dicho cómo se sienten, Omar espontáneamente dice “yo feliz”, se le pregunta por qué y dice que Fernanda habló de sus mascotas. Wendy dice “me da pena hablar y me gusta colorear”. La T le señala en ese momento a Wendy que tomó la palabra sin pedírselo, que aunque le cueste trabajo hablar puede hacerlo (Wendy sonríe) ¿Qué piensas, te gusta la idea?, asiente con la cabeza.

La T pregunta ¿Quién más quiere decir algo?. Jonathan dice “Yo pienso que se desahogaron, no?”, la T le pregunta a qué le ayudó el dibujo a él. -“Para relajarme”, contesta. Gaby comenta “me siento mucho mejor, no me cuestan trabajo las cosas, si no que me centro mucho en las cosas que cada uno tiene y los problemas que cada uno tiene y me siento bien”.

Nayelli dice “no me gusta hablar pero lo pongo en el dibujo como que me sirvió hablar”. Alan expresa que está contento por estar hablando y la T le dice que si eso quiere decir que nos vas a hablar más para que estés más contento y a todos les da risa.

La T les pregunta cómo se sienten de que Jonathan esté en el grupo. “Como que es más alegre” dice Nayelli, que quíenes pregunta la T, “que nosotros”. La T le señala que es la que habla primero. Se le pregunta a Omar si quiere decirle algo a Jonathan y dice: “me gusto mucho su carácter”. ¿Alguien más que le quisiera decir algo?. “Que es fácil que se exprese” dice Wendy. Gaby “a si como dice Omar me gustó su carácter, es un poco más abierto”. Mayr Fer: “tal vez que es bueno que no le de pena, que nos enseñe a ser más abiertos”. Se le pregunta a Alan quien no dice nada. Gaby al final dice que Jonathan podría ser como modelo. Se le pregunta a Jonathan cómo se siente y dice que está contento y bien.

La T señala que parece que a Jonathan le son más fáciles algunas cosas, pero que también seguramente hay algunas que le cuestan trabajo como a todos y que todos son diferentes, que cada uno hace cosas que le son más fáciles que otras y que aquí cada uno va a compartir cosas importantes de las que sabe hacer y de quiénes son.

Se les indica que así serán las sesiones, se trabajará en algo para después comentarlo y pensar qué es lo que siente cada uno y qué pasa con las cosas que hacen. Se reitera la importancia de que participen y se les pide que entre todos se recoja el material y se deje limpio el salón como se había acordado en las reglas.

FASE INTERMEDIA (Sesiones de la 4 a la 9)

En las sesiones de esta fase, aparece el tema de la atención relacionada con el cariño; la mayoría de los niños ha sufrido cierto abandono por parte de los padres, debido al trabajo, interés en otras actividades, etc. y algunos de ellos se quedan o estuvieron al cuidado de los abuelos o algún otro familiar, situación que les ha

causado tristeza y melancolía; mermando su autoestima y guardando gran cantidad de enojo.

En el grupo prevaleció el supuesto básico de ataque-fuga, siguiendo con la dinámica de señalarse unos a otros, atacando sus diferencias y evitando siempre el hablar de los temas dolorosos. Sin embargo, a lo largo de esta fase lograron ser un grupo de trabajo en el que se apoyaban unos a otros y cumplían con la tarea encomendada.

Lograron establecer fuertes vínculos de cordialidad, de respeto y escucha; hablando además de situaciones difíciles como los conflictos de pareja entre sus padres, la falta de cariño que sienten, los miedos a la soledad y al rechazo. Reconocieron en ellos sentimientos de tristeza, alegría, y sobre todo enojo ante situaciones a veces injustas, a veces naturales del crecimiento y desarrollo en la vida pero que por falta de comunicación con los padres las viven como inequitativas.

Sesión Cuatro

a) Temas Principales

En esta sesión surgieron comentarios respecto a las diferencias que existen con relación a la forma de vestir, en el actuar y el pensar dependiendo del género al que se pertenezca; siendo esta razón una de las causas por las que en ocasiones no les es tan sencillo interactuar con sus pares del sexo opuesto.

Se habló del “despapaye” que les causa felicidad cuando la autoridad no está y de las consecuencias negativas como regaños, expulsiones y reportes, que puede tener su conducta en este sentido. Pueden hablar de sus deseos como tener más tiempo para compartir con los amigos y no tener clases con maestros que no les agradan.

Un tema general fue la observación respecto a que los adultos en muchas ocasiones los agreden haciéndoles reclamos por cosas que otros hicieron, sobre todo refiriéndose a los hermanos y familiares y cuando los hacen comer cosas que no quieren.

Un punto muy importante que surgió fue la asociación que hicieron entre ser querido y ser entendido “Cómo te pueden entender si no se percatan de ti”, manifestando que cuando los padres no los dejan hacer lo que quieren significa que no los aman; o como se sienten incomprendidos por los padres creen que no les tienen cariño. Aquí aparece la figura de los abuelos como rescatadores, como “consentidores” y dadores del amor que creen que les falta por parte de sus padres.

Hablaron de su sentimiento de tristeza ocasionado por las pérdidas que han tenido de familiares y amigos que se van a vivir a otra parte o la muerte de alguien y por la soledad que sienten en ocasiones; podemos incluir esta “pérdida de los padres” que tienen que padecer ya que no pueden dedicarles todo el tiempo que ellos quisieran debido a las labores de los padres o por el hecho de que algunos tienen padres divorciados y ven muy remotamente al padre.

Un sentimiento que también apareció fue el de culpa al desesperarse y a veces gritar para tratar de defenderse de lo que creen injusto “A gritos si entienden los primitos”.

Saben del autocuidado “cuidarse implica no hacer cosas que te hagan mal o daño” y ponen ejemplos al respecto.

Un punto que nos pareció relevante fue que hablaban de su deseo de tirar cosas como la tristeza, el enojo, la envidia, las cosas malas, los insultos y que pudieran visualizar el espacio terapéutico como el lugar para poder hacerlo y en esa medida catalogarlo como un apoyo para sentirse mejor.

b) Dinámica Grupal

Al inicio de la sesión sigue apareciendo el supuesto básico de ataque-fuga, ya que al parecer no quieren participar, hay un clima de tensión y cada uno señala al otro; cuando hablan parece que los demás no lo escuchan e incluso se muestran indiferentes ante los comentarios de los demás.

Entre los tres que más participan intentan encontrar soluciones a los problemas comunes que comentan volviéndose por momentos un grupo orientado hacia la tarea; a pesar de su inquietud, por momentos se atienden y logran identificarse con

la problemática del otro haciendo comentarios pertinentes sobre una situación común y una de estas situaciones mencionadas es la necesidad de amor.

Reconocieron su falta de participación por el temor a hablar y que los demás se burlen, ya que incluso por los defectos físicos se han burlado de ellos poniéndoles apodos. En un intento por racionalizar este ataque mencionan que burlarse de los otros es para molestar y no tiene sentido; como tratando de anular la fuerza que tiene la crítica y burla por parte de los otros.

c) Intervenciones terapéuticas

Exploro sobre los puntos que hablan los niños, intentando ahondar en ellos para tratar de conseguir una explicación sobre la dinámica psicológica de cada uno. Manejo la contención al validar el coraje que sienten porque no respetan sus cosas y el dolor y frustración al pensarse no amados y ayudo a clarificar sobre la diferenciación entre ser amado y ser entendido.

También les señalo que cuando se les pregunta algo suelen cambiar de tema obteniendo risas de ellos y nuevamente les menciono que en general a la gente le da pena hablar frente a otros y que podrían preguntarse cómo creen que pueden sentirse los demás ante las reacciones de risa o burla.

Ante el comentario de las pérdidas sufridas, les apunto que pueden mantener consigo a las personas perdidas a través del recuerdo, las enseñanzas y el cariño que se tuvieron, con la esperanza de no sentirse tristes y solos.

Promuevo que el grupo invite a participar a los que casi no hablan y les agradezco que compartan sus sentimientos dolorosos, esto genera extrañeza ya que seguramente no están acostumbrados a que les den las gracias por sus comentarios y les den valor a los mismos.

Sesión Cinco

a) Temas Principales

Se habla de los deseos que tienen para cuando sean grandes como estudiar, tener cosas, realizar viajes; aunque no tienen un plan de vida estructurado, se imaginan

haciendo algo productivo y útil, por lo que observamos una esperanza en ellos de que el futuro puede ser mejor.

Un punto en el que encuentran convergencia algunos de los miembros es en el tema de las maestras que les caen mal o que hacen cosas que no les gustan (dejar mucha tarea y no revisarla, gritarles, exigirles demás, enojarse).

Se habló de la rivalidad entre hermanos, causándoles enojo que el hermano menor tenga ventajas y privilegios desplazando este sentimiento hacia otros niños menores a quienes hacen “menos” aprovechándose de su ingenuidad para sacar ventaja de ellos. Ya que no cuentan con estrategias de afrontamiento adecuadas, comentan que sería mejor ver menos tiempo a los hermanos para así evitar pelear con ellos.

En cuanto a las relaciones interpersonales hablan de la fidelidad hacia los amigos, considerándola un elemento necesario para poder relacionarse con los otros.

Algunos temores que comentan son el miedo a estar solos, cuando se va la luz, una película de terror, los gritos feos en la calle y las casas.

En general el lugar donde suelen sentirse cómodos es en su casa. Llama la atención que Omar diga que su lugar de seguridad es en la escuela porque no le dejan mucha tarea y lo dejan descansar; en él se refleja este temor a la violencia que está presente en su hogar o quizás una falta de comprensión del niño.

b) Dinámica Grupal

Al inicio de la sesión comentan sobre las actividades que realizaron el fin de semana, mostrándose animados y un poco inquietos; sólo asisten cinco niños, se alían en bandos compitiendo niños contra niñas para pelear por los cojines del salón, para ellos es un juego que inicia divirtiéndoles pero que se vuelve más intenso provocando enojo en los niños cuando las niñas se tornan más pesadas; hacen un recordatorio de las reglas que ellos mismos plantearon al inicio del tratamiento y se dan cuenta que ellos mismos no las respetan.

Aún así durante toda la sesión el supuesto de ataque es el que prevalece, ya que se pasan atacándose unos a otros de manera verbal, imitando las niñas a los niños;

en momentos se alían para no atender a alguno que está hablando y fácilmente se distraen. La alianza de las niñas se ve muy fuerte con relación a la que establecen los niños.

Como grupo, surge la molestia por el compañero que no participa y le piden que él también opine sobre lo que se están hablando; también aparece la solicitud de ayuda ante la dificultad de responder en la actividad que se está realizando y evaden el tema de los privilegios que pueden tener ellos por ser ya mayores en edad.

c) Intervenciones terapéuticas

Se indaga por qué están tan inquietos y los niños hacen mención que las niñas están de “desastrosas” a lo que les hago ver que también ellos y que al parecer hay una competencia entre niños y niñas por ganar “algo” que no sé si es la atención de las terapeutas o simplemente es hacer notoria su fuerza como género.

Les señalo que al parecer ellos perdieron privilegios al momento de nacer sus hermanos pero que debido a su edad ellos tienen ahora otras posibilidades de acción y que incluso los hermanos los miran como modelos a seguir; que es normal que extrañen los privilegios con los que contaron ellos antes y que al parecer a ellos no les gusta compartir, esto al parecer no lo escuchan o hacen como que no escuchan.

Sesión Seis

a) Temas Principales

Se habla de las coincidencias entre los miembros por pertenecer a un mismo grado escolar y realizar actividades comunes como ir a un concurso de canto, como las integrantes que faltaron la sesión pasada y como el examen a secundaria que también algunos están próximos a presentar. Esto los llevó a pensar en la dificultad para tomar decisiones cuando tienen la opción de dos cosas buenas a la vez y que no les gusta perder o equivocarse.

Se tocan temas como el pecado y lo describen como magia mala y algunos se consideran pecadores por haber llevado a cabo actos como el robo en una tienda de autoservicio y les genera culpa ante el recuerdo.

b) Dinámica Grupal

Nuevamente se vuelven a aliar por género para combatir al de sexo opuesto, siendo las niñas las que inician el ataque. Cuando hablan de temas comunes todos comentan situaciones similares que cada uno ha vivido.

Cuando se va a realizar el ejercicio de la sesión, las niñas suelen reaccionar más rápido a las indicaciones y ser menos rebeldes que los niños. Parece que todos tienen flojera y no quisieran hacer el ejercicio, se presenta la angustia ante lo desconocido. Nayelli quiere mandar y toma a Omar, el más débil para hacerlo.

En el ejercicio no se miran y se mantienen agrupados por género; las niñas se inquietan y rien nerviosamente, los niños se ponen serios y parecen tensos. Las niñas se ven un poco más entre ellas y los niños tienden a agacharse para no mirarse.

Cuando termina el ejercicio de contacto, nadie quiere contestar a las preguntas, se agachan, se voltean, se tapan la boca con la mano. Dicen no sentir ni pensar nada. El ambiente está tenso y el grupo se descontrola, todos parecen estar en una actividad distinta (solos o por pares), los niños dan la espalda a las niñas. Se desatan, empiezan a aventarse, las niñas quieren quitar a los niños su cojín, se quejan de que ellos juegan con sus tazos aparte (supuesto básico de ataque).

Las niñas se molestan cuando los niños no les hacen caso por estar jugando aparte, pareciera que les recuerda el rechazo que viven de otras personas, y que entre ellas no pueden jugar y tratan de llamar la atención de los niños.

Al finalizar la sesión mencionan que se sienten con más confianza, hablan más, juegan más, y se expresan mejor y reconocen que en grupo han conocido gente que antes ni conocían. También hablan de que en su casa ha habido cambios en cuanto a la relación con los padres que ya no los regañan tanto como antes.

c) Intervenciones terapéuticas

Se les recuerda que solo quedan 6 sesiones y que se espera que puedan asistir a las sesiones que faltan, ellos mencionan que no les gustaría que se termine el grupo.

Les señalo que en ocasiones es difícil tomar decisiones porque se tienen varias posibilidades y que por eso es necesario buscar información y tratar de identificar los sentimientos que nos provoca cada una de ellas para poder decidir de la manera más adecuada.

Hago una reflexión sobre el trabajo que les cuesta comunicarse con los demás y ellos identifican que les preocupa que los miren y cómo los miran, por todas estas experiencias que han vivido de rechazo y porque consideran que no los atienden porque no son buenos.

A las niñas les menciono su comportamiento en relación a los niños y la actitud que toman ante sentirse aisladas.

Sesión Siete

a) Temas Principales

Hablan de las actividades que realizaron durante las vacaciones de semana santa, algunos fueron de paseo y otros se quedaron en casa. Disfrutaban del tiempo que pasan con sus padres y familiares, aunque aún estando juntos pasa que los padres atienden otras cosas y no siempre les dan el tiempo que ellos quisieran.

Hablan de películas y comparten sus gustos por el cine, entre ellos se burlan de los gustos unos de otros. También de manera coincidente hablan de las amenazas no cumplidas por parte de los maestros en relación a la tarea.

b) Dinámica Grupal

Esta sesión se llevó a cabo después de semana santa y se encuentran animados por regresar a las sesiones, sigue la competencia entre géneros, y es difícil que se pongan de acuerdo para elegir un juego en el que participen todos, al final, de manera no hablada todos coinciden; durante el juego sobresalen los comentarios de Jonathan quien solicita ayuda Divina para no perder. En general parece que todos

están preocupados por no perder más que disfrutar el juego y todos compiten de manera aguerrida, incluyen a las terapeutas en el juego, sin embargo su competencia solo es entre ellos. Algunas frases que dijo Jonathan durante el juego que llaman la atención son “Dios mío protégenos”, “¿Por qué tan cruel es la vida?”, “No, ten piedad, no”, esto me hace pensar en la necesidad de una figura protectora que les ayude en situaciones difíciles, en la falta de confianza en sus capacidades para ganar y el depositar en el afuera el poder para lastimarlos o alcanzar su meta.

c) Intervenciones terapéuticas

Básicamente se indagó la identificación con los personajes de las películas que mencionan. Les señalé su dificultad para poder hablar entre ellos y llegar a acuerdos, situación que probablemente también ocurre en su casa y cómo su ansiedad se va elevando cuando creen que van a perder algo.

También les mencioné la forma en que se relacionan con los otros durante el juego y su participación en el mismo, siendo para algunos primordial el no perder y para otros en cambio, pareciera que eso es lo que buscan porque seguramente porque están acostumbrados a que las cosas no les resulten.

Sesión Ocho

a) Temas Principales

En esta sesión surge la preocupación por la próxima terminación del trabajo grupal, situación que parece no gustarles e incluso sugieren que continúe el grupo, pero parece que sólo les interesa que siga porque así se evitan el asistir a la escuela.

Vuelve a aparecer el tema de las diferencias de género y las resultantes por esta situación, comparando las facilidades que tienen unos por pertenecer al género masculino.

Llegan a mencionar que existen enfermedades físicas que incapacitan y que miran en sus familiares, situación que en ocasiones han vivido muy de cerca e incluso han perdido a gente querida. Recuerdan su infancia e identifican momentos que los hicieron felices y otros que no fueron tan gratos.

Hablan de la ayuda que han recibido, sobre todo por parte de sus padres, para poder desarrollarse y crecer “tendiéndonos la mano para ayudarnos”.

b) Dinámica Grupal

Las niñas al inicio de la sesión indagan sobre el número de sesiones que ha asistido cada uno de los niños y parecen sorprenderse ante las faltas de algunos.

Al iniciar el ejercicio, las niñas quieren estar juntas, pero ante demasiada cercanía, Nayelli se separa, muestran cierta renuencia a realizar el ejercicio de relajación y en particular Alan se queja. También hay un desafío hacia mí por parte de las chicas sobre todo de Nayelli, situación que es muy frecuente en su relación con su madre y figuras de autoridad.

Les cuesta trabajo plasmar sus recuerdos en un papel y poder mirar las cosas buenas y malas que han vivido para compartirlas con los otros. Entre sí miran sus trabajos como esperando tener ideas a partir de lo que hacen los demás, a pesar de que el trabajo era muy personal porque era plasmar sus propias vivencias.

Como no terminan al mismo tiempo, sucede que los que ya acabaron continúan agregando detalles a su trabajo en lo que los otros acaban. Las niñas se piden ayuda entre sí para dibujar o incluir algunos elementos a su trabajo. Su atención es un poco dispersa y cuando alguien no quiere comentar nada, los niños como grupo hacen una interpretación de por qué el participante no quiere hablar.

El manejo del tiempo es diferente entre los niños y las niñas. Al ser ellas las que generalmente se tardan más en terminar la actividad, los niños se desesperan y empiezan a atacarlas. También es muy clara la diferencia entre ellos y ellas para relacionarse y establecer contacto físico entre los de su mismo sexo, las niñas comparten más entre ellas y establecen un contacto más cercano.

Respecto al ejercicio de elaborar una línea en el tiempo con los sucesos más importantes en su vida, en Mary Fer y Nayelli se hace mención explícitamente de la figura materna quien estuvo presente desde el nacimiento, Omar pareciera depender de lo que hacen los demás para poder hacer la actividad, Alan parece

estar desconectado al resto del grupo y sigue sin participar mucho, sin embargo se acerca interesado a ver el trabajo de los otros.

Nuevamente aparece en Mary Fer el sentimiento de enojo, la preocupación porque los demás los acepten (Gaby y Omar), la forma de relacionarse con los otros a través de estarlos molestando (Nayelli) y el que al parecer quiere ser atendido al querer pasar desapercibido (Alan).

Me parece que esta preocupación porque los otros los acepten relacionado con su dificultad para expresar lo que sienten y tener amigos les provoca cierto temor a ser “vistos” con sus “defectos” para evitar ser rechazados.

c) Intervenciones terapéuticas

Les señalo que cuando se tiene que trabajar en algunos aspectos que tienen que ver con ellos, normalmente se distraen y no pueden avanzar en su trabajo; les pregunto si esto les pasa frecuentemente, solo se rien.

La CT marca las diferencias que hay entre cada uno, ya que todos son únicos y hacen las cosas a su ritmo y eso debe ser respetado.

Con mención a la “mano que les ayudó” hago una reflexión sobre el deseo que tienen de que alguien los ayude en situaciones difíciles y que en ocasiones se sienten muy solos porque no hay nadie que pueda orientarlos y que a su vez pareciera que no quieren que los miren porque se consideran muy “defectuosos”.

Sesión Nueve

a) Temas Principales

Aparece nuevamente el tema de las enfermedades frecuentes, ya que han estado faltando a las sesiones porque se han enfermado últimamente, también los que faltaron comparten al grupo el motivo que fue por estar en exámenes.

Comentan sobre lo que han escrito en su cuaderno de terapia pero no lo llevan y hablan de sus gustos musicales y nuevamente combaten niños contra niñas para discutir quien escucha al mejor grupo o al mejor intérprete.

Cuando hablan de los eventos difíciles que han tenido que afrontar tocan temas más profundos como los conflictos que hay en casa, el miedo a la separación de los

padres, la tristeza que les da que los de algunos ya estén separados y que ya no cuentan con ambos a su lado.

Mencionan su rechazo a las mentiras de los adultos y que ellos les han transmitido enseñanzas como el hablarle de usted a los mayores por una cuestión de respeto que les gusta seguir.

Por primera vez hablan de la transición de la niñez a la adolescencia y que en ésta se suceden cambios a los que se tienen que ir preparando y lo enlazan con el tema de la normalidad manifestándose un poco preocupados por lo que puede pasar más adelante.

b) Dinámica Grupal

En la espera, se ponen a platicar niñas con niñas y los niños entre ellos, así pareciera que no tienen ningún problema para comunicarse, situación que cambia cuando la comunicación se da entre niños con niñas. Al realizar la actividad de la sesión, los niños vuelven a terminar antes que las niñas y se siguen desesperando por esperarlas.

Cuando ya se está en la parte de comentarios las niñas parecen distraídas pero en cuanto empieza a hablar Jonathan reaccionan y se muestran muy atentas, como si depositaran en él la posibilidad del mesías (Bion, 1959) al cual admiran.

Les cuesta mucho trabajo tocar el tema de los momentos difíciles que han vivido y se tardan en empezar a trabajar; lo mismo sucede al expresar su sentir y comentar al grupo lo que les ha pasado. Ante las situaciones difíciles que comentan algunos los otros se distraen y pareciera que no pueden escuchar eventos que los conectan con momentos que también ellos han vivido y al parecer tratan de evadir los sentimientos que estos sucesos les provocan (sigue presente el supuesto de ataque-fuga).

En esta sesión, de manera espontánea Alan comenta de un señor que hace cosas extrañas por su casa y le llaman el psicópata. Considerando que nunca participa esta intervención suya me hace pensar en la identificación que pueda tener con esta persona considerándose alguien “extraño” al que los demás también

descalifican por su manera “rara” de ser por lo que al igual que el señor de su comentario, se aísla y prefiere realizar sus cosas el solo.

c) Intervenciones terapéuticas

En esta ocasión reflexionamos sobre el tema de lo normal y cómo esto influye para que se actúe de manera determinada, que en ocasiones se espera que ellos respondan de alguna manera y no necesariamente es la que ellos quieren, lo que puede originar problemas que muchas veces pueden mantenerlos con la mente ocupada haciendo que no se puedan concentrar y cumplir con sus tareas; les planteo la importancia de tener claro lo que se piensa y siente para que en función de eso puedan acordar con sus padres el cómo les gustaría que fueran las cosas, reflexionando también en lo que ellos hacen y que provocan que sus padres los regañen o se enojen.

En esta ocasión, la CT les señala a todos los niños que se han visto cambios en su forma de actuar en el grupo y agradece que se hayan compartido momentos difíciles y los otros hayan podido escuchar.

A continuación se presenta una sesión correspondiente a la sesión intermedia del tratamiento.

SESIÓN GRUPAL NO. 8

20 de abril del 2004

A esta sesión faltaron Jonathan y Wendy, ninguno de los dos avisó el motivo de su ausencia.

Al iniciar la sesión, Gaby pregunta en qué número de sesión van, la T les informa que es la octava, pero que no es igual para todos, ya que algunos han faltado a excepción de Alan y Omar. Para Gaby y Mary Fer es la 7, para Nayelli es la 5 (las niñas hacen las cuentas entre ellas para saber a cuántas sesiones han asistido). Gaby comenta que la sesión pasada (semana santa) no asistió porque se quedó dormida, que despertó por la mañana pero pidió “otro ratito” y volvió a despertar ya muy tarde. Nayelli dice que no asistió porque está muy enferma, dice que tiene muy acelerado el corazón y tiene que reposar. La T le pregunta cuáles son los síntomas que tiene por esta enfermedad o qué es lo que le pasa, ella no responde en realidad y dice que esto le pasa porque hace muchos corajes en la mañana porque su primita de 6 años la despierta siempre porque menciona que la tía se levanta muy temprano para desayunar ahí en su casa y que la niña se mete al cuarto y la despierta y le mandaron 4 jarabes.

Antes de iniciar la actividad del día la T les pregunta si saben la razón por la que no han llegado Wendy y Jonathan y se comenta que Jonathan mencionó que en esta semana empezarán sus exámenes. De Wendy no se sabe nada y es la segunda vez de manera seguida que no asiste.

La T plantea que el día de hoy se va a hacer un ejercicio en el que se tienen que poner cómodos y recostarse en el piso, Omar se queja y dice “ay no”, Mary Fer propone recostarse en Nayelli quien le dice “aich” y que Gaby se recueste en ella, Gaby dice si y Nayelli intenta quejarse diciendo que ella es la única que... (no dice más, las tres se acomodan conforme a la idea de Mary Fer), Nayelli estaba recostada completa en el piso, cuando se recargan en ella se endereza y se queda inclina sobre la pared. Omar se acuesta boca abajo y Alan se acomoda en el cojín completamente estirado. Gaby no suelta su bolsa y dice que por su falda con la bolsa se tapa las piernas, Omar se endereza, Gaby dice “se quitan las gorras”.

Se les informa que se va a poner música, y que se les va a ir hablando que por favor cierren los ojos, ellas no quieren cerrar los ojos, la T les dice que si no quieren cerrarlos está bien, cuando se pone la música, Alan dice “no música suave no”, Omar se volteó boca abajo y dice “ay”.

Nayelli se zafa de la cadena y se recarga en el colchón. Se les pide que dejen de hablar y traten de concentrarse. Las tres cuchichean y Nayelli distrae a Gaby, quien tiene las manos en la cara y aparentemente está concentrada, la CT le llama la atención a Nayelli y no le hace caso ya que se sigue distrayendo. La T les dice que si no quieren hacer el ejercicio está bien pero que no distraigan a los otros. Mary Fer ya tenía los ojos cerrados. Omar empieza a rodar sobre el cojín y Alan se queda recostado aparentemente muy tranquilo.

Se les pide que respiren profundamente y que sientan cómo el aire entra por su cuerpo, se les pide que se imaginen cada parte de su cuerpo (Nayelli intenta distraer a Mary Fer), se les va indicando cada parte del cuerpo para que la sientan. Omar se sale del cojín y lo pone encima de su cabeza. Nayelli sigue distrayendo a Mary Fer quien se voltea y no le hace caso.

Se hace un ejercicio de imaginación para que recuerden a través del tiempo desde el momento de su nacimiento hasta el día de hoy, qué cosas les han pasado, qué cosas recuerdan con mucho gusto, qué otras cosas les han dolido.

Omar sigue moviéndose, Alan, Mary Fer y Gaby tranquilos, Nayelli se muestra inquieta. Al finalizar se les pide que las imágenes que recordaron las plasmen en el papel que se les va a entregar.

Omar se cubre completamente con el cojín, se les da un tiempo para que sigan recostados. Omar sigue debajo del cojín cuando los demás ya se incorporaron, saca la mano entre el cojín y acerca su hoja de papel hacia él (como cubriéndose). Gaby y Alan platican de algo. Omar sale del cojín y se estira diciendo que estaba durmiendo. Ninguno empieza a hacer nada solo miran el papel, Mary Fer con el dedo traza una línea imaginaria en medio de la hoja.

Mary Fer se pone a trabajar. Omar también. Alan mira a los demás y a su papel en blanco, juega con su mano derecha haciendo movimientos circulares, Gaby y Nayelli trabajan. La T les da un tiempo para trabajar. Doblan sus hojas y Mary Fer es la única que aparentemente no mira el trabajo de los demás. Alan se pone a jugar con un plumón. Mary Fer jala las crayolas y se le caen de la caja y se dice tonta, Gaby le pide un lápiz que está ocupando a Nayelli y le pregunta por su otro nombre (Yuricxi), ella no le quiere decir (pareciera que no le gusta). Alan pregunta si dibuja todo lo que se imaginaron.

Omar se agarra los tenis, se tira al cojín. Alan se acerca a Omar y le pide un plumón que necesita y regresa a su lugar balanceándose. Omar bosteza. Cada uno trabaja en silencio y Mary Fer dice en voz alta “ya”, voltea a ver el trabajo de los demás y vuelve a repetir ya. Le pide a Gaby un lápiz y sigue dibujando.

Nayelli distrae a Mary Fer, le pide que le haga un dibujo en su trabajo, Gaby detiene su trabajo y las observa, terminan y siguen trabajando. Después de un rato, Gaby le pide a Mary Fer que también le haga un dibujo en su trabajo (le piden que haga a un bebé).

Mary Fer se acerca a ver el trabajo de Nayelli y el de Gaby. Pasa un rato y Gaby le vuelve a pedir a Mary Fer que le añada un detalle a su dibujo. Gaby parece no inspirarse. Alan termina y se tira en el cojín como para dormirse. Nayelli se separa un poco del grupo.

Se les pregunta cómo van y Gaby dice “yo todavía no hago nada”. Alan y Omar dicen que ya terminaron. Omar intenta quitarse la pintura de las manos. Mary Fer se acerca a hacerle otro dibujo a Gaby.

Omar que ya había dejado de dibujar toma el plumón para agregar detalles en lo que las chicas siguen trabajado, termina y se sienta en el cojín observando a Mary Fer y a Gaby. Alan sigue tumbado en el cojín. Se oyen las voces de unos niños que pasan junto al salón en donde estamos trabajando y Alan se ríe, Omar para la oreja intentando escuchar de qué hablan. Gaby y Mary Fer se ponen a platicar, Nayelli se acerca hasta este momento. Omar toma la botella de agua que quedó coloreada y dice agua de jamaica y Alan le dice como de tamarindo, no?. Omar se la pasa a Alan, la toma, la mira. Gaby pregunta si no importa que no colorean su trabajo, la T les dice que es como quieran.

Gaby empieza a hablar y se acercan Omar y Alan a ver lo que pone en su papel. Gaby le pregunta cuántos años tiene a Fer, a Alan le dice si tiene 10 él mueve la cabeza pero en realidad no responde y le dice ella 11 y él mueve la cabeza de la misma manera, le pregunta a Omar y él dice que tiene 11 a lo que ella le comenta que se ve como de unos 9 y a Nayelli le dice que se ve como de unos 11 y Gaby menciona que el más grande es Jonathan. Se les señala que si no se distrajeran tanto quizás podrían avanzar en su trabajo que si eso les pasa frecuentemente, sólo se ríen y continúan trabajando.

Nayelli acaba y se acerca a ellas, Omar y Alan siguen jugando con la botella de agua y Alan le dice es de tamarindo con jamaica. Mary Fer extiende su trabajo y se lo enseña a Gaby pero como tapa lo que ella está haciendo en su trabajo le pide que lo quite. Alan y Omar se ven inquietos, Alan se vuelve a recostar en el cojín. Mary Fer cuidadosamente dobla su hoja por cada año que dibujó. Omar juega con la botella de agua. Alan les dice que a ver si ya se apuran y se tapa la cara con la gorra (cuando dice algo frecuentemente lo dice entre dientes como si no quisiera que notaran que es él quien lo dijo), Omar pregunta quién falta. Gaby trata de llenar todos los años con algo aunque no recuerde nada, se pregunta en voz alta qué hice a los 10 años.

La CT pregunta si alguien falta, Gaby pregunta por la T, Nayelli le enseña algo que trae a Gaby. Alan se acerca a Omar, le toma la botella, Omar toma la gorra de Alan, se la pone y Alan parece no mirarlo, Omar se quita la gorra, se la enseña y se la devuelve a Alan, Nayelli se acerca a ver el trabajo de Gaby. Mary Fer dice ya acabé en voz baja y dice “no se doblar”. La CT les pregunta si ya acabaron todos, Nayelli dice bla bla bla (señalando el dibujo de Gaby), todos miran lo que hace Gaby en su dibujo. Dice que hablaba mucho en esa edad. La CT les pregunta cómo se sintieron trabajando. Gaby dice padre, Nayelli dice bien, tranquila, Omar dice “algunos se tardaron” la CT dice que cada quien tiene una forma diferente de trabajar que hay que respetar; le pregunta a Nayelli si se sintió bien, no le contesta y se cambia de lugar.

Gaby dice que ella escucha música cuando hace su tarea o se pone a cantar. Nayelli dice que se sintió tranquila con la música. Omar dice que es por los recuerdos, la CT le pregunta si eso fue lo que hizo que se sintieran bien. Nayelli le pide a Mary Fer que se siente a un lado quedando ella en medio, Omar se acerca a la cámara y enseña la botella, Mary Fer dice ya acabé y luego dice no. Omar

pregunta si lo van a enseñar, la T les pregunta si les gustó el ejercicio y Gaby dice que es más bonito dibujar que echar relajo que le gustó dibujar porque en la secundaria tiene que decir que taller quiere, y que tiene una miss a la que no le pidieron que llevara dibujo en su escuela y que ahora hace sus dibujos y unos ángeles y parecen diablos, es que la areola, Mari Fer levanta la cara y pregunta ¿ariola?, Gaby voltea a verla feo y Mary Fer dice “tengo una amiga que se llama Ariola”.

La T pregunta si quieren decir algo más del ejercicio. Nayelli sigue pintando, nadie contesta. La T pregunta cómo se sintieron, Omar dice que recordó cuando era niño y cuando era grande, la T le señala que se movía mucho y él dice que se movió porque el cojín lo molestaba, se le pregunta si no pensó en dejar a un lado el cojín para que no lo molestara y el dice que quería estar con él, sin parecer que se diera cuenta de la contradicción.

Alan comenta que se sintió bien con el ejercicio. Nayelli toma la agenda de Gaby, Nayelli y Gaby dicen que estuvieron bien, a Mary Fer se le comenta que tenía cerrados los ojos y luego los abrió, ella dice que fue mejor con los ojos abiertos. Gaby empieza a recoger los plumones. Mary Fer dice que no le gusta cerrar los ojos, se le pregunta por qué será, ella no contesta, la T le pregunta si piensa que algo va a pasar y no va a ver, ella asiente ligeramente con la cabeza pero no dice nada.

Gaby dice que no cerró los ojos porque le daría flojera. Se les preguntó cómo se sintieron de recordar hacia atrás. Nayelli dice que pudo verse de bebida. Gaby dice más o menos. La T pide que compartan el dibujo y Nayelli dice que no, Omar dice que al último pasa. Se les pide que enseñen los dibujos. Gaby dice por número de lista, empiezan a decir su número. Alan no hace ni dice nada. Nadie quiere compartir, la T dice que quien quiera puede decir algo o decir qué momento recordaron más claramente o si hubo algún momento que los hizo sentir algo.

Omar interrumpe diciendo que no. Se tapa la cara. Alan se tumba en el cojín. No quieren compartir nada de su vida?, la T dice que llama la atención que Mary Fer se convirtió en la pintora de la vida de las otras, ellas dicen que no, que solo fue un dibujito, cada una señala lo que le hizo Mary Fer, se les pregunta si ellas no podrían, Gaby dijo que de tanto que lo trató nunca pudo.

La T les preguntó si a veces les gustaría que alguien les ayude con las cosas que no pueden, porque a veces hay cosas difíciles de sobrellevar y a veces necesitamos que alguien nos eche la mano. Nadie contesta ni dice nada (las niñas ponen atención, los niños parecen indiferentes).

La T pregunta qué momento ha sido el más importante para cada uno, el que más les gustó recordar, Nayelli señala a Omar para que empiece. Nadie contesta, la T pregunta si no tuvieron ningún momento lindo. Mary Fer dice que cuando tenía 7 años estuvo en una obra, que se cayó el escenario, ellos estaban adelante y atrás se cayó una cortina, sin heridos; la T le pregunta que es lo que hacía importante a este recuerdo y ella dice que por gracioso. Omar interrumpe nuevamente y dice que está en un desfile, con sus compañeras refiriéndose al dibujo de Mary Fer.

Qué otros momentos les parecen importantes pregunta la T. Nadie contesta. A Gaby le pregunta qué significa una s que puso en el dibujo y dice que super que hoy, esta época ha sido super porque tiene muchos amigos, en su dibujo incluye a la maestra que dibujaba medio raro. El bla bla, representa que a partir de los 8 años le gustaba mucho estar platicando.

Se le pide a Alan que hable sobre su dibujo, la T le pregunta si lo que dibujó es algo que representa lo que vivió o se lo imaginó, él dice que se lo imaginó (él se encuentra tirado en el piso jugando con su gorra y desde ahí habla de su dibujo). Se le pregunta sobre el barco, Omar menciona que a algunos barcos le ponen una calavera en sus barcos, se le pide a Omar que deje que Alan diga. Se le pregunta

sobre el dibujo, quién es el que va en el barco y hacia dónde va, Alan dice no sé. Se le pregunta que es lo que dibujó, Omar dice que son focas, Gaby dice que son tortugas, Alan dice que son pulpos (Nayelli se haya enseñando sus dibujos a Fer, luego se acercan a ver). Alan dice que también hay focas, se le pregunta a Alan cómo se sienten esos animales y dice no sé. La T le pregunta cómo se sintió al imaginar lo que ha vivido desde que nació y dice nada, se les pregunta que es lo que tiene que ver su dibujo con su nacimiento y su crecimiento y él dice que nada.

Se le pregunta a Omar, Alan se endereza a ver el dibujo de Omar, Gaby también se acerca y Mary Fer y Nayelli (esta última se recarga en Fernanda) ponen atención al dibujo.

La T le pregunta qué dibujó, él responde que los últimos años, cuando estaba bebé, se le señala que el bebé que dibuja parece como si estuviera encerrado, él dice que trató de ponerle como ella, (como Fer), es una cobija que envuelve a bebé, y a los once años, lo dividí porque no me alcanzaba la hoja; la T le pregunta sobre la línea que pone y él dice que es para separar los últimos años de los otros. Se le pregunta que para él qué momento ha sido el que mejor recordó y dice que ahora a los once años porque ya va a la escuela y antes no tenía muchos amigos y ahora si, se queda callado y la T le pregunta si quiere decir algo más sobre sus dibujos, él dice que no.

Se le pide a Mary Fer que explique más de su dibujo y Nayelli toma el suyo y lo tiene en sus piernas. La T le pregunta sobre el tache que puso en una escuela y ella dice que significa que se cambió de escuela, que a la que iba estaba chiquita y no le gustaba.

La T le señala que todos sus dibujos tienen cara a excepción de uno y ella dice que lo que pasa es que está volteando hacia atrás, que no sabe dibujar. En todos sus dibujos aparece el cabello largo y se le pregunta sobre su cabellera y dice que a ella le gusta largo pero que su mamá decidió cortárselo.

La T le pregunta qué recuerdo fue el que más le gustó. Ella responde que cuando caminó, como a los dos años, menciona que dibujó las manos de su mamá que le está ayudando a caminar. Se le pregunta cómo se sentía y dice que bien porque ya quería aprender a caminar, “me iba a la tienda y una vez me salí de la casa y mi mamá me fue a buscar”, y una vez me salí y estaba enojada y no quería que me encontrara mi mamá porque no me había comprado algo tenía como 3 años y medio más o menos. La T le pregunta si esto de que se enoje le pasa ahora, y ella dice que no ya casi no.

Nayelli enseña su dibujo porque se le pide, Mary Fer abraza a Gaby, su momento más bonito fue su bautizo, de los cuatro se saltó a los siete, a los 8 hice una obra de teatro y mi mamá me compró un pantalón muy bonito”. A los 9 años me celebraron mi cumpleaños y fue la primera vez que fueron todos. Dibuja a la mamá embarazada de ella y menciona que también le gustó mucho la obra que hizo en la escuela.

La T les pregunta cómo se sintieron de haber dibujado algo de su vida y si les hizo descubrir algo. Omar dice que pudo recordar que antes no podía platicar ni hablar y que no tenía amigos (repetiendo lo que ya había dicho).

La T pregunta qué más recordaron y nadie contesta nada. Como se había llegado la hora de finalizar, se les pidió que trataran de pensar en esos momentos que habían recordado y que la próxima semana seguirían platicando de esto.

FASE FINAL (Sesiones de la 10 a la 12)

En esta fase se observaron las reacciones de los niños ante la próxima despedida, mostrándose ansiosos y un poco agresivos, evitando hablar de la desintegración del grupo de trabajo, solicitando también que se tuvieran más sesiones, ya que algunos deseaban continuar trabajando situaciones difíciles en terapia pero que les gustaría permanecer con los mismos compañeros, ya que ya se conocían y habían platicado de cosas importantes y en otro espacio sería como empezar de nuevo y que eso no les gustaría tanto.

Pudieron darse cuenta de que existen algunas situaciones que les molestan, que los entristecen y los enojan y aunque no se logró que asociaran su conducta con el temor a ser rechazados y estar solos, escucharon con atención y desde mi punto de vista lograron iniciar un proceso de autoconocimiento y de los demás para mejorar sus relaciones interpersonales y su manera de mirar las cosas.

Sesión Diez**a) Temas Principales**

Al hablar nuevamente de la aproximación del término del trabajo grupal los niños vuelven a mencionar que la terapia les sirve de escape para no ir a la escuela o para ir la mitad del tiempo y pareciera que hay una queja, porque tienen que hacer en menor tiempo lo que sus compañeros hicieron en todo el día, que al reflejárselas se contradicen diciendo que no importa porque les gusta estar en el grupo; como una defensa ante la pronta despedida y la tristeza que esto puede causarles.

En el ejercicio que se realiza logran identificar sentimientos que han vivido como miedo, tristeza, felicidad, angustia, soledad, coraje, aburrimiento, alegría, enfado y mencionan algunas de las formas en como le hacen frente a estos sentimientos como el no hablar, el preocuparse, tener síntomas físicos como dolor de estómago o ponerse morada ante el coraje o patear sus cosas como un balón o la mochila.

b) Dinámica Grupal

En esta sesión estuvieron bastante dispersos, nuevamente el supuesto básico de ataque prevaleció, ya que ante la participación de los otros o no atendían, o se distraían y se oponían a trabajar. Jonathan se la pasa jugando aparte sin poner atención. Las niñas se acercan para trabajar y comentar entre ellas. Alan sigue aislado.

Cuando se intento hacer un análisis sobre el trabajo grupal realizado hasta ese momento y de su sentir a lo largo del proceso, todos ponen atención aunque sólo se ríen y guardan silencio, por lo que les señalo su reacción y les planteo si tendrá que ver este silencio con su temor a ser olvidados o “no atendidos” por parte de las terapeutas ahora que pronto se terminará el grupo y que seguramente viven como pérdida que probablemente ya no se verán entre ellos. Ellos hablan de sentirse tristes porque pronto se terminará el grupo pero expresan alegría porque conocieron nuevos amigos y que dependerá de ellos si siguen hablándose.

c) Intervenciones terapéuticas

Les planteo a los niños que probablemente su inquietud se deba a que sólo quedan dos sesiones y en realidad no quieren despedirse y que como en muchas otras situaciones difíciles de manejar o que les produce ansiedad, intentan atacar a quienes no los dejan hacer lo que quieren (continuar el grupo) y empiezan a distraerse porque pareciera que quieren evitar el sentirse mal o tristes por la pérdida. Que es parecido a lo que pasa con sus mamás a las que dicen que si escuchan pero no les gusta hacerles caso y pareciera que buscan que los regañen; o están buscando la atención que creen que no les dan.

También les señalo que a veces se sienten enojados y que al no tener una manera adecuada de sacar su coraje pueden hasta hacerse daño, proponiéndoles que se busquen nuevas formas de comunicar lo que sienten.

Sesión Once

a) Temas Principales

Este día hablan nuevamente sobre el tema del sentirse desatendidos relacionándolo con el ser invisibles para los otros, estar de adorno o sentir que no existen. Aunado

a esto mencionan que no es la misma atención que se les brinda a todos los miembros de la familia, quejándose nuevamente de los hermanos a quienes les dedican más tiempo y cuidados.

También se habla del miedo que surge ante los pleitos familiares y que en ocasiones quisieran hacer algo para evitar que se peleen los adultos pero que es muy difícil porque a veces se mezcla el alcohol u otros factores que hacen más difícil la situación.

En contraposición a lo que primero hablan de la desatención, un tema que no había surgido en las sesiones anteriores fue la persecución de los padres, refiriéndose a que muchas veces los papás, sobre todo las mamás, parece que quieren estar atrás de ellos para saber todo lo que hacen o piensan y no los dejan libremente hacer o decidir; lo que suele causarles enojo e inseguridad porque dudan si lo que hacen está bien, si la sobreprotección es porque creen que ellos solos no pueden cuidarse.

b) Dinámica Grupal

Antes de que el grupo esté completo, sucede que Alan y Omar se ocupan individualmente y no hablan entre sí, llegan las niñas de manera ruidosa haciendo notar su presencia y quejándose entre ellas de lo que habían hecho unos minutos antes; se sientan juntas y no ponen mucha atención a lo que hacían sus compañeros, cuando llega Jonathan después de ellas le reclaman que no llegara a tiempo. No se escuchan entre sí y Gaby y Fer por su cuenta hablan; Fer le señala a Gaby que hay alguien participando; cuando Jonathan habla ahora no le hacen caso y quieren intervenir en la discusión buscando interrumpirlo.

Cuando se retoma el tema de que si no los atienden no son nada, todos guardan silencio, después de un breve momento, Mary Fer dice que los hacen “puck”, les señalo que ellos tampoco atienden a las terapeutas y les pregunto si será como cuando a ellos no les hacen caso. Para evadir el tema que se está trabajando empiezan a hablar de otra cosa.

c) Intervenciones terapéuticas

Les planteo que parece que no atienden a las terapeutas como quizás lo hacen con sus padres y que ellos quieren ser atendidos y no es recíproco, que además entre ellos no se escuchan y suelen estar acusándose unos a otros. Les pregunto si es como un juego el hacerse el desentendido cuando se les trata de cuestionar sobre su conducta.

Les señalo que en ocasiones ellos toleran muchas cosas que les hacen con tal de sentir que existen y que los miren, pero que ellos no se observan a si mismos en su actuar, su sentir y su pensar, que quizás las ideas que tienen sobre ellos mismos y su valor hace que en ocasiones no quieran hablar.

Considerando la intervención de Wendy les señalo que pueden tener también muy buenas intenciones de ayudar o tratar de impedir los pleitos que se dan entre sus familiares adultos, pero que ellos en realidad no pueden hacer mucho y que es necesario que se protejan porque pueden terminar en situaciones de riesgo (estar en medio de un pleito de dos adultos alcohólicos).

Sesión Doce

a) Temas Principales

Esta sesión principalmente fue para hacer una evaluación del proceso que vivieron los niños en el grupo y si ellos consideraban que había algún cambio de cuando llegaron al día de hoy. Las terapeutas les señalaron al final, las cosas que veían distintas en cada uno y las que consideraban que tenían que trabajar.

b) Dinámica Grupal

La ansiedad generada en esta última sesión es evidente, los niños se encuentran dispersos, se mueven de un lado a otro y durante la observación del video en que se transmitieron las imágenes de fragmentos de las sesiones del grupo se comentan cosas entre ellos que no comparten al grupo.

Cada que aparece alguno en la escena, los otros le dicen miren a..., por momentos se ríen, en otros se tornan serios, hacen comentarios de si mismos y de los otros.

A pesar de no querer ver el video, cuando finaliza dicen que aún falta y no quieren comentar sobre lo que vieron y sintieron; las niñas se ponen a dar sus teléfonos, los niños no se comunican entre ellos hasta después de un momento.

Como trabajo, se les pide que en un dibujo expresen si quieren dejarle algo al grupo y cada uno trabaja por su cuenta, sólo Alan menciona que él no quiere dejar nada pero al final trabaja. Hablan de varios temas como las diferencias en los roles de género, siendo la postura de Jonathan tradicional y las niñas no están de acuerdo y creen que ellas también pueden hacer muchas cosas al igual que los niños. Los niños se secretean cuando se toca el punto de las diferencias de género y consideran que ellos no deben hacer cosas de niñas.

Parece que les es difícil expresar el malestar que sienten por una despedida que seguramente los conecta con otras despedidas importantes de su niñez.

c) Intervenciones terapéuticas

Les señalo que ellos rechazan algo que habían pedido que era verse en el video, que parece que no están acostumbrados a darse cuenta de las cosas que a veces hacen. Retomando lo observado en el video les comento que siempre establecieron bandos entre niños y niñas pero que a pesar de ello como grupo siempre preguntaban si alguien no asistía o se preocupaban por lo que les sucedía a los demás, logrando escucharse unos a otros a pesar de la ansiedad que podía producirles algún tema en particular. Les recalco que aún hay situaciones difíciles por hablar y resolver que ya no se trabajaron debido a que era un trabajo breve el del grupo y se les invitó a continuar en terapia, sólo que algunos opinaron que sería complicado asistir porque entrando a la secundaria sería más difícil que los dejaran salir.

Se les dio una retroalimentación individual a partir del trabajo observado a lo largo de todas las sesiones tomando en cuenta lo que también acababan de ver en el video y a cada uno se le escribió una frase en su cuaderno que hacía referencia a su personalidad y sus fortalezas.

A continuación se incluye la última sesión de la fase final, en la cual se hace el cierre del grupo.

Sesión no. 12

Fecha: 18 de mayo del 2004

A esta sesión se presentan todos los niños, llegan primero las niñas y entran después Alan y Jonathan, Alan viene peinado de manera diferente. Las niñas están anotando teléfonos en el celular de Mary Fer. Omar está cerca de ellas mirando su agenda. Intercambiando entre ellas sus números telefónicos. El último en entrar es nuevamente Jonathan quien es recibido por quejas de sus compañeras por su tardanza.

La T les pregunta cómo están y las niñas contestan que bien y Omar dice muy mal, la T le pregunta a Omar por qué muy mal y él mueve la cabeza negativamente sin decir nada, se le pregunta si no quiere comentar a que se refería y sólo sigue moviendo la cabeza, Jonathan pregunta de qué es la película al ver la televisión y la video en el salón, Gaby le dice “de nosotros” y Jonathan dice “ah, entonces no la quiero ver”; Nayelli dice que a lo mejor él pensó que era una película de caricaturas u otra. Jonathan dice que se va a aburrir, la T les comenta que sólo son pedazos de las sesiones que tuvieron que no es todo el tiempo porque si no no acabarían, Gaby comenta que Omar no la deja ver nada ya que ella y Wendy están boca abajo en el cojín y Omar enfrente de ellas, él se hace a un lado para dejarlas ver.

Se les dice que es la última sesión que van a trabajar y Mary Fer hace un gemido y Gaby pregunta qué, vamos a trabajar?; la T le pregunta si no tiene ganas de trabajar y ella dice que qué aburrido. La T les pide que se observen en los videos y que al final vamos a comentar sobre lo que vean. Al empezar el video inmediatamente se oyen comentarios, Jonathan dice que en la primera él no va a aparecer porque no estuvo, las niñas comentan entre sí algo que no alcanzamos a escuchar, se ríen al verse; las niñas y Omar se tiran boca abajo en los cojines y recargan su cabeza en una mano. Jonathan y Alan están de espaldas acostados los dos con la misma posición. Entre ellos se hacen comentarios, las niñas se acercan a escucharlos, Gaby se dirige a Jonathan a señas y le habla en voz baja. Fer sonríe mucho, Gaby le secretea algo a Omar.

Cuando termina la proyección preguntan si ya se acabó, se les dice que sí, que si no se acuerdan que lo último que vieron fue lo que trabajaron la sesión pasada, ellos dicen que no se acuerdan y Mary Fer dice que no salió el puck y vuelve a hacer el gemido, Gaby le dice que parece foca.

La T les pregunta si les gustó el video y verse en él, todos dicen que sí y les recuerda que ellos habían pedido verse, Mary Fer dice que no recuerda cuando dijeron eso y la T les comenta que parece que ahora que se les daba algo que querían lo rechazaban, solo sonrieron, Jonathan dice que ya se habían arrepentido, que a él le pasa siempre, que por ejemplo si ve dos juguetes y decide comprar uno después se arrepiente y dice que mejor hubiera comprado el que no escogió, la T le pregunta si hay algunas otras cosas por las que se arrepienta él dice que cuando las cosas le salen mal. Mary Fer hace mención que una vez fue a los Dinamos y le preguntaron si quería irse con otro grupo de los boy scouts con los que iba y ella decidió quedarse y luego se arrepintió porque el otro grupo tuvo otras actividades en las que le hubiera gustado participar; la T comenta que a veces hay que tomar decisiones y que parece que no siempre es la más adecuada pero que también en otras no se considera que la decisión que se toma también les da algunas cosas.

La T les pregunta que otras cosas descubrieron de ellos y dicen que nada, les pregunta si el tiempo que estuvieron asistiendo al grupo les dejó algo, todos se quedan callados, Nayelli de repente sonríe, se guarda un momento silencio la T pregunta si se ven diferentes ahora de cómo llegaron la primera vez. Nayelli asiente con la cabeza pero no dice nada, la T les pide que opinen tanto de ellos como de sus compañeros.

Mary Fer dice que ella ríe más ahora, los demás no dicen nada. Como observación se les dice que casi siempre se sentaron juntos los niños y juntas las niñas como si hicieran bandos que incluso para pelear permanecían unidos así, Omar dice fue horrible, se le pregunta qué fue horrible y no dice nada. La T les pregunta que a que se deberá esto, si tendrá que ver con que los niños y las niñas son diferentes, Jonathan dice que sí y al preguntarle en qué son diferentes él dice que “los niños son niños y las niñas son niñas” lo que provoca que el grupo se ría. Después responde que las niñas dan cachetadas y los niños golpes, los niños saben jugar fútbol mejor, las niñas dicen que no es cierto, que además los niños no saben jugar a las barbies, también mencionan las diferencias en cuanto al vestido y el cabello. Cuando mencionan lo de las barbies Jonathan hace una expresión de aich cómo van a jugar con muñecas y Fernanda comenta que un amigo de ella juega a las barbies y está bien y él hace gestos con la cara y le secretea algo a Alan, la T le pregunta qué pasaría si un niño juega con barbies, hace como que no oye y dice qué qué, y le señalamos que ya está como Alan secreteando y dice que ya aprendió de él. Omar dice que seguramente Jonathan por penoso no quiere decir lo que le contó a Alan.

La T les pide que hagan un dibujo en el que puedan expresar qué les deja el venir a estas sesiones y si les gustaría dejar algo aquí. Todos a excepción de Gaby se ponen a trabajar, durante el tiempo que la pasaron dibujando Gaby se la pasó hablándole a cada uno de ellos e interrumpiéndolos. Wendy está muy callada, Alan pregunta qué van hacer, cuando las terapeutas se voltean él dice que él no quiere dejar nada. Jonathan dice también sin que aparentemente lo oigan las terapeutas que a él le gustaría “dejar su presencia”.

Al estar dibujando Wendy tira agua sin querer en la alfombra y salpica su dibujo, Nayelli le dice con cierto tono dulce “Ay, Wendy”, esta vez Nayelli trabaja y solo se distrae cuando Gaby le habla y cuando ella ya terminó y los demás continúan. Los comentarios son respecto a cosas que hacen o ven, si la gente que entró a Big Brother les cae bien, que si Gaby compró algunas cosas y pegó en su agenda el ticket.

Cuando la T les pregunta si ya van a terminar los que faltan, Alan voltea hacia la cámara y le dice y tú que me ves, si tú, todos se carcajean y Alan dice es que me está viendo. Siguen hablando y el tema ahora son los reyes magos, que ya saben que son los papás, se dan cuenta que Omar no lo sabía, y aún así siguen comentando, Jonathan incluso le dice a gaby que no manche que él desde los 5 años ya lo sabía y ella se tardó hasta los 9 años.

Al presentar su dibujo Alan dice que lo que quiere dejar es felicidad y así lo representa en sus árboles, se le pregunta que aprendió y dice que nada. Jonathan dice que va a dejar un árbol que es primavera-otoño porque tiene hojas caídas, al estar hablando Gaby interrumpe por lo que la T le pide que escuchemos a Jonathan. La T le pregunta a Jonathan si las hojas caídas representarían algo, él dice que es lo malo que ha dejado atrás y se le pregunta qué ha dejado atrás y él dice que no sabe pero que le agradece más a su mamá. Wendy se ríe y se agacha, dice que se le cayó el agua y manchó su dibujo y que no quiere enseñarlo, se le pide que hable de lo que hizo aunque no lo enseñe y guarda silencio, pasa un rato y la T le pregunta a Mary Fer y dice que deja amistad y cariño, que antes era tímida y ya no. Gaby sigue dibujando. Jonathan dice que se va de aquí aprendiendo a obedecerle más a su mamá. Se les pide a los 3 que faltan que comenten, Gaby dice que no sabía que hacer y que dibujó una playa porque le gusta mucho al igual que le gusta mucho venir aquí, y que ahora platica más con sus amigas y se lleva mejor. Nayelli dice que como que quiere dejar paz aquí y eso pintó en su dibujo. Omar dice que dibujó la tierra y el pasto pero no dice que tiene que ver con lo que deja al grupo.

La T les pide su atención y les agradece que hayan participado en el grupo, que entiende que hay situaciones difíciles que quizás no se pudieron hablar y que quisiera saber si a ellos les gustaría

continuar trabajando en terapia teniendo un espacio para ellos. Jonathan dice que no porque ahora que entre a la secundaria va a ser diferente, Gaby lo secunda y dice que es verdad porque ahora no pueden faltar y que la secundaria a la que ella quiere ir a las tres faltas los dan de baja. Mary Fer dice que a ella le gustaría seguir en el grupo con los mismos personajes de la historia y todos están de acuerdo con ella.

Las T les dice que se buscarán opciones para que ellos puedan continuar y que ahora le gustaría decir a cada uno lo que las terapeutas observaron. Menciona que es un grupo lindo en donde ya incluso se hablan con claves que solo ellos conocen y cada uno trabajó muy bien.

Empieza con Nayelli, la T le señala que parece que para ella es difícil relacionarse con los demás, a lo mejor tiene que ver con el cómo ha vivido en su casa y que es mucho el tiempo que pasa a solas, su mamá trabaja mucho, sus tías y abuelita a veces discuten y quizás eso sea parte del por qué pareciera que para ella no es importante escuchar a los otros y que es necesario llamar la atención, la CT le dice que es una niña con muchas capacidades y que sería necesario tener un espacio para que ella pudiera expresar todo lo que le molesta que parece que normalmente se lo guarda y que acaba por explotar y que está segura que se pueden hacer muchas cosas al respecto. Cuando se le está hablando Gaby le da la mano.

A Omar se le dice, a nosotras nos parece que hay algo en ti que siempre te está exigiendo, parece que te cuesta trabajo comprender algunas cosas y tu te exiges tanto que incluso golpeas tu cabeza, quizás como tratando de hacerla funcionar más rápido, así como se le da golpecitos a una televisión, que quizás tenga que ver con estas burlas de las que ha hablado y que seguramente también le da temor expresar lo que piensa por lo mismo; él comenta además que se siente triste porque el grupo termina y a él le gustaba venir.

A Jonathan, lo que hemos visto en ti es que tienes mucha capacidad y que eres un niño listo, él dice que no lo cree, también se le menciona que parece que se exige demasiado y que también quiere exigirle mucho a los demás y a veces pareciera que no comprende que no todos pueden lograr lo mismo. También se le señala que seguramente es difícil mantenerse como el niño casi perfecto que quiere ser porque debe ser muy desgastante y él parece que no se da cuenta que los demás lo aceptan y lo admiran. Que quizás sus papás sean los que más le exigen y quizás por eso los juguetes le hablan porque quisiera regresar al tiempo en que era más niño y no le exigían tanto como lo comentó alguna vez y él dice que tiene cierta lógica lo que se le dice.

A Wendy, la T le dice que la ve diferente de cuando llegó, que era más notoria su inquietud y nerviosismo y hoy se ve un poco más tranquila, que al principio se apartaba de los demás del grupo y que hoy se ha logrado integrar muy bien y que además se ha atrevido a comentar situaciones muy difíciles que ha vivido, siendo eso muy valiente de su parte y que quizás pueda seguir trabajando respecto a sus temores, que también puede que tengan que ver con las cosas que pasan en su casa. Ella también dice que se siente triste porque se acaba el grupo y ya no va a estar con nosotras y los demás.

A Mary Fer, ya habíamos comentado contigo algunas cosas en relación a ser atendida y ser querida, nos parece que tu misma a veces descalificas las cosas que dices como si no fueran tan importantes ya que al preguntarte algunas veces decías que era broma o que no habías dicho nada. También se le menciona que es importante trabajar esta parte de ser aceptada por los demás y que para ella implica aceptar cosas que incluso pueden hacerle daño y la parte en que exige a los demás cosas para sentir que puede existir. Se le pregunta cómo se siente porque además se ha puesto roja y dice que nada y que no sabe por qué se pone roja.

A Gaby, se le comenta que su participación en el grupo cambió que al principio hablaba un poco más de ella y que últimamente se distraía mucho y distraía a los demás y que parecía que no quería tocar temas que para ella estaban siendo dolorosos y difíciles y que eso era entendible, que nos parecía que el motivo de la distracción y de mantener su mente ocupada eran los problemas que tienen sus padres y que eso era una parte que a lo mejor no quería tocar y olvidarse de ella, que sería conveniente que esto lo trabajara posteriormente. Se le señala que además es amigable que logró que todo el grupo se acercara a ella.

A Alan, se le dice que también se le ve diferente, ya que antes incluso hasta se balanceaba cuando se le preguntaba algo, no volteaba y que ahora a pesar de que sigue sin hablar mucho, con sus compañeros se comunica un poco más, que su apariencia también cambió y que también hubo ocasiones en las que se animó a participar. Que no nos queda claro si él considera que antes de que se burlen de él, él intenta hacer reír a los otros porque normalmente eso pasaba. No dice nada y se queda serio como acostumbraba.

Jonathan muestra su dibujo que hizo mientras se hablaba con los demás, elaboró un cazador de monstruos, la T le dice que su dibujo le hizo pensar que cada uno de ellos era un cazador de monstruos porque cada uno tiene quizás un miedo o cosas difíciles por resolver y que están luchando contra ello. Los niños sonríen y Jonathan pide llevarse su dibujo a lo que la T le responde que está bien.

Se les pregunta si quieren decir algo al grupo o algo más y nadie dice nada, se les entrega una frase a cada uno y se les dice que hay que ponerse de acuerdo con sus papás para el convivio.

La frase que se le entregó a cada uno fue:

Omar. Aunque las cosas sean difíciles no dejes de intentarlo, buena suerte.

Mary Fer. Nunca estás sola, porque siempre te tendrás a ti misma. No olvides que eres fuerte, buena suerte.

Jonathan. Equivocarte te permite aprender. Así llegarás a ser mejor.

Wendy. Confía en ti, aún en situaciones difíciles eres muy valiente.

Gaby. En silencio también te puedes escuchar. Buena suerte.

Nayelli. Aprende a reír de las cosas difíciles, puedes lograrlo.

Alan. Confía en tu originalidad y da lo mejor de ti.

A continuación se hace un cuadro en el que se incluye la evolución de cada uno de los niños durante todo el proceso terapéutico de acuerdo con las fases propuestas por Glasserman y Sirlin (1984), descritas en el apartado anterior.

TRABAJO INDIVIDUAL DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO

	Fase Inicial	Fase Intermedia	Fase Final
Mary Fer	<p>Se muestra atenta, espontánea y participativa, expresa libremente sus deseos, temores e impotencia por no poder cambiar las cosas que le gustaría cambiar, menciona la pena de hablar frente a desconocidos y su preocupación porque los demás la acepten y su necesidad de compañía. Se porta arrogante durante el juego y presume de ser la vencedora molestando a los demás con su alarde. Se comporta como si fuera más pequeña en edad y no logra integrarse con los demás miembros del grupo.</p>	<p>Muy participativa, intenta ser la protagonista atropellando la participación de los otros. Ante el posible rechazo de los demás tolera el maltrato con tal de “ser vista” y aceptada dentro del grupo. Menciona frecuentemente sentirse no querida y en ocasiones se agrede a si misma descalificándose e insultándose. Habla de la relación entre no ser atendida y el cariño que le tienen y por su excesiva demanda a veces se siente invisible cuando no la atienden como ella cree que debería ser. Expresa sentimientos de soledad, tristeza y alegría y puede contar relatos de su vida con aparente tranquilidad y seguridad. Se empieza a integrar con las niñas pero aún de manera superficial.</p>	<p>Sigue siendo participativa pero ya no de manera arrebatada, puede ser atenta y escucha a los otros. Cumple con lo que se le asigna y ya está más integrada con las niñas. Puede hablar de sus sentimientos de tristeza y enojo reconociendo algunos de los motivos que la hacen sentir mal. Expresa su deseo de continuar en terapia con este grupo que se formó.</p>
Naye-lli	<p>Al inicio se muestra introvertida y poco participativa, critica constantemente a los otros a excepción de Gaby con la que establece una alianza desde el principio. Frecuentemente cubre el trabajo que ha realizado y le es difícil compartirlo con los demás del grupo.</p>	<p>Sigue participando poco y criticando a los demás; busca además identificarse con sus compañeros hablando de situaciones similares a las que le ocurrió a alguno. A lo largo de las sesiones empieza a ser más espontánea y participa diciendo</p>	<p>Disminuyen sus ataques que hace sobre todo a las niñas; logra relacionar su actitud con situaciones de rechazo que vive por parte de su familia pero evade hablar de los sentimientos que le produce esta situación. En la última</p>

		algún comentario relacionado con lo que se está hablando en ese momento; pero en ocasiones promueve que el grupo no trabaje y se distraiga. Le produce inquietud y ansiedad hablar de su situación de vida y no habla de situaciones difíciles que vive.	sesión se concentra trabajando y se muestra triste porque el grupo se termina, agradece a todos su asistencia al grupo y habla de sentirse más tranquila después del proceso grupal.
Wendy	Se observa inquieta, se agacha, mueve mucho las manos y piernas, parece que no le es fácil inspirarse para trabajar en lo que se le pide. Se aparta del grupo en general. Manifiesta darle pena el hablar frente a los otros pero lo intenta y curiosamente tenía como expectativa de asistencia al grupo el poder platicar.	Está menos inquieta, sólo ante algunos temas como los regaños de los padres presenta rasgos de ansiedad. Participa más y es la guía hacia los temas menos superficiales. A lo largo de esta fase, se atreve a hablar de situaciones dolorosas como la muerte de su abuelita y su hermana, los pleitos de sus papás. Se integra con las niñas y combate con Gaby a los niños en las sesiones en que están presentes ellas dos. Es cooperadora y normalmente en todas las sesiones es de las que más ayuda para recoger el material.	Se encuentra seria y al contar el pleito que hubo entre los tíos alcohólicos empieza a mover un objeto entre las manos siendo evidente su ansiedad. Expresa sentimientos de tristeza por la terminación del grupo, y a la vez está contenta porque se da cuenta que ha cambiado y que puede hablar frente a los demás y superar su timidez.
Gaby	Se ve inquieta, mueve mucho las piernas sobre todo en la primer sesión. Tiende a autodescalificarse y juzgarse en relación a las cosas que no le salen bien. Presenta sentimientos de inseguridad y minusvalía. Participa en el grupo pero no le gusta realizar las	Se desenvuelve respetuosamente en el grupo, generalmente levanta la mano cuando quiere participar y espera su turno para hablar, sin embargo, en muchas de las sesiones se pone a platicar con alguno de sus compañeros y no atiende al que habla. Trata de	Se mantiene platicando durante el trabajo grupal, se encuentra ya integrada al grupo y es la única que platica abiertamente tanto con niños como con las niñas. Menciona que le molesta que su madre siempre esté checándola y no le

	<p>actividades y se tarda mucho tiempo trabajando. Habla de los conflictos que hay entre sus padres y de sentirse dividida porque a veces se siente muy mal y otras está muy bien. Compite con Mary Fer para sobresalir.</p>	<p>llamar la atención de Jonathan a quien deposita muchas cualidades positivas. Suele pasarle que por estar hablando con alguno de sus compañeros no termina su trabajo y casi siempre se queda hasta el final, promete “calmarse” y atender más pero casi en todas las sesiones termina distrayéndose.</p>	<p>sea sencillo hacer sus cosas. Solicita que haya otras 12 sesiones del grupo y expresa su desacuerdo en que se termine el grupo. Se comunica con Alan ya que estableció con él una relación aparte porque sus mamás empezaron también una relación más cercana.</p>
Alan	<p>Aislado, retraído; aparentemente sin deseos de participar, apático. Se mueve casi todo el tiempo, golpea el piso con su puño. Suele contestar no sé a lo que se le pregunta; voltea constantemente y no se integra al grupo. Repite en algunas ocasiones las opiniones de los otros sin buscar una propia y no integra su trabajo con su persona, pareciera que hace por hacer. En el juego es indiferente a ganar o perder. No se integra al grupo.</p>	<p>Se opone a que le pregunten las terapeutas y suele contestar de manera irónica diciendo que él inventa las respuestas de lo que se le pregunta. Balancea su cuerpo frecuentemente y aunque los miembros del grupo lo inviten a participar no lo hace. Se muestra agresivo con las niñas y parece que intenta identificarse con Jonathan a quien parece que aprecia y en ocasiones imita. Su comunicación con los niños se vuelve un poco más activa y sólo con Gaby comenta cosas porque han compartido tiempo fuera del espacio del grupo.</p>	<p>Sigue apartándose, continúa con su balanceo corporal. Sólo en una ocasión hace un comentario espontáneo y parece no darle importancia a los comentarios que le hacen las terapeutas, él menciona que no ha aprendido nada de asistir al grupo. Sin embargo, su conducta con los compañeros fue diferente ya en la etapa final; comenta con ellos, sobre todo con los niños y demuestra la molestia que en ocasiones le producen las actitudes de las niñas cuando se la pasan molestándolos. En la última sesión incluso, llegó arreglado de distinta manera. Es el único que asiste a todas las sesiones.</p>
Omar	<p>Se balancea en su lugar, se distrae con cualquier cosa. Participa de manera espontánea y sin saber cuál fue el motivo de repente deja de</p>	<p>Suele desesperarse pronto y no esperar indicaciones a la hora de trabajar. Expone que le da pena trabajar y en ocasiones hace</p>	<p>Participa en algunos momentos de manera espontánea. Se mantiene constante la distancia que establece con sus</p>

	<p>hacerlo. Necesita detalles precisos para entender las instrucciones que se les dan ya que son evidentes sus fallas en la comprensión. Se aparta del grupo, trabajando solo pero observando siempre lo que hacen los otros y repitiendo los comentarios que hacen los demás. En el juego intenta ganar pero puede ayudar a los otros y sentirse mal porque haya otro que pierde más que él.</p>	<p>comentarios para si que no comparte al grupo. Cuando hay alguna disputa entre los niños y las niñas suele mantenerse al margen. Son notorias las deficiencias que tiene en lenguaje y razonamiento y pareciera que en el juego en lugar de ganar busca perder.</p>	<p>compañeros. Se ve un poco menos inquieto que al principio y parece tener prisa porque acabe el grupo aunque se da cuenta que ya no van a trabajar juntos y expresa sentir tristeza.</p>
Jonatan	<p>Se presenta muy formal y parece un niño muy seguro de si mismo, el cual participa de manera espontánea. Trabaja de manera limpia y ordenada, pide permiso a los otros para usar los materiales. Se expresa de manera fluida y tiene iniciativa, comparte con el grupo sus conocimientos y habla de que le gusta estar solo cuando se siente triste o enojado.</p>	<p>Parece que reta a las terapeutas cuestionando sobre los ejercicios que se hacen; comenta de sus padres muy estrictos y que hasta los 8 años le pegaron. Para él son muy importantes los amigos porque es una forma de estar protegidos. Habla de su rechazo hacia su hermana ya que ella si ha contado con la atención materna y tiene otros privilegios que él envidia. A mitad del proceso empieza a ser "desobediente" y rebelde, parece no escuchar y hacer caso. Se angustia mucho cuando en el juego está a punto de perder e incluso es tanta su ansiedad que deja de pensar porque no se da cuenta de sus posibilidades. Le gusta ser líder y también hace ruido cuando juegan o están hablando de algo importante.</p>	<p>Sigue mostrándose rebelde, sin embargo trabaja como todos los demás y hace reír en ocasiones con las intervenciones ingeniosas que tiene. Comenta que casi siempre se arrepiente de lo que eligió. Habla de las diferencias de género y pareciera que está convencido del rol tradicional que desempeñan tanto hombres como mujeres. No manifiesta ninguna emoción respecto a que el grupo se acabe pero cree que le ayudó a no ser tan desobediente en su casa.</p>

Como podemos observar, cada uno de los niños tuvo diferente evolución dentro del grupo, hubo cambios en su actuar y en su forma de responder las pruebas proyectivas.

El cambio que nos pareció más evidente fue en Wendy quien de ser una niña retraída, ansiosa y que agachaba la cabeza, por lo menos en el grupo, se volvió una niña que participaba, jugaba y platicaba con sus compañeras; expresa momentos difíciles que ha tenido que afrontar y ya no parecía la niña tímida del inicio, su postura corporal cambió, la energía en su voz y hasta su cara frecuentemente se iluminaba con una sonrisa, claro que en algunos momentos aún se mostraba tímida y le era difícil hablar de situaciones mucho más dolorosas, sin embargo siempre hizo un intento que fue reconocido en el grupo y que le permitió valorar su participación.

Mary Fer por ejemplo, dejó de ser tan protagonista y se acercó un poco más a sus compañeros, hablando de que se sentía más contenta después de la intervención. A ella le costaba mucho trabajo reconocer las consecuencias de su actuación y lo que proyectaba en los otros y a pesar de que siguió así hubo momentos en que pudo reflexionar en que suele ser muy demandante como cuando dijo que ella le reclamaba a su mamá por las cosas que no le daba pero que su mamá nunca le pedía cuentas respecto a lo que ella se había comprometido a hacer.

Nayelli, quien siempre estuvo desatenta y retadora, reconoció su tristeza debida a la mala relación que lleva con su madre y que suele extrañar que su padre esté con la familia. En ella, el mal comportamiento suele darle la atención de sus familiares, sobre todo de esta madre a quien vive tan apartada y distante y cuya ambivalencia le genera mucha ansiedad y enojo lo que también suele generarle mucha culpa. El trabajo terapéutico fue importante porque le permitió darse cuenta de su actuar ante los demás y de su búsqueda de atención.

Para Gaby, el trabajo grupal le permitió aceptar que había conflictos en su familia pero que ella no era la responsable de la situación de pareja y al parecer pudo al final separarse un poco de este triángulo en la que su madre la había metido, aunque también esto le produjo mucha tristeza, ya que sus padres estaban pensando seriamente el separarse. También el grupo le dio una gran valía ya que era ella la única que se comunicaba con todos y la que generosamente les regalaba estampitas o les compartía su agenda con anotaciones de su vida, incluso en una sesión trajo unas cartas que le había escrito a unos amigos. Las niñas hicieron alianza con ella antes que con las otras.

Consideramos que para Omar el grupo se volvió un espacio que le generaba mucha ansiedad, ya que sus deficiencias en el desarrollo y lenguaje le impedían ir a la par que los demás niños, sin embargo, el haberle hecho observaciones de como él se autoexigia y que no tenía que competir con nadie porque cada uno tenía su tiempo ayudó a que él se sintiera un poco más tranquilo y participara; sin embargo era muy grande su temor al rechazo, ya que en su casa, su madre lo maltrata muy seguido rechazándole y recriminándole muchas conductas que a veces el papá le aprobaba.

En el caso de Alan, fueron pocas las veces que participó espontáneamente y conservó su postura reservada; sin embargo a lo largo del proceso grupal fue acercándose más a su grupo de pares del mismo sexo y normalmente a las niñas las atacaba verbalmente; cuando hablaba más bien balbuceaba y a pesar de su poco entusiasmo, nunca se negó a realizar alguna actividad y siempre estuvo atento a lo que los otros decían o mostraban en sus dibujos. Su mala relación con la madre era notoria y la señora comentó que probablemente se separaría de su marido porque tenía planeado irse a Estados Unidos a trabajar pero que no se llevaría a Alan con ella; esto lo sabía el niño y creemos que en las últimas sesiones su agresividad tenía que ver con esta situación que estaba viviendo y que no quiso abrir en el grupo.

Por último, Jonathan fue abanderado el líder del grupo por ser el niño con mayor capacidad intelectual y desenvoltura, al que todos admiraban, pero que también generó envidia en Gaby quien quería ser reconocida por los demás. Jonathan a pesar de la imagen que lograba proyectar en el afuera, era bastante inseguro y no se consideraba con más cualidades en comparación con sus compañeros, sin embargo, quería que todos respondieran a su ritmo. Era bastante abierto a escuchar lo que las terapeutas y los otros opinaban, comentando sus molestias y su conocimiento respecto al tema que se desarrollaba. El grupo le sirvió para darse cuenta de su valía, y a reconocer que su conducta puede ejercer influencia en los otros; reconsideró la parte de la desobediencia a su madre pero ya no se alcanzó a trabajar lo que había en el fondo más allá de su rebeldía.

DISCUSIÓN

Para analizar los resultados que se obtuvieron en el proceso terapéutico se llevó a cabo un análisis cualitativo, que como plantea Kazdin (2001) nos llevaran a entender el significado de la experiencia terapéutica en los participantes del grupo con el que se trabajó.

El haber trabajado en grupo permitió, como lo menciona Schaefer (1999), apoyar las tareas de desarrollo normal de los niños impulsando su capacidad para la interacción social e intimidad que como pudimos observar se fue desarrollando conforme se avanzaba en las sesiones, permitiendo que los niños se pudieran comunicar mejor con sus pares y con las terapeutas, buscando que esta conducta se generalizara en su ambiente natural, y como lo plantea Anzieu (1956, cit. Glasserman y Sirlin, 1984) se establecieron relaciones afectivas intensas formándose subgrupos por afinidad de género y se establecieron roles bien definidos para cada uno de los participantes.

También como lo señala Schaefer (1999) y Slavson (1951), el grupo funcionó como método de ayuda para la disminución de los síntomas ansioso-depresivos que manifestaron los niños, esto se promovió a partir de generar un espacio respetuoso, cálido y confiable que primeramente permitió a los integrantes expresarse libremente y a través de esta expresión de sentimientos y pensamientos pudieron disminuir su ansiedad, fortalecer su yo y en alguna medida lograr el insight.

Como establece Bion (1979) en la actividad del grupo fueron mezclándose las conductas que caracterizan los supuestos básicos que él propone prevaleciendo en este grupo las que él caracteriza en el supuesto básico de ataque-fuga ya que en la mayoría de las sesiones los niños se mostraron a la defensiva, retando a las terapeutas, descalificando a sus compañeros y evadiendo el hablar de los temas que les eran más significativos y dolorosos.

Evidentemente también pasaron por el supuesto de dependencia ya que su inseguridad los hacía buscar al líder o guía que pudiera apoyarlos observándose esta asignación a las terapeutas y a los mismos miembros del grupo. Y también el emparejamiento estuvo presente al manifestarse en ellos una esperanza de salir adelante y de identificarse con los otros en situaciones comunes.

Aún cuando predominaron estos supuestos, el grupo logró por momentos volverse un grupo de trabajo en el que la mayoría participó mostrando interés en el trabajo grupal, escuchando al compañero y aportando su propia experiencia respecto a la vivencia de la que se estaba hablando. Ya que, como Yalom (1986) plantea, el sentimiento de aceptación en el grupo les proporcionó una experiencia única que les permitió adquirir confianza en los otros y en si mismos, ayudando a su autoestima al sentirse útiles para otros y escuchados con atención.

También el grupo permitió la facilitación de los procesos de socialización y maduración de la personalidad, la vivencia común y el proceso de diferenciación a través de la interrelación grupal, como lo establece Glasserman y Sirlin (1984), esto se pudo observar a lo largo de la intervención, ya que fue notorio como fue variando la comunicación entre los participantes, volviéndose más cercanos y empáticos entre ellos aprendiendo que cada uno tenía una manera distinta de trabajar, una forma de vida diferente y una problemática común y a la vez única.

Se observaron las diferencias de género en cuanto a la participación en el grupo, siendo las niñas quienes más opinaban y las que más se atrevieron a contar situaciones dolorosas como los conflictos familiares y de pareja, los sentimientos de soledad, abandono y rechazo así como las pérdidas afectivas que han tenido.

Todos compartieron sus emociones, sentimientos, pensamientos y traumas a través de su participación, los diálogos que establecieron y los comentarios que hicieron.

En cuanto a los rasgos ansioso-depresivos que manifestaron los participantes pudimos observar que se presentaba en ellos la inquietud, impaciencia, dificultad para concentrarse, el movimiento constante de los miembros del cuerpo, la apatía, la irritabilidad y a través de su relato nos percatamos de sus sentimientos de tristeza, soledad, su necesidad a ser aceptados y amados, el enojo encubierto, la desesperación y aquellas evaluaciones negativas de ellos mismos, de sus conductas y sus capacidades. Incluso Jonathan que era el más seguro y admirado por los otros se consideraba poco eficiente y capaz.

Esta sintomatología que presentan los niños está relacionada con los ambientes familiares, ya que es en el seno familiar, donde el niño establece su relación con el mundo y la mayoría pertenece a familias desintegradas o familias en las que prevalece la violencia intrafamiliar, encontrándose también muchos mensajes ambivalentes por parte de los padres además de poner al hijo de intermediario en los conflictos de pareja, como en el caso de Gaby cuya madre le planteaba que si ella se lo pedía, se divorciaba de su papá para que ya no le diera tanta lata, situación que evidentemente le generaba culpa y fantasías de omnipotencia en el sentido de que ella podía decidir la permanencia de la díada parental y la madre depositaba en ella toda la responsabilidad de la problemática de pareja. Y otras, como la mamá de Nayelli le inculcaban ideas de que su padre no la quería y que por eso sólo en temporadas le llamaba sin realmente hacerse cargo de ella, haciendo dudar a la niña del cariño que le tiene su progenitor.

Los niños del grupo, en general, se muestran más apegados a sus madres que a sus padres, ya que en la mayoría de los casos hay un rol tradicional familiar, en donde el padre trabaja todo el día y es poco el tiempo que pasa con ellos, siendo las madres las que se encargan de atenderlos o buscar quien los atienda a pesar de que también algunas trabajan como la mamá de Alan, de Gaby, de Mary Fer y Nayelli.

Esta situación que viven los niños alimenta sus sentimientos de soledad y de sentirse poco valiosos, ya que sus padres tampoco tienen muchas habilidades y

herramientas para comunicarse con ellos y la calidad del poco tiempo que tienen juntos no es muy buena, incluso se sienten agredidos porque los regañan sin aparente motivo y consideran que no los aceptan como son.

Es por ello, que también era importante trabajar paralelamente con los padres, en este grupo las terapeutas de los niños no tuvieron la oportunidad de ir más allá con los papás, ya que ellos tenían su propio grupo y no se quería contaminar la relación que se estableció con cada grupo; sin embargo, fue una ayuda para las madres, quienes consideraron que tener un espacio respetuoso en donde pudieron expresar sus preocupaciones y compartirlas con otras madres que vivían situaciones similares con sus hijos les dio la oportunidad de abrirse a nuevas formas de ver las cosas y recapacitar sobre su participación en la formación de sus hijos.

Algo que también observamos con los padres del grupo y en general con los padres de los pacientes con los que se trabajó en CISAME era que ellos podían detectar en sus hijos conductas problemáticas o síntomas que consideraban que debían ser tratados porque les causaban problemas de adaptación tanto a nivel familiar, escolar y social; sin embargo muchas veces no podían reconocer los aspectos positivos de los hijos quienes a su vez minimizaban sus cualidades y sus capacidades, siendo además muy estrictos consigo exigiéndose el no equivocarse y angustiándose por dar la mejor respuesta o la que creen que los otros esperan que den.

Considerando lo que Oklander (1998) dice, básicamente todas las sesiones fueron planeadas pero se consideraron las propuestas de los niños y los temas que iban surgiendo para adecuar el trabajo terapéutico a las necesidades de los niños.

Fueron incluidas sesiones de juego participativo, ya que éstas permitieron que los niños se conocieran un poco más y se dieran cuenta de la forma en que interactuaban con los otros. Se incluyó al juego ya que éste le permite al niño interactuar con su mundo, conocerlo; establecer relaciones con amigos;

desarrollar su identidad y autoestima, expresar sentimientos, explorar ideas, resolver conflictos, desarrollar su memoria, imaginación y creatividad, ampliar su conocimiento del arte y la cultura, entre otras cosas.

El dibujo también fue una técnica utilizada con éxito, ya que permitió que el niño estableciera una identificación consigo mismo, expresara sus sentimientos y permitiera además a las terapeutas conocer un poco de su mundo interno a través de las historias que crearon en las que hablaban de ellos mismos, de sus deseos y sus miedos.

Fue muy importante analizar el material verbal que se produjo reconociendo el contenido afectivo en las oraciones, referente a las relaciones familiares, los sentimientos, el sentido de realidad, la causalidad y motivación revelado en el proceso del pensamiento, encontrándonos que aunque era difícil, los niños reconocieron su sentir y su relación con las situaciones familiares que viven, que en ocasiones no querían aceptar, por lo que en sus dibujos presentaban el ideal que algunos deseaban, como plantea Koppitz (cit. en Esquivel, 2001) reflejan el nivel de desarrollo del niño y sus actitudes interpersonales (hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida); las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas; también revelan los intensos miedos y ansiedades que pueden estar afectándolos de manera consciente o inconsciente.

El haber trabajado en terapia breve permitió focalizar la intervención en los síntomas de ansiedad y depresión y dirigirla con técnicas establecidas, enfocándose al momento y problemática actual, lo que permitió que los niños pudieran centrarse en situaciones específicas que promovieron la introspección y el desarrollo de insight.

Un punto relevante en el trabajo terapéutico fue la complementariedad con el grupo de padres, ya que esto promovió también la diferenciación de la problemática de cada uno. Por los comentarios de la terapeuta a cargo y de las

mismas madres se conoció la dificultad que tienen para establecer límites, los dobles mensajes que algunas manejan y el que no promueven la separación e individuación de los hijos. El grupo les permitió a las madres iniciar un proceso de clarificación y reconocimiento de una problemática personal que la mayoría de las veces influye o repercute en el actuar y sentir de los hijos y que ellas en ocasiones no logran mirar.

Algo que fue muy útil para llevar a cabo este trabajo fue la participación de una coterapeuta que permitió monitorear de forma más adecuada la conducta de los niños y ayudar en la contención emocional del grupo, y por ello fue tan importante que ambas terapeutas trabajaran juntas desde la selección de los niños hasta las últimas entrevistas que se hicieron al finalizar el tratamiento. El equipo de trabajo que se formó permitió que el trabajo con los niños fuera fluido y eficiente, ya que había una buena relación entre ambas terapeutas, situación que me parece relevante para el trabajo en diadas terapéuticas.

Considero que una limitación importante de este trabajo es la falta de entrenamiento de las terapeutas en cuanto al manejo grupal y su proceso y el trabajo en coterapia. La inexperiencia en psicoterapia hizo que muchas veces las preguntas que se le hacían a los niños fueran dirigidas y no se hacían de manera que pudieran expresar de manera más libre lo que sentían, esto también ocasionó que las terapeutas dudaran respecto al tiempo en que se debía llevar a cabo una interpretación.

Las herramientas adquiridas a lo largo de la maestría, me permitieron plantearme esta estrategia de intervención que aún con sus limitaciones, creo que se lograron cambios en los niños en relación a los síntomas que presentaban hasta ese momento y se les dio la oportunidad de aprender de ellos mismos e interactuar de otra manera tanto con sus pares como con los adultos representados por las terapeutas. El haberse expresado ante un grupo de personas que no se conocían y compartir sus emociones habla de fortaleza que no sería reconocida si no hubieran trabajado en grupo así como tampoco aparecerían los procesos de identificación y la posibilidad de ser sensibles ante la problemática de los otros.

CONCLUSIONES

¿Puede ser la psicoterapia breve en grupo una herramienta útil para ayudar a niños con rasgos ansioso-depresivos a que disminuyan sus síntomas, así como su sufrimiento emocional, promoviendo la libre expresión de sus sentimientos y su aceptación?

La intervención terapéutica descrita con anterioridad me da elementos para considerar que esta pregunta se puede contestar afirmativamente, ya que el trabajo llevado a cabo en CISAME demuestra que hay cambios en el actuar y en el sentir de los niños (datos que fueron confirmados por las mamás) y que nos hablan, que a pesar de las limitaciones, la terapia en grupo puede aportarles muchas cosas a los niños como la disminución de sus síntomas y su sufrimiento y una nueva visión de sus problemas mejorando su autoestima y su capacidad de interactuar con los otros.

Doce sesiones de trabajo son muy pocas y más si consideramos que los niños normalmente no asisten debido a la falta de permiso en la escuela, decisiones de los padres o enfermedades de los niños, por lo que se sugiere que el trabajo en grupo con niños se extienda a por lo menos 20 sesiones ya que esto permitiría ahondar un poco más en la problemática personal que se encuentra de fondo y que los niños puedan realmente detectar sus sentimientos y las reacciones que tienen ante determinadas situaciones que les molestan o les duelen.

Puedo decir que los rasgos de ansiedad y depresión en los niños tienen muchos orígenes y que más allá de la condición biológica; la forma en que viven, el trato que les dan los padres y familiares cercanos, y el ambiente en el que se desenvuelven, son factores determinantes para que el niño presente una sintomatología determinada, la cual puede ser tratada y así evitar posteriores problemas en adultos quienes normalmente siguen repitiendo patrones aprendidos y sufriendo por situaciones que no lograron resolver en la infancia.

Así mismo considero que el entrenamiento dado durante la formación como residente en psicoterapia infantil da elementos teóricos y prácticos para el

desenvolvimiento del psicólogo en las instituciones en donde se pudo llevar a cabo la práctica. Los conocimientos sobre desarrollo, evaluación, diagnóstico y tratamiento son imprescindibles para el trabajo clínico, y el conocer todo lo referente a la metodología de investigación permite tener un panorama más amplio de todo el trabajo que puede realizarse en el ámbito de la psicología infantil. Esto permitió cubrir los objetivos planteados en el programa de la residencia y descubrir que el conocimiento que se tiene siempre es poco, ya que la realidad sobrepasa la información adquirida y siempre hay que buscar más elementos para poder aportar algo útil a la gente que solicita una ayuda profesional.

En este sentido, a pesar de creer que puede ser útil el empleo de un modelo integrativo para una intervención, es necesario contar con un marco teórico sólido que permita a partir de ahí, tomar algunas técnicas o propuestas para enriquecer el trabajo en bien del proceso del paciente; de otra manera puede complicarse el desarrollo y análisis del mismo.

Sobra decir que el trabajo clínico no es tarea fácil ya que desde el diagnóstico se tienen que buscar elementos que clarifiquen la problemática del paciente y no sólo basarse en el listado de síntomas ya que éstos pueden presentarse en diferentes cuadros patológicos a la vez. Sin embargo, en las instituciones existe una necesidad inmediata de etiquetar a los pacientes utilizando los manuales diagnósticos ya que el primer contacto que tienen es con los psiquiatras cuya formación les obliga a medicar y algunas veces no se le da el peso necesario a una evaluación o al mismo tratamiento psicológico como parte integral.

La práctica en la residencia me permitió adquirir habilidades necesarias para obtener información más precisa a través de la aplicación de entrevistas individuales y familiares a niños y adultos desarrollando la observación y la escucha para tener mayores elementos en la detección y diagnóstico de problemas emocionales y conocer sobre la técnica de terapia de juego y poder aplicarla en el trabajo con los niños.

Me parece que la mayor fortaleza de la residencia radica en la asistencia a diversas sedes, lo que nos permitió conocer diferentes formas de trabajo, múltiples interpretaciones de los fenómenos psicológicos y sobre todo, el estar en contacto con la gente y trabajar de manera directa con ella. Tuve la fortuna de asistir a tres instituciones que me aportaron un gran conocimiento sobre el quehacer de la profesión y sobre la calidez humana de los profesionistas dedicados al trabajo con niños. Debo reconocer que no todo fue color de rosa, ya que también pudimos constatar las deficiencias y fallas en el sistema de salud y la apatía institucional de algunos de los adscritos de los servicios en las diferentes clínicas que visitamos.

La formación también me permitió descubrir, que es necesario organizar el trabajo terapéutico y planear actividades conforme a objetivos que permitan tener una línea de trabajo a seguir y sobre todo en terapia breve focalizar una problemática en particular para no dispersarse en el tratamiento, sin embargo, en ocasiones no se puede seguir estrictamente un programa ya que tanto a nivel individual como grupal pueden surgir temas, conflictos o situaciones que los pacientes piden que sean revisadas y que no se pueden dejar de lado, y me parece que aún cuando lo primordial es trabajar con lo que en ese momento sea necesario para el paciente, se debe tratar de centrar en la problemática que se había delimitado para trabajar.

Estoy convencida que esta ha sido una experiencia muy gratificante ya que el trato con las personas y el conocimiento de sus historias me ha aportado una riqueza invaluable de formas de ver la vida y en mi crecimiento tanto profesional como personal.

Creo que a lo largo de la maestría me ha quedado más clara la importancia de sensibilizar a la gente en la búsqueda del conocimiento de las razones que la llevan a actuar de determinada manera y de la influencia que tiene su conducta en los seres con los que convive; más si hay una relación tan estrecha como padre e hijo; desafortunadamente algunos padres consideran que sus hijos son mal portados y caprichosos y que ellos no tienen mucho que ver en su actuar; es verdad que los niños pueden mostrar conductas muy disruptivas pero siempre

hay un mensaje que están tratando de expresar y una razón por la que se manifiestan de esa manera y es trabajo del psicólogo infantil descifrar ese lenguaje del niño valiéndose de herramientas como la entrevista, el juego, las dinámicas, etc. dentro del proceso terapéutico.

Por estas razones, el trabajo con los padres puede ser difícil, ya que muchos de ellos no cuentan con los recursos intelectuales y sobre todo emocionales para afrontar los conflictos propios y menos los de sus hijos, porque además también ellos han tenido una historia llena de desventuras y situaciones dolorosas difíciles; sin embargo, también existen muchos casos en los que ellos promueven su participación y son sensibles a las necesidades de sus hijos, buscando siempre apoyarlos.

He llegado a comprender que no necesariamente hay padres buenos y malos, si no que muchas veces por ignorancia o temor, cuando ellos consideran que es lo mejor para sus hijos les han hecho mucho daño sin quererlo. Me parece que esto es algo muy importante ya que no podemos ser aliados ni contrarios a los padres, estrictamente hablando, sino que hay que buscar ser objetivos y ayudarlos a que comprendan que sus actos tienen consecuencias en la conducta de sus hijos y que ellos serán muchas veces el reflejo de lo que están sintiendo o viviendo en la dinámica familiar.

Una experiencia también muy enriquecedora en cuanto al aprendizaje proporcionado fue el trabajar en la cámara de Gesell siendo observada por un grupo y retroalimentada al final de la sesión para mejorar el trabajo y apoyar en la estructuración del tratamiento.

La supervisión fue un as en este entrenamiento ya que gracias a ella se logró mejorar las intervenciones y tener una mayor claridad en el proceso terapéutico y en la dinámica familiar que se suscitaba en cada caso trabajado. Esto fue lo que también enriqueció sobremanera el presente trabajo.

Ser coterapeuta y tener coterapeutas también fue una nueva experiencia que ayudó a la formación, siendo interesante el intercambio de ideas, las opiniones

respecto al caso así como las hipótesis y las sugerencias para el trabajo. Pudimos constatar que aprendes del otro, aprendes con el otro y también se convierte en un apoyo importante. Este reporte también pretende que se reflexione respecto al trabajo en coterapia, ya que fue fundamental para el buen desarrollo del grupo, desde la planeación, el acomodo del escenario, la organización de la información, el soporte emocional mutuo que se da y obviamente para el mejor desarrollo del trabajo grupal.

Concluyo también que los niños no se “portan mal” porque sí, simplemente reflejan su situación emocional y los conflictos que tienen con sus figuras parentales o significativas y considero que debe ser fundamental que las personas que se dediquen a psicoterapia también tengan un proceso terapéutico que los ayude a diferenciarse y a manejar los sentimientos que produce el trabajar con niños, que pueden ser enojo, desesperación, impotencia ante una problemática muy difícil, ternura, alegría y toda una gama que en ocasiones es difícil definir.

Me parece que este trabajo de intervención puede ser la pauta para que se considere el trabajo en grupo como una posibilidad de tratamiento en los problemas emocionales de los niños y por ello se incluya el trabajo grupal en la formación del residente en psicoterapia infantil para darle herramientas que puedan ser utilizadas en su práctica profesional. Ya que, como se planteó, en el marco teórico y en el desarrollo mismo de este trabajo, la experiencia en grupo para los niños puede ser enriquecedora y propiciar cambios de manera más rápida gracias al proceso de desinhibición acelerado y el clima emocional más intenso.

Es una experiencia muy gratificante el trabajar con los niños y es muy útil sobre todo en instituciones como CISAME, dar atención a un mayor número de niños a la vez debido a la gran demanda que existe por atender los múltiples y variados problemas que se presentan en los niños desde edades tempranas. No dejando de lado la necesidad de la psicoterapia individual para los casos que así lo requieran ya que las problemáticas y la personalidad del niño determinarán que tipo de psicoterapia es mejor para él, siendo el trabajo de los psicoterapeutas infantiles establecer esta elección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ Aguilar, D. G. (1989). *La función del psicólogo en el primer nivel de atención en la salud mental*. Tesis de Licenciatura. México: U.N.A.M., Facultad de Psicología.
- ☞ American Psychological Association (2ª edición, 2002). *Manual de estilo de publicaciones*. México: Manual Moderno.
- ☞ Barret, P. Rappe, R. & Padds, R. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of abnormal child psychology*, 24. 187-203.
- ☞ Benassini, F. O. (2001). La Atención Psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*, 24 (6).
- ☞ Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- ☞ Caballo, V. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- ☞ Cornejo, P. L. (1997). *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Editorial Desclee De Brouwer, S.A. pp. 75-84
- ☞ Cruz, S. L y Santacruz, R. L. (1992). *La participación del psicólogo en la atención primaria de salud*. Tesis de Licenciatura. México: U.N.A.M., Facultad de Psicología.
- ☞ De Hinojosa, P. (2000). *Manejo grupal en niños asmáticos*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- ☞ De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E. y Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica.
- ☞ De la Peña, F. y Almeida, L. (2000). *Cuestionario de conducta para niños*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- ☞ Del Bosque, G. J. (2003). Psicopatología del Desarrollo. *Salud Mental* 24, 5.
- ☞ Del Valle, O. M. (2002) *Los servicios de hospitalización*. Boletín, Vol. 1 No. 2. México: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
- ☞ Echeburúa, E.(1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide
- ☞ Eljure, E. C. (1985). Algunos aspectos socioculturales y clínicos que caracterizan a los pacientes del bloque vespertino de la UTNA, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". *Salud Mental*, 8 (1).

- ⊞ Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (2001). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- ⊞ Feixas, G. y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- ⊞ Fernández, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. México: Paidós Mexicana
- ⊞ González y Kupferman (1994). *Dinámicas de grupos. Técnicas y tácticas*. México: Ed. Pax
- ⊞ Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación de México.
- ⊞ Latorre, P. J y Beneit, M. P. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.
- ⊞ Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- ⊞ Matrajt, M. (1992). *La salud mental pública*. Morelos: Universidad Autónoma de Morelos.
- ⊞ Morris, R.J. y Kratochwill, T.R. (1987) *Childhood fears and phobias*. The practice of child therapy (2a ed.) Nueva York: Pergamon.
- ⊞ *Programa de Reforma del Sector Salud 2000-2006*. Secretaría de Salud Pública. México
- ⊞ Organización Mundial de la Salud. *Criterios Diagnósticos de Investigación. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. CIE-10. (1993). Madrid: Meditor
- ⊞ *Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil* (2002). Facultad de Psicología, UNAM.
- ⊞ *Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP 2000-2001*. Secretaría de Educación Pública, México.
- ⊞ Puyuelo, Remy (1984). *La ansiedad infantil. Un difícil bienestar*. Barcelona: Herder
- ⊞ Reig, A., Rodríguez, J. y Mirá, J.J. (1987). Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas. *Información psicológica*, 30, 5-10.

- ☞ Robles, R. (2000). *Modelos de personalidad de los trastornos del estado de ánimo y ansiedad*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM
- ☞ Rodríguez, O. G. y Palacios, V. J. (1989). *Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México*. En Urbina, J. (comp.) *El Psicólogo*. México: U.N.A.M.
- ☞ Rutter, M y Taylor, E. (2003). *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. U.S.A.: Blackwell Publishing.
- ☞ Schaefer, C. (1999). *Short-Term Psychotherapy groups for children. Adapting group processes for specific problems*. U.S.A.: Jason Aronson Inc
- ☞ Secretaría de Salubridad y Asistencia. Ley General de Salud (1984 última reforma junio 2004). Diario Oficial de la Federación en www.salud.gob.mx
- ☞ Shaffer David y Waslick, Bruce D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- ☞ Zermeño, León, Marlen Nicolette (2003). *Evaluación y categorización del trastorno de ansiedad por separación*. Tesis licenciatura fac de Psicología, UNAM Encuesta Nacional de Salud 1998

ANEXO A

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PADRES

Fecha

I. Ficha de identificación

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Número de hermanos:

Número de expediente:

Fecha de primera entrevista con paidopsiquiatra:

II. Ficha de identificación de los padres

Nombre de la madre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación

Edo. Civil:

Nombre del padre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación

Edo. Civil:

III. Motivo de consulta

¿Por qué razón llegó a CISAME la primera vez?

En la actualidad ¿tiene algún problema el niño?

¿Desde cuándo lo presenta?

¿Cómo se ha intentado resolver?

¿A qué cree que se deba que su hijo presente este problema?

IV. Antecedentes heredo-familiares (obtenidos del expediente)

Eventos relevantes durante el embarazo (enfermedades, situación de pareja, emociones, alimentación)

Tipo de Nacimiento

Datos generales del Desarrollo del menor

Enfermedades que se padecen en la familia

Familiares que presentan el mismo problema que el niño

V. Dinámica familiar

¿Con quién vive el niño?

¿Cómo se lleva con las personas con las que vive?

En caso de que sus padres sean separados ¿qué relación tiene con su pareja?

¿Cómo se relaciona con los hermanos?

Eventos significativos en la familia

VI. Dinámica escolar

¿Existen quejas por parte de la escuela, cuáles son?

A lo largo de sus años de estudio ¿ha habido otras quejas o sólo las actuales?

¿Cómo se lleva con sus compañeros?

¿Cuáles son sus calificaciones?

VII. Dinámica social

¿Tiene amigos?

¿Cómo se lleva con los amigos?

¿Le gusta realizar actividades aparte de las caseras y las escolares?

VIII. Expectativas de asistencia al grupo

¿Por qué le interesa que su hijo participe en el grupo?

¿Qué espera de que su hijo participe?

¿Está dispuesto a traerlo semanalmente durante 3 meses y participar usted en un grupo de padres de manera simultánea?

ENTREVISTA CON EL NIÑO

Establecimiento de rapport

1. ¿Por qué crees que te traen a CISAME?
2. ¿Por qué crees que pase esto (refiriéndose al problema o motivo de consulta)?
3. ¿Qué piensas de lo que dijeron tus padres al respecto?
4. ¿Qué opinas de lo que dicen de ti?
5. ¿Cómo te llevas con los demás (en la casa, escuela)?
6. ¿Te gustaría participar en un grupo de niños más o menos de tu edad? ¿por qué?
7. ¿Qué crees que pasará en el grupo?
8. ¿De qué manera podría ayudarte?
9. ¿Qué te gustaría hacer?
10. ¿Estás dispuesto a venir cada semana puntualmente al grupo y realizar las actividades que se les pidan?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

REGLAMENTO DE TERAPIA

1. Los niños seleccionados para la terapia de grupo deberán asistir puntualmente en el horario establecido, el cual será todos los martes de 10:00 a 11:30 a.m., iniciando el día 24 de febrero y concluyendo el día 18 de mayo del 2004. El día 6 de abril, no habrá sesión ya que las instalaciones de la institución permanecerán cerradas debido a Semana Santa.
2. Los padres y niños deberán presentarse 10 minutos antes del inicio de la sesión para registrarse y hacer el pago correspondiente de la sesión. No se permitirá el acceso al grupo después de 15 minutos de iniciada la sesión, ya que el trabajo no puede ser interrumpido y por respeto a los integrantes del mismo.
3. Debido a que sólo se trabajará durante 12 sesiones, a la tercera falta consecutiva se le dará de baja del grupo. La ausencia a terapia debida a imprevistos mayores o a enfermedad, deberá ser notificada a las terapeutas del grupo, de ser posible con 24 horas de anticipación.
4. Los padres deberán acudir al grupo de orientación que trabajará paralelamente al grupo de niños en el mismo horario y presentarse también puntualmente.
5. Tanto los pacientes como los padres se comprometen a cumplir con las tareas que se les pida, ya que de esto depende en gran parte el éxito de la terapia.
6. Cada vez que asistan a terapia, los pacientes deberán acudir alimentados y sin tener una enfermedad contagiosa.
7. Los padres aceptan que las sesiones de trabajo con los niños serán videograbadas para su posterior revisión, ya que esto es importante para el seguimiento de cada niño. Esta información será confidencial y sólo tendrán acceso a ella las terapeutas involucradas en el trabajo terapéutico de los niños.

ACEPTO DE CONFORMIDAD LO ESTIPULADO EN ESTE REGLAMENTO

Nombre y firma del responsable

Fecha

Terapeutas responsables
Lic. Laura Verónica Martínez Pantoja
Lic. Rocío Nuricumbo Ramírez
Lic. Sandra Núñez Salgado (Grupo de Orientación a Padres)

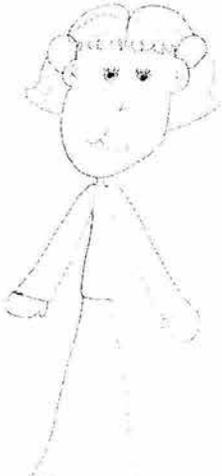
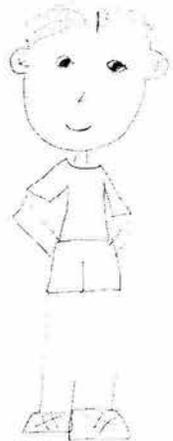
ANEXO B

DIBUJOS FIGURA HUMANA

Mary Fer 11 años 4 meses
Antes de la intervención

 <p>IRKI 12 años</p> <p>Está en los serios. Le sé todas. La principal cosa de este grupo es: "¿cumple los 12 años, se pasan a trepa?" (ella le da miedo pasar a trepa porque no conoce a trepa). Ella le da miedo pasar a trepa porque no conoce a trepa. Ella le gusta estar en la mañana (el grupo en cómo está) y que ella se se sienta (la jué de la semana). Cuando lo pasaron, se dio cuenta que nunca tenía miedo a trepa.</p>	 <p>Carlos 19 años</p> <p>El trabaja en una fábrica de dulces. Un día (ya para el arato de) no le da tiempo de limpiar su uniforme. Cuando llegó al trabajo de sus compañeros le prestó su pluma. En la tarde, el jefe felicitó a Carlos por ser el más impaciente de los días.</p>
--	--

Después de la intervención

 <p>LUIS 13 años</p>	 <p>DANIEL 13 años</p>
--	--

HISTORIAS DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

(Nota: transcripción textual de los dibujos del niño)

MARY FER

(Antes de la intervención)

Figura femenina

Erki está en los scouts los sábados. La principal regla de ese grupo es: "si cumples los 12 años, te pasan a tropa". A ella le da miedo pasar a tropa porque no conoce a nadie. Unas de sus amigas ya se pasaron a tropa. Ella le gusta estar en la manada (el grupo en donde está) ya que ella es seisenera (la guía de la seisena). Cuando la pasaron, se dio cuenta que no era tan malo estar allí.

Figura masculina

Él trabaja en una fábrica de dulces. Un día (que para él era tarde) no le dio tiempo de limpiar su uniforme. Cuando llegó al trabajo, uno de sus compañeros le prestó su plancha. En la tarde, el jefe felicitó a Carlos por ser el más impecable de todos.

(Después de la intervención)

Figura femenina

Ella estudia en la primaria. Tiene un perro. Un día, ella descubrió que podía volar. No sabía como ni porque. Fue con una maga y le explicó que volaba porque en la escuela ella quería escaparse por un rato pero no podía. Su abuelo era mago y le dio ese poder. No puede decirle a nadie porque su poder desaparecería.

Figura masculina

El quería un coche. Pero sus papás no se lo querían comprar porque no era muy cuidadoso. Fue con una clarividente y le dijo que en su futuro él iba a ser muy exisoto. Él estaba desesperado por tener un coche que robó uno. Nadie se dio cuenta de lo que hizo. Un día, su coche desapareció porque otro ratero se lo robó. Aprendió que tenía que esperar a que fuera mayor de edad para conducir.

NAYELLI

Antes de la intervención

Figura femenina

Jasmín tiene 10 años viven en san Bernabé su casa es de 2 pisos, tiene un hermano llamado José Luis, viven con su abuelita en la hera. Puesto que José Luis es un niño muy travieso porque va en 2do año de primaria va en la escuela A Favor del Niño. Conosió a Priscila, una niña que va en 4to año, se hicieron muy amigas Yuricxi y Priscila. Pero llegó su hermano que siempre está molestando y no tiene nada que hacer esta historia ¡continuará!

Figura masculina

Este hombre tiene 28 años pero el hombre que se llama Arturo no pudo conseguir trabajo puesto que se puso su ropa nueva y se dispuso a buscar trabajo, pero iba pasando en un restauran y vio un letrero que decía: se busca ayudante entonces Arturo entro dijo –Buenos Días Señor, vengo a ver si me pueden aceptar entonces dijo si el señor mañana mismo comenzarás. Muchas Gracias sr, entonces el hombre fue trabajando y se compró ropa nueva y siguió echándole ganas.

Después de la intervención

NAYELLI

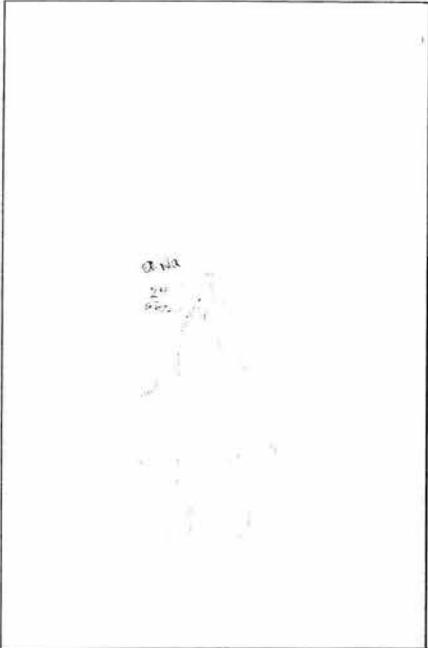
Figura femenina

Bueno esta persona que boy a mencionar es mi mamá se llama Enriqueta a sido muy buena conmigo, aunque a veces se enoje un poco es muy cariñosa me consiente aunque a beces me manda a hacer una cosa y estoy haciendo otra. Aora tengo 10 años de mi vida, 10 años que mi mamá se a esforzado para que este bien Por eso le eche ganas para que se alegre de mí y me quiera mucho más que lo que lla me quiere. GRACIAS POR TODO MAMA. Att. Yuricxi tu hija.

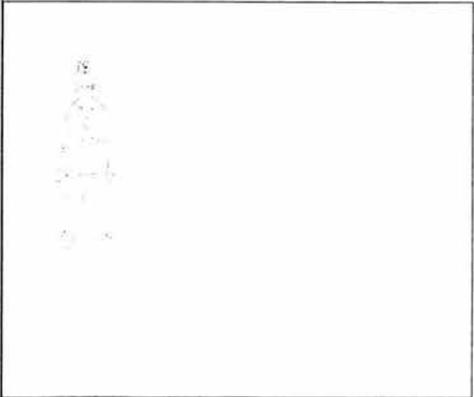
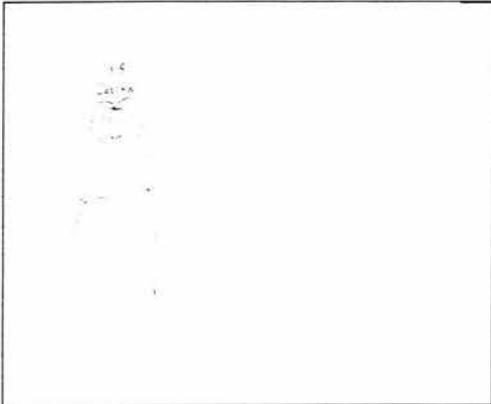
Figura masculina

Rafael es mi padre que cuando boy a Cuernavaca me consiente pero cuando estoy en la casa de mis abuelos un día me llamaron y mi mamá les colgó y les prohibio que me bolvieran a hablar porque nada más en las bacaciones se acuerdan de mí. Según un padre es para que te cuide y te quiera, mi papá si me quiere pero no se preocupa por mí como mi mamá enriqueta que anda biendo como comprarme zapatos si no tengo yo también lo quiero pero no se preocupa por mí. Att. Yuricxi su hija.

Wendy 11 años 10 meses



Después de la intervención



WENDY

Antes de la intervención

Figura femenina

Ana tenía 2 hermanos y sus papas fueron a bajar luego los hermanos hicieron una travesura pero Ana no estaba y sus papas llegaron luego sus papas llegaron.

Figura masculina

Juan tenía 31 años se fue a pasar a Durango a ver a sus papas sus papas tenían 40 y 52 luego se regresó a México estudió para maestro y luego se fue de la escuela para ver a sus papas.

Después de la intervención

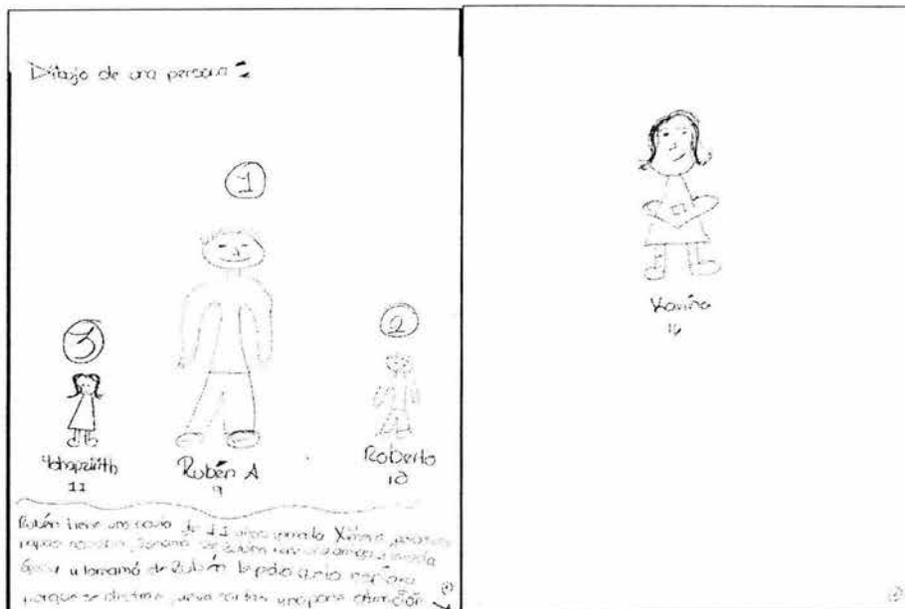
Figura femenina

Lucero cumplió 15 años pero sus papas y Lucero se fueron a pasar fuera de México así le festejaron su fiesta a Lucero fueron también sus amigos y amigas jugaron se divirtieron y regresaron a México.

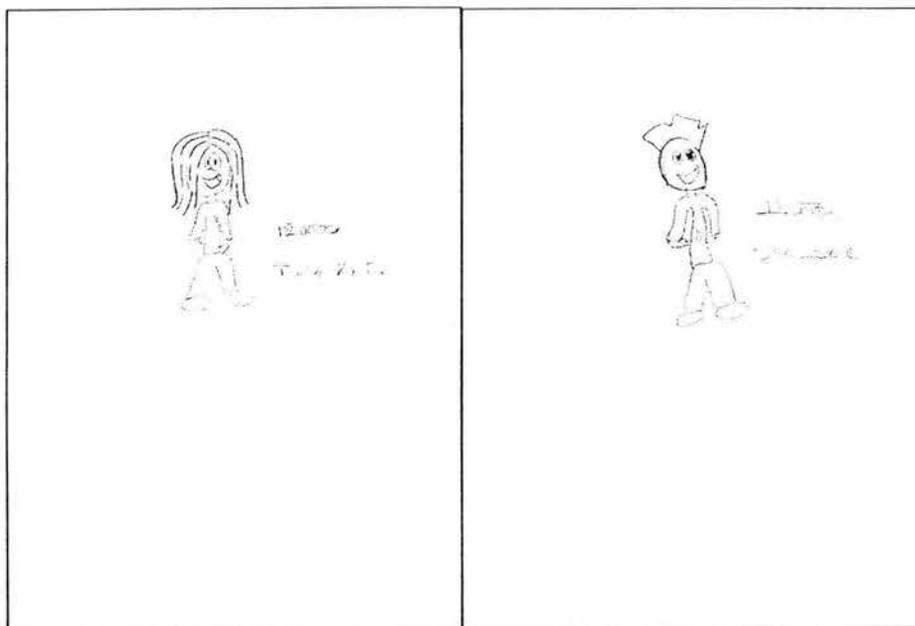
Figura masculina

Jorge tiene 18 años tiene una carrera de doctor le gusta ayudar a las personas para que se curen de las enfermedades muy graves que tienen terminó su carrera y fue un gran doctor.

Gaby 11 años 10 meses



Después de la intervención



GABY

Antes de la intervención

Figura masculina (la hizo primero junto con otros dos dibujos)

Rubén tiene una novia de 11 años yamada Ximena, pero sus papas no saben, su mamá de Rubén tiene una amiga yamada Gaby y la mamá de Rubén le pidio que lo espiara porque se distrae, yeva cartas y no pone atención y vajo de calif, pero Gaby nunca le dijo que tenia una novia de “11” años porque lo ivan a regañar, y como a Gaby le cae muy bien no lo idjo. FIN

Figura femenina

Karina es una chava muy sociable tiene 16 años, le gusta salir con su novio que se llama Bernardo ella va en la prepa, un día Bernardo se enojo con ella y desidieron ablar y ya no seria novios solo amigos. Kari se vusco otro que se yama Barragán que lo conocio en la prepa en la clas 407. Fueron novios hasta la univercidad.

Después de la intervención

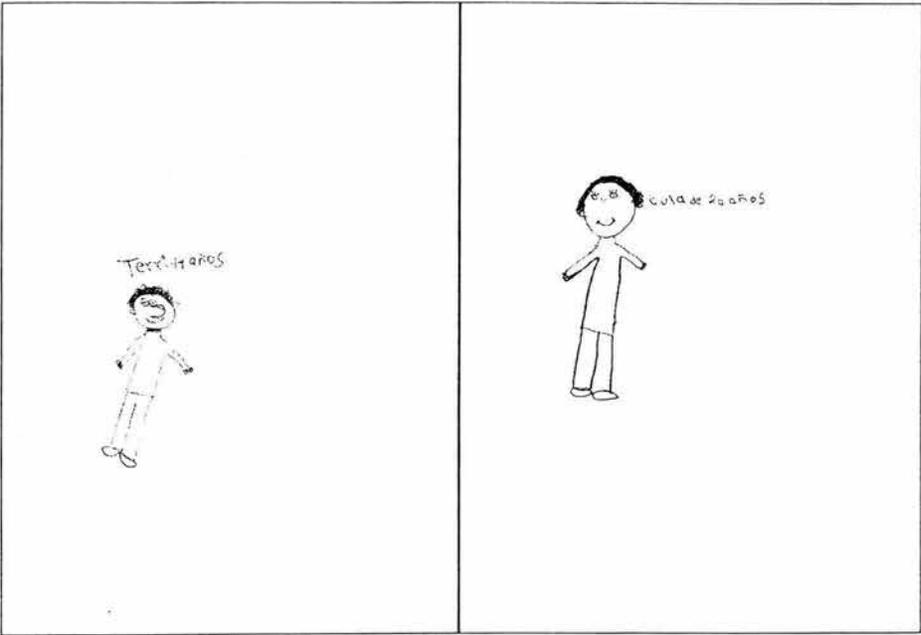
Figura femenina

Un día Tania Karina, se enojo con su amiga Nicolee, ellas seguían enojadas por semanas, nicolee le decia, perdoname si algun dia te hice algo, entonces Tana mandaba recados con Miriam su mejor amiga, Nicolee le daba muchos obsequios pero ella los rechazaba, unia nicol le dio una caja de chocolates Tania los rechazo y dijo “a mi no me compras con obsequios”, sino con una S amistad, nicolee diaria se quedava pensando con eso entonses ya “asi” no la molesta pero lla ban a cumplir 8 meses sin ablarce.

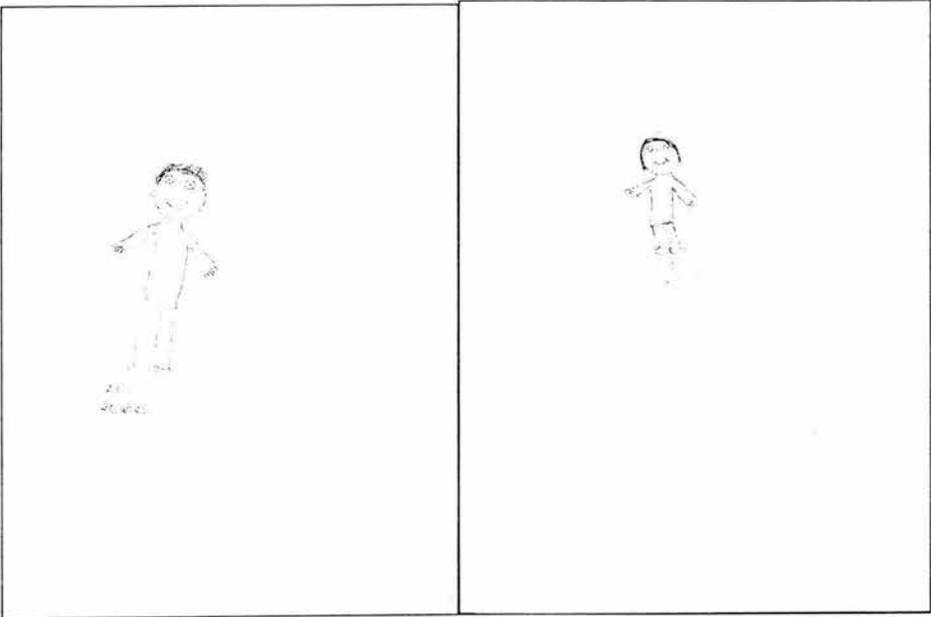
Figura masculina

Jael es una persona muy padre y sinsero, un día Aldo su amigo, le llama a Gaby y le dijo. “Hola, que cres no te a dicho nada tu prima Lus, y Gaby le dice no porque, le paso un axidente ayer saliendo del Superama iva un camion de pepsi y se volco iva con su padrino está en el Hospital Angueles en la lera torre esta en el cuarto 246° y me dijo que lo fueras a ver aorita, cuando acaba Gaby se queda callada, y dijo es broma y Aldo dice “si” te la creiste, Gaby dice si no me buelban a hacer otra broma.

Alan 10 años 9 meses
Antes de la intervención



Después de la intervención



ALAN

Antes de la intervención

Figura masculina

Terri tiene 14 años, de chico Terri solia ser artista el ensayaba todos los días para cuando fuera grande ser muy famoso y cuando cumplio los 14 años grabo su primer disco y se hizo famoso. Fin.

Figura femenina

Cula siempre queria ser futbolista pero su papá no la dejaba jugar futbol y su mamá si la dejaba y cuando cula gano el trofeo y su papa Clark la empezo a dejar. FIN

Después de la intervención

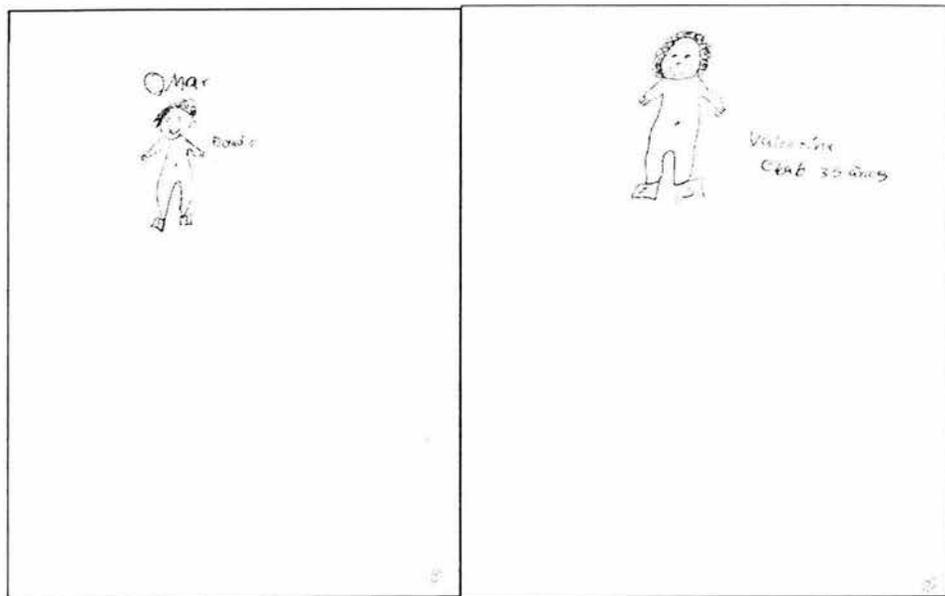
Figura masculina

Andy es de 20 años asistio al kinder naciones unidas y fue a la primaria Heroes de Padierna y continuo la secundaria en la g1 y fue a la preparatoria y ahora esta aciendo su carrera de Ingeniería.

Figura femenina

Yuri nacio en el año 1991 fue al kinder marakiki y fue a la primaria y fue a la primaria Rafael Ramírez y continuo la secundaria en la 302

Omar 11 años 4 meses
Antes de la intervención



Después de la intervención



OMAR

Antes de la intervención

Figura masculina

Este Omar estaba jugando futbol y ganar el no estaba contento de ganar y si estaba contento perder.

Este cuento a terminado FIN

Figura femenina

Eya vive en exasienba de esclava. Eya tiene un poesto de verboras x regreo y Jumex y so esposo trabaja en elistrisista y benbedor de carne.

Después de la intervención

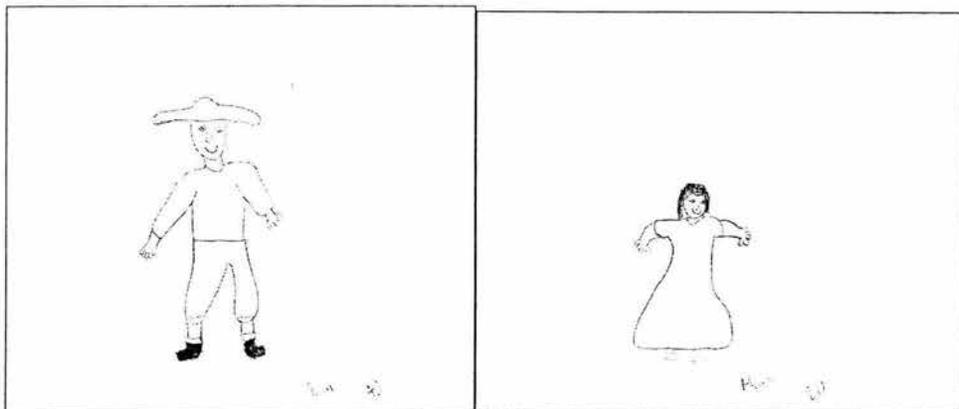
Figura masculina

Erick vive en una casa de tabique con pintura color vino satiabo y la calle ferrocarril a Cuernavaca # 7. juega fútbol, travieso, latoso (tira las cosas), echar relajo.

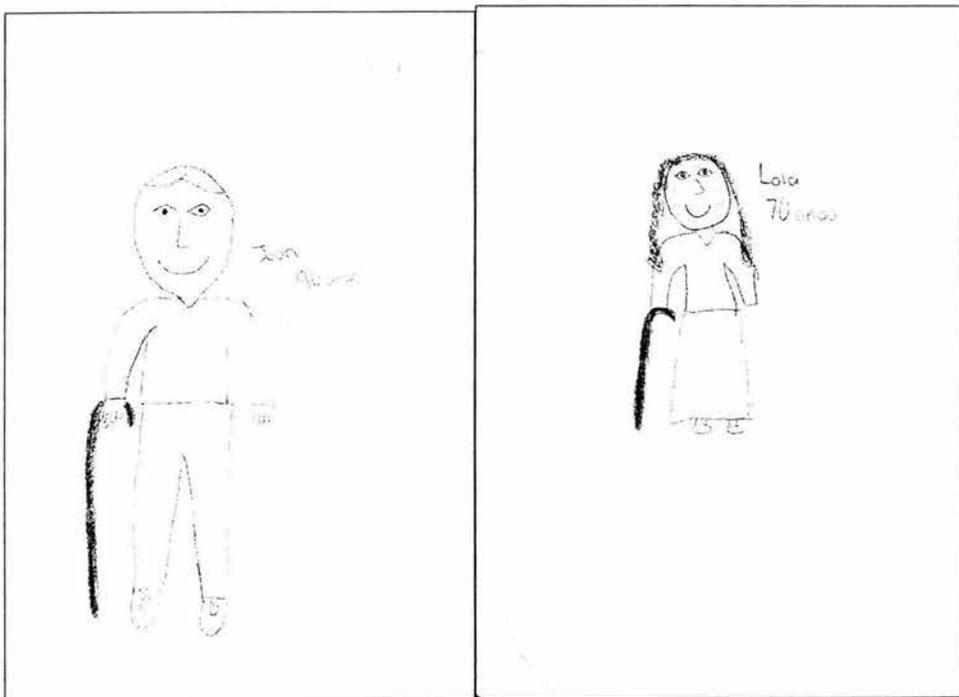
Figura femenina

Ivonne es sinpatica, latosa, metiche. FIN

Jonathan 11 años 9 meses
Antes de la intervención



Después de la intervención



JONATHAN

Antes de la intervención

Figura masculina

Un día Juan caminaba hacia su campo cuando de repente se le apareció un pajarito erido y lo adoptó. Cuando el pajarito se estaba recuperando Juan decidió dejarlo libre, pero el pajarito no se fue, Juan decidió quedarse con él y fueron grandes amigos.

Figura femenina

María tenía un perro y lo quería mucho; pero un día se enfermó y María se puso muy triste. Fue con el veterinario y le dijo que su perro se iba a morir, la niña se puso muy triste.

Un día caminaba por el parque y vio un duende, el duende le cumplió un deseo y ese era que no se muriera su perro. Cuando María regresó a su casa vio que su perro estaba bien y fueron felices.

Después de la intervención

Figura masculina

Juan es un señor que tiene unas cosas muy interesantes que ha obtenido a lo largo de su vida como cuando era deportista, o cuando fue a la guerra y fue un gran soldado, todos sus recuerdos, medallas, etc. los guarda en un cajón de madera.

Figura femenina

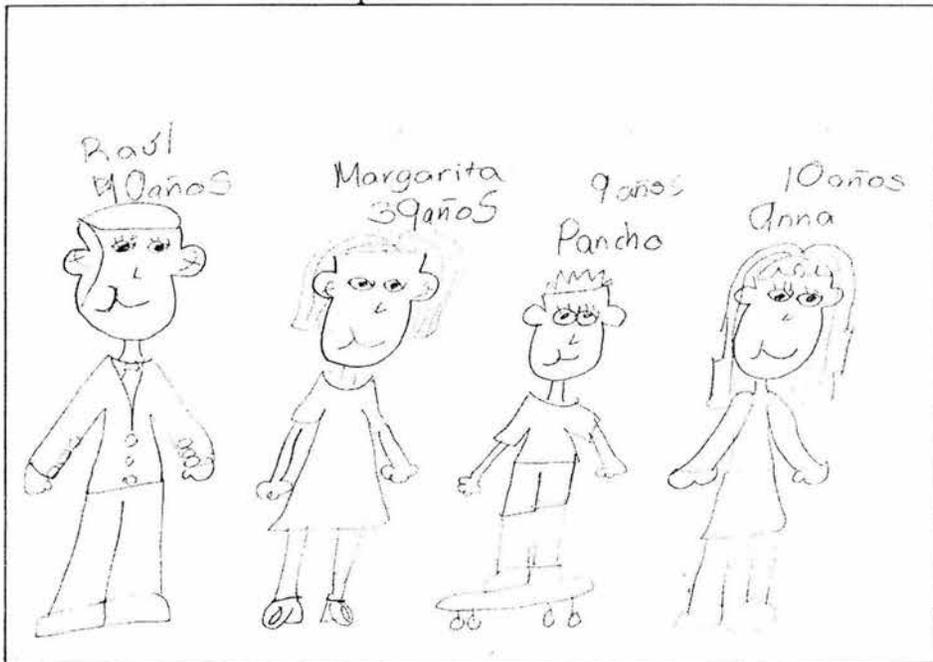
Lola es una señora que cuando era niña le gustaba el fútbol y jugaba carritos, parecía hombre y es muy feliz porque ahora tiene a un equipo de fútbol de niños al que entrena. Está medio loca y chistosa.

Dibujos de la Familia

Mary Fer 11 años 4 meses (antes de la intervención)



Después de la intervención



INTERROGATORIO DEL DIBUJO DE LA FAMILIA (Corman, 1967)

Antes de la intervención

MARY FER

¿En dónde están? Están en su casa comiendo, esperan a los abuelos. Platican mientras tanto

¿Quién es el más bueno? Perri porque es bonito, perrito y chiquito. La mamá porque está en la casa y atiende a todos

¿Quién es el menos bueno? Luis porque es bebé y no sabe lo que hace

¿Quién es el más feliz? Alejandra porque tiene a su familia y tiene una mascota

¿Quién es el menos feliz? Papá porque siempre está trabajando y no tiene tiempo de ver a sus hijos

¿Quién te cae mejor? Perri, es divertido, salta y quiere a todos. La mamá porque está en la casa, ayuda en las tareas y está al pendiente de todo.

¿Quién te cae menos bien? Luis porque rompe todo y si la mamá hace un pastel él se lo come o lo tira y si Alejandra hace la tarea la rompe y la raya.

¿Quién está triste? El papá porque él no quiere seguir yendo a ese trabajo porque le quita mucho tiempo para ver a su familia o a sus hijos.

¿Quién está enojado? Perri porque está preocupado del papá y quiere ayudar pero no puede.

Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión? Perri, decide el papá, porque puede ser perro guardián y cuidar la casa por si hay un ladrón y si lo agarra lo pueden recompensar yendo a otro viaje o al parque o algo así. Si fuera uno de los humanos, sería la mamá la que se queda y decide el papá para mantener limpia la casa por si se mete un perro y la mamá lo saque a patadas o con la escoba.

¿Quién hizo una travesura? Luis, rompió los platos y lo pusieron en un corralito grande.

Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? La mascota (la haría más grande y con dientes más grandes)

Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A Luis por travieso.

Después de la intervención

¿En dónde están? Están en un lugar donde se toman fotos

¿Quién es el más bueno? Todos. Ana que ayuda a todos, a los papás y al hermano

¿Quién es el menos bueno? Pancho, no ayuda, no hace tareas.

¿Quién es el más feliz? Papá porque tiene un buen trabajo y está con sus hijos y familia

¿Quién es el menos feliz? Pancho porque él quiere cambiar pero no puede.

¿Quién te cae mejor? Margarita (la mamá) porque ayuda a Pancho y Ana a hacer las tareas porque si el papá no puede recoger a los niños aunque tenga mucho trabajo va por ellos.

¿Quién te cae menos bien? Pancho. No se hace responsable y no se da cuenta que tiene una familia muy bonita

¿Quién está triste? El papá porque Pancho no es muy bueno en la escuela como su hermana.

¿Quién está enojado? La mamá porque cuando andan en la casa, está solo Pancho y ella le pide ayuda y Pancho no quiere.

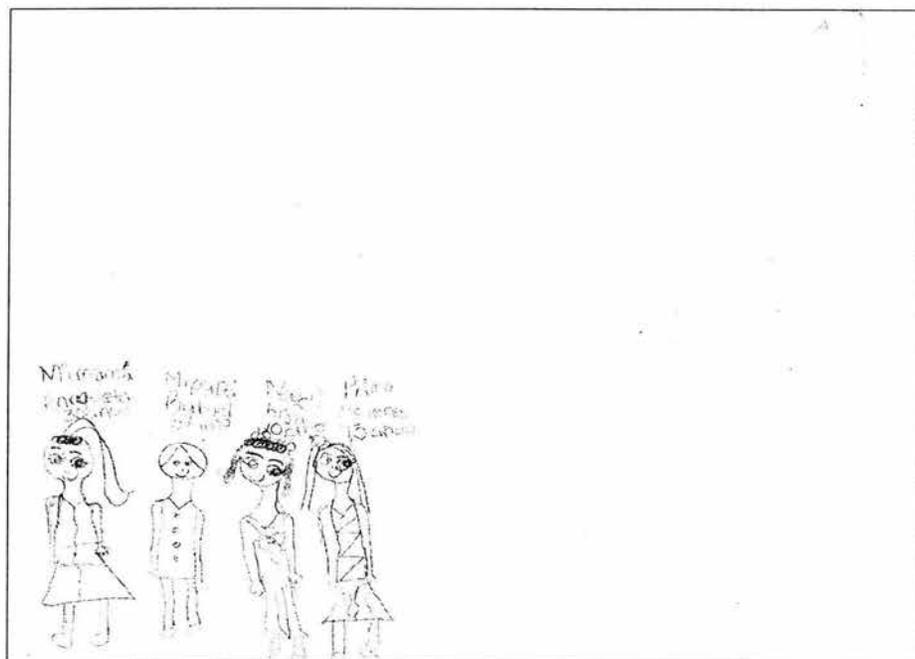
Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión? La mamá y decide ella, porque viven en casa que no tiene barda, tiene que quedarse a cuidar.

¿Quién hizo una travesura? Pancho. Cambió las calificaciones de su hermana por las de él. Le quitaron la patineta por un mes.

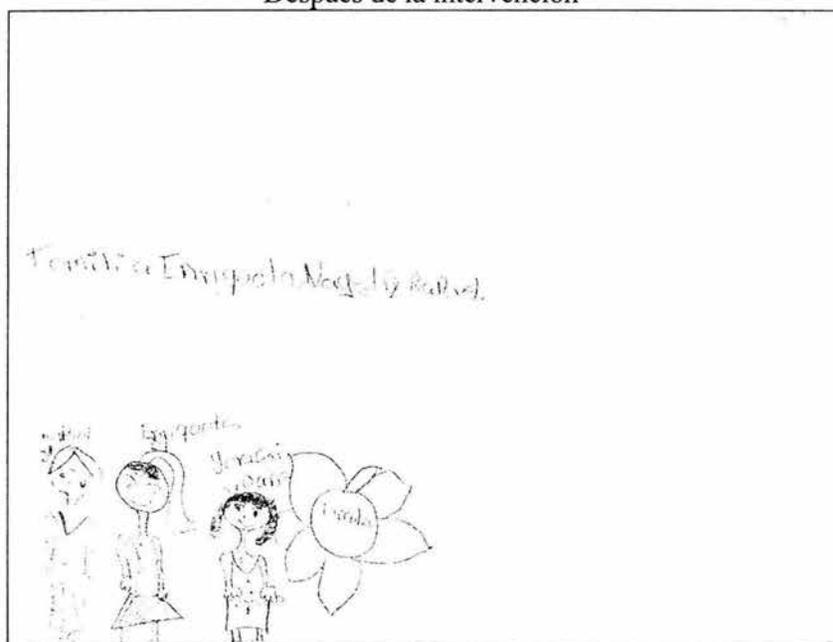
Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? nada

Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A nadie.

Nayelli 10 años 5 meses antes de la intervención



Después de la intervención



NAYELLI

¿En dónde están? En la casa están desayunando, pero no, están reunidos van a hacer una junta familiar.

¿Quién es el más bueno? Mamá porque me ayuda a cosas que no entiendo y a resolver problemas que tengo en la casa.

¿Quién es el menos bueno? Yo. Porque casi no le ayudo a mi mamá a lo que me pide y casi no la obedezco.

¿Quién es el más feliz? Yo, mamá y prima. Mi prima cuando están todas tristes nos ayuda a que estemos más contentas, relajadas y comunicativas, todo eso.

¿Quién es el menos feliz? Papá, porque es muy gruñón, tiene feo carácter (no le gusta lo que nosotros le decimos) hace lo que él quiere siendo que la casa es de mi abuelito.

¿Quién te cae mejor? Mamá, yo, mi prima, a veces papá. Mi mamá porque nos compartimos cosas que mis tías con sus hijas no, como estudios, todo eso. Mi mamá estudia la prepa, estudiamos juntas, vamos a un parque. Tenemos que hacer el quehacer.

¿Quién te cae menos bien? Mi papá. Él solo ve la tele y no ayuda en nada y cuando mi mamá está paurada le exige que le de de comer y no puedo estar haciendo otras cosas.

¿Quién está triste? Ninguno. A veces yo o mi mamá. Mamá porque yo no quiero ir a la escuela, porque no me dan el medicamento, me duele el estómago por tantos corajes.

¿Quién está enojado? Papá, porque mi mamá no hace las cosas que él le pide.

Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión? Mi papá, todos decidirían hasta él porque no le gustan los paseos.

¿Quién hizo una travesura? Yo o mi prima. A veces mi prima pone como alfileres en la silla a otra prima y se ríe. Yo me metería a un hoyo que hay por la construcción si que me vieran. Si hay personas cuando esto pasara mi mamá habla conmigo en mi cuarto y me castiga no viendo la tele y estudiando.

Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Haría a mi papá más alegre

Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A mi papá y nada más.

Después de la intervención

¿En dónde están? En casa de sus tíos. Tomándose una foto

¿Quién es el más bueno? Mamá porque es la que se ha preocupado más por mí y me quiere.

¿Quién es el menos bueno? Mi papá porque no se ha preocupado tanto por mí como mi mamá

¿Quién es el más feliz? Yo porque mi mamá me quiere mucho e igual la quiero a ella

¿Quién es el menos feliz? Papá porque como casi no está con nosotros está trabajando en Cuernavaca, sólo en vacaciones lo veo, o si no que se quede con ellos.

¿Quién te cae mejor? Mamá porque es buena persona y muy trabajadora y si está alegre somos alegres y si no... tenemos que llorar o pelearnos o así.

¿Quién te cae menos bien? Papá porque siempre que voy no me hace caso y entonces para qué quiere que vaya.

¿Quién está triste? Yo porque cuando llego a platicar con mi mamá me siento mal y solita porque no hay nada. Mi mamá porque yo me enojo.

¿Quién está enojado? Papá porque no le salen las cosas bien y lo obligaron los abuelitos a trabajar de albañil y él era electricista, faltó un día y ya se quedó ahí.

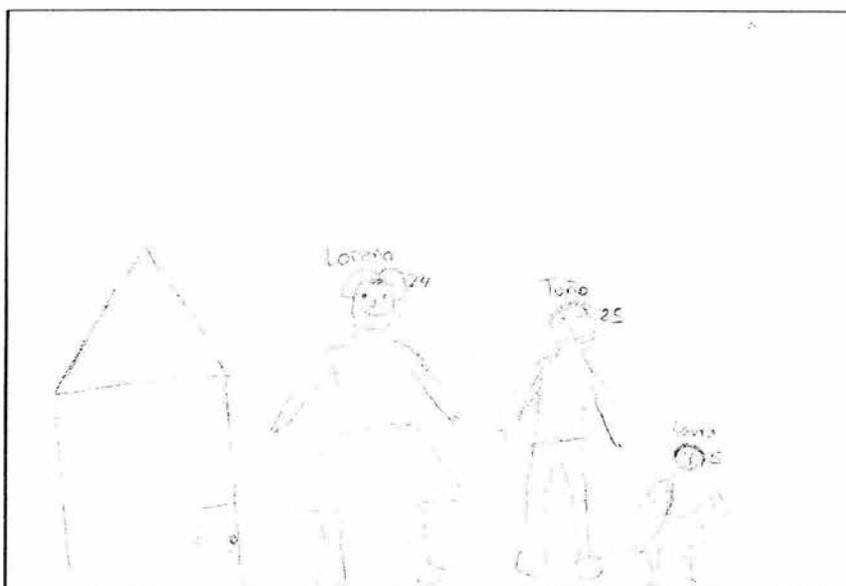
Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión? Papá porque nunca tiene tiempo para nosotros, decide él o mi mamá o yo.

¿Quién hizo una travesura? Yo, como aventar a mi prima al agua sin querer, no hay castigo porque explico del accidente.

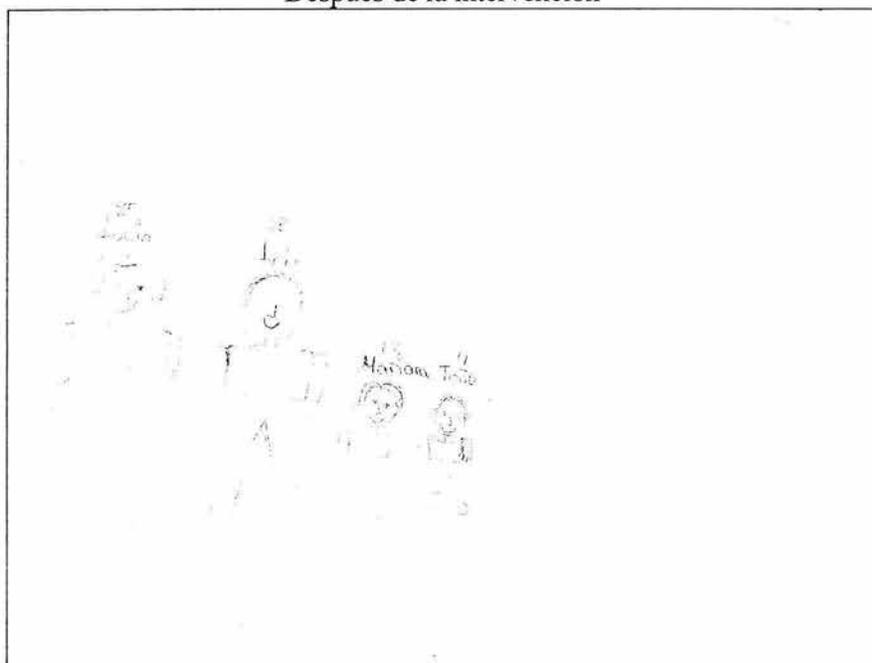
Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? nada

Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A ninguno.

Wendy 11 años 10 meses antes de la intervención



Después de la intervención



WENDY

¿En dónde están? En su casa jugando a correr los tres.
 ¿Quién es el más bueno? Papá porque consiente a su hija
 ¿Quién es el menos bueno? Mamá porque casi no la consiente
 ¿Quién es el más feliz? Niña porque tiene a sus papás
 ¿Quién es el menos feliz? Nadie
 ¿Quién te cae mejor? La niña porque es buena
 ¿Quién te cae menos bien? Mamá porque luego no la deja jugar
 ¿Quién está triste? La niña porque no la dejan salir
 ¿Quién está enojado? Mamá porque no la ayuda a hacer los trabajos de la casa
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión?
 Papá, su mamá decidiría
 ¿Quién hizo una travesura? Niña rompió un vidrio y la castigaron no viendo televisión
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Que su mamá también la consentiría igual
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A la niña

Después de la intervención

¿En dónde están? En el parque, llevaron a jugar a sus hijos.
 ¿Quién es el más bueno? La mamá porque diario lleva a sus hijos al mercado, no los regaña y los lleva a pasear.
 ¿Quién es el menos bueno? Hermano, le pega a su hermana, ya se me olvidó, siempre se anda peleando.
 ¿Quién es el más feliz? Todos. La mamá siempre juega con sus hijos, quiere mucho a sus hijos, nunca los regaña, su hija no la hace enojar más que el hijo.
 ¿Quién es el menos feliz? El hijo Toño porque nadie quiere jugar con él, a todos les pega.
 ¿Quién te cae mejor? La hermana porque juega con todos, nunca se pelea, siempre obedece a su mamá.
 ¿Quién te cae menos bien? Hermano, es muy pegalón, porque no se porta bien y no obedece.
 ¿Quién está triste? (guarda silencio). Nadie. Toño porque no juegan con él sus amigos, primos, hermana.
 ¿Quién está enojado? El papá porque su hijo pega a otros (sus amigos y primos) y le reclaman a él.
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión?
 El papá, sus hijos deciden porque su mamá los lleva a todas partes.
 ¿Quién hizo una travesura? Hijo, escondió dinero a su papá, lo castigaron y no podía jugar, ni ver la t.v. y no le dieron dinero.
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Al niño porque es grosero, poniéndole el sexo contrario no sería grosero.
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A cualquiera de los dos niños para no borrar a sus papás y cambiar nombre y demás.

Gaby 11 años 10 meses antes de la intervención



Después de la intervención



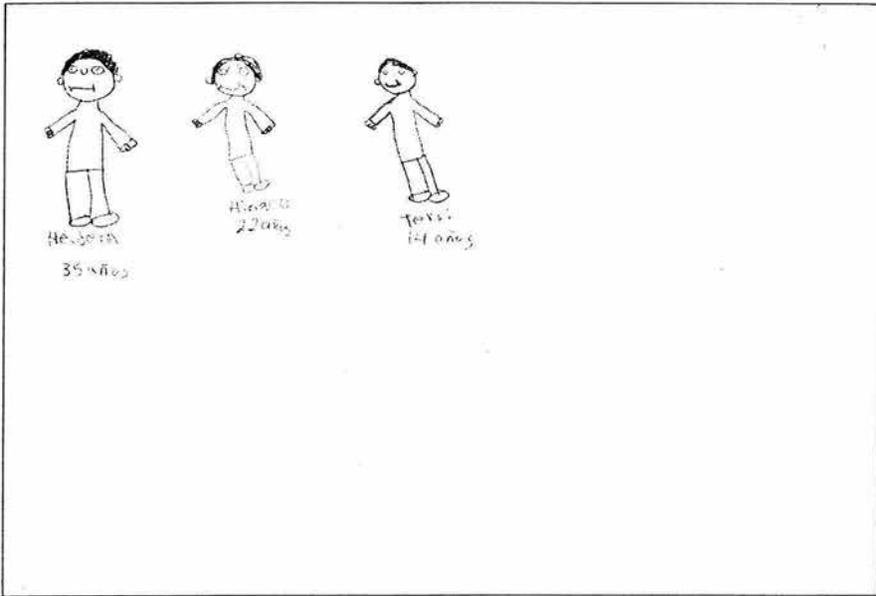
GABY

¿En dónde están? En casa, comiendo los tres, spaguetti (lo que más le gusta a Gaby)
 ¿Quién es el más bueno? Mamá, ella si me comprende
 ¿Quién es el menos bueno? Papá, porque es muy regañón.
 ¿Quién es el más feliz? Yo porque tengo una mamá y un papá
 ¿Quién es el menos feliz? Papá porque se queda con su enojo.
 ¿Quién te cae mejor? Mamá porque platico con ella
 ¿Quién te cae menos bien? Papá porque no tiene tiempo para que estemos juntos.
 ¿Quién está triste? Nadie. A veces mi mamá, cuando la regaña (a Gaby) el papá
 ¿Quién está enojado? Papá por algo que haga yo.
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión?
 Papá, decidió Gaby porque en el viaje no dejaba hacer nada.
 ¿Quién hizo una travesura? Gaby, tiré la azúcar en la cocina, el castigo fue no darme de gastar.
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Le cambiaría las caras porque me salieron fatales, las haría bien hechas.
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A papá.

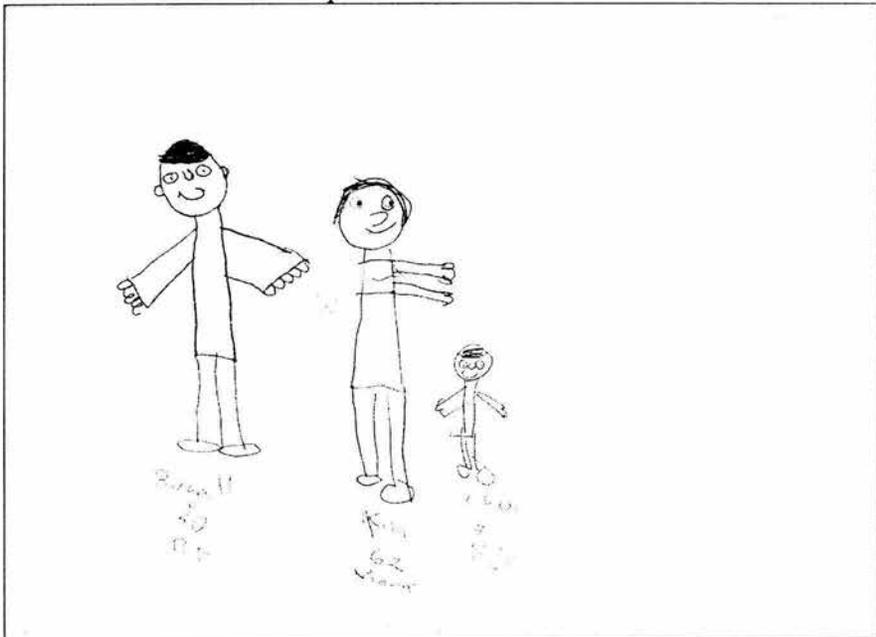
Después de la intervención

¿En dónde están? En el parque, no hacen nada. Están caminando los 3 juntos
 ¿Quién es el más bueno? Mi mamá porque con ella platico
 ¿Quién es el menos bueno? Papá porque es muy regañón
 ¿Quién es el más feliz? Gaby porque tengo una mamá y un papá.
 ¿Quién es el menos feliz? Nadie
 ¿Quién te cae mejor? La mamá, con ella me llevo mejor, platico mucho
 ¿Quién te cae menos bien? Mi papá por regañón
 ¿Quién está triste? Suspira y lo piensa. Mi mamá porque quien sabe, porque ya se aburrió de que caminé mucho.
 ¿Quién está enojado? Mi papá porque quiere seguir caminando.
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión?
 Mi papá, él mismo lo decidiera porque siempre nos ve juntas a las 2, a mi mamá y a mí.
 ¿Quién hizo una travesura? Gaby (yo no hago travesuras), mi prima le agarró el dinero de su bolsa a mi tía. Yo le agarro el dinero. El castigo es no ver tele aunque yo no la veo.
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Quien sabe, no le cambiaría nada.
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A mi papá, porque es muy enojón.

Alan 10 años 9 meses antes de la intervención



Después de la intervención



ALAN

¿En dónde están? En su casa, afuera, saludando a Zero (personaje de un juego)

¿Quién es el más bueno? Rugall porque es honesto

¿Quién es el menos bueno? Choi, pega a todos

¿Quién es el más feliz? Los tres

¿Quién es el menos feliz? Rugall. Se enoja, se vuelve loco, lo hacen enojar, Choi no lo obedece en lo que le dice.

¿Quién te cae mejor? Rugall porque es bueno

¿Quién te cae menos bien? Nadie, todos bien

¿Quién está triste? Nadie.

¿Quién está enojado? Choi porque quiere. Porque lo hicieron enojar (Kim le pegó), (por qué pregunta la terapeuta) quien sabe, hay que preguntarle a él.

Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión? Nadie, porque si caben, el que ya haya ido muchas veces a ese lugar a donde van.

¿Quién hizo una travesura? Choi. Rompió los platos y de castigo no salió a jugar.

Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Nada porque todo está bien.

Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A Kim porque no me quedó bien.

Después de la intervención

¿En dónde están? Están en Corea, en su casa, se tomaron una foto.

¿Quién es el más bueno? Los 3. Terri es honesto

¿Quién es el menos bueno? Ninguno

¿Quién es el más feliz? Terri porque le gusta ser feliz (lo hace feliz estar con sus amigos)

¿Quién es el menos feliz? Heiderm porque siempre está enojado. Porque trabaja mucho.

¿Quién te cae mejor? Terri porque es feliz

¿Quién te cae menos bien? Heiderm porque es enojón

¿Quién está triste? Nadie

¿Quién está enojado? Heiderm

Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión?

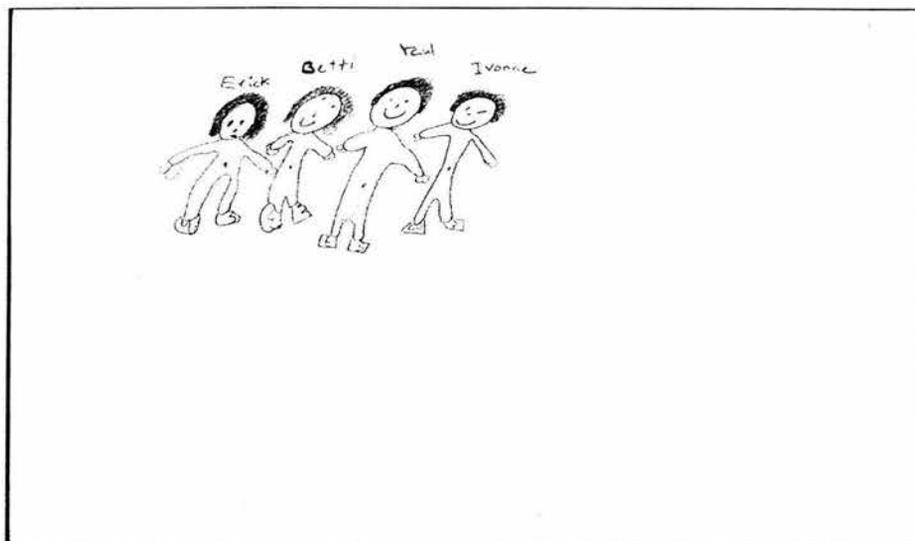
Heiderm decide Terri porque siempre está enojado

¿Quién hizo una travesura? Terri, descompuso un teléfono de la calle y lo regañaron

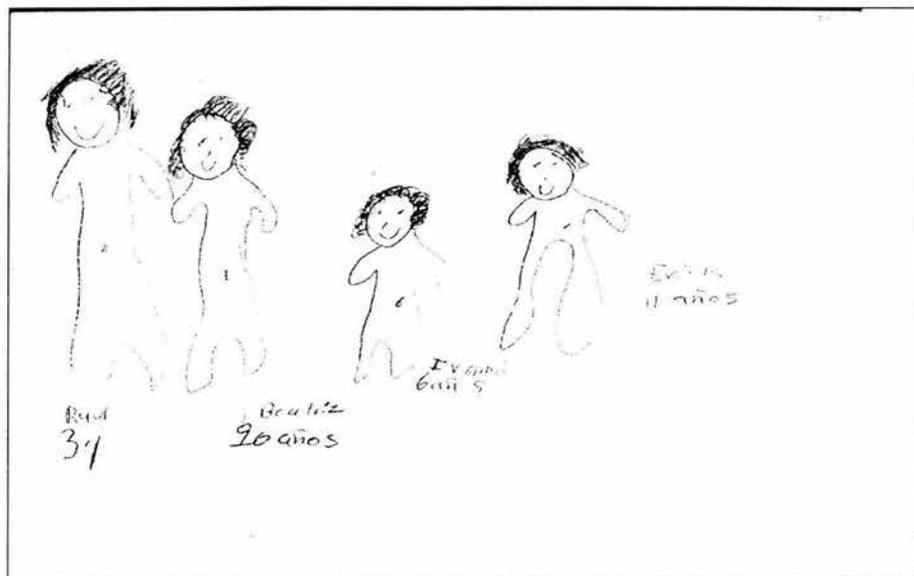
Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Nada.

Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A Heiderm porque no está feliz, nunca está feliz.

Omar 11 años 4 meses (Antes de la intervención)



Después de la intervención



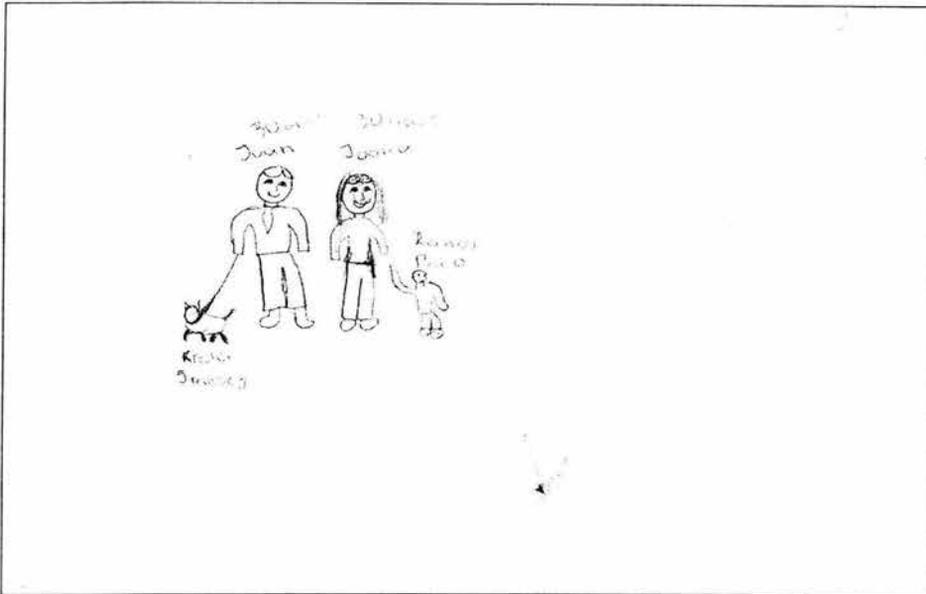
OMAR

¿En dónde están? En Tlalpan, viven en una casa de un piso, comen espagueti.
 ¿Quién es el más bueno? Raúl porque hace que funcione su camioneta y hace que tengamos pa que se compren zapatos y compremos cosas.
 ¿Quién es el menos bueno? Ivonne, casi no hace nada de quehacer, se la pasa jugando con sus muñecas. No se quiere peinar con el pelo suelto.
 ¿Quién es el más feliz? Bety porque se la pasa gritando... platicando, pegando. Pega y grita a Ivonne y a Raúl.
 ¿Quién es el menos feliz? Eric se la pasa jugando con su trompo y se la pasa jugando con su balón. Bety le pega, siente feo.
 ¿Quién te cae mejor? Ivonne porque juega conmigo
 ¿Quién te cae menos bien? Beatriz porque pega mucho
 ¿Quién está triste? Erick porque no avanzó en la escuela
 ¿Quién está enojado? Erick no le hicieron caso
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión? Bety porque grita mucho, todos lo deciden
 ¿Quién hizo una travesura? Erick, esconde sus cosas a Ivonne, lo castigan no viendo la tele.
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Que fueran mejores.
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A nadie

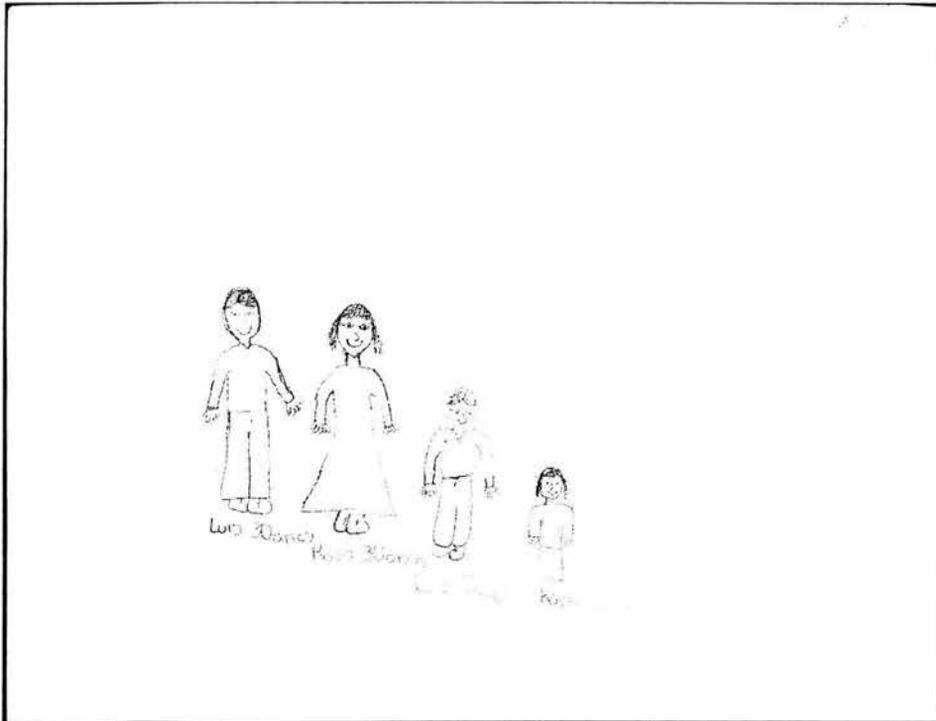
Después de la intervención

¿En dónde están? en su casa, viendo una película juntos
 ¿Quién es el más bueno? Ivonne, a ella la defienden mucho los papás de que Erick le pega. Las muñecas la hacen buena.
 ¿Quién es el menos bueno? Beatriz porque ella le pega mucho a sus hijos y grita.
 ¿Quién es el más feliz? Raúl que toda la familia está reunida
 ¿Quién es el menos feliz? Erick porque su mamá le grita y le pega
 ¿Quién te cae mejor? Ivonne porque ella juega conmigo
 ¿Quién te cae menos bien? Beatriz porque ella le grita a Erick
 ¿Quién está triste? Raúl porque a veces los ingenieros no le pagan
 ¿Quién está enojado? Erick porque su mamá no lo deja salir con la bicicleta.
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión? Erick decide Beatriz porque es el que no se porta bien.
 ¿Quién hizo una travesura? Ivonne que ella le dijo que Omar pintó la puerta de la camioneta, de castigo que no saliera a jugar, que no jugara muñecas.
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? Erick fuera bueno, Ivonne que no fuera platicona y metiche. Beatriz que no pegara y gritara a sus hijos. Raúl que no defendiera a Ivonne.
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? Borraría a Erick porque es el más latosín, quien más.

Jonathan 11 años 9 meses antes de la intervención



Después de la intervención



JONATHAN

¿En dónde están? En su casa, jugando (todos) un juego de mesa. Va ganando Luis chico
 ¿Quién es el más bueno? Rosa porque les hace de comer, les da cariño (jugando con ellos)
 ¿Quién es el menos bueno? Karla, todavía no sabe hacer las cosas bien
 ¿Quién es el más feliz? Karla porque casi todo el día se la pasa jugando
 ¿Quién es el menos feliz? Luis grande porque es el más grande. Porque está triste.
 ¿Quién te cae mejor? Karla porque es la más chica
 ¿Quién te cae menos bien? Luis chico porque no le gusta el fútbol
 ¿Quién está triste? nadie
 ¿Quién está enojado? Rosa porque están muy caras las cosas.
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión?
 Luis chico. Decide él mismo porque ya sabe cocinar y se puede quedar solo.
 ¿Quién hizo una travesura? Karla, le abrió a la llave del agua y escapa por la manguera, de castigo que
 no viera televisión por una semana.
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? La edad, Luis grande 28 y Rosa 28, Luis chico
 de 15 y Karla de 5 años
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A Nadie

Después de la intervención

¿En dónde están? Están en la playa, de paseo.
 ¿Quién es el más bueno? El perro porque es el más cariñoso. El niño porque es muy amigable
 ¿Quién es el menos bueno? El perro porque se pelea mucho, el niño porque es envidioso
 ¿Quién es el más feliz? El perro que le dan de comer. Juan que está en la playa.
 ¿Quién es el menos feliz? Juana porque no puede disfrutar de la playa porque no sabe nadar.
 ¿Quién te cae mejor? El perro porque es muy cariñoso. Juan porque juega fútbol.
 ¿Quién te cae menos bien? Paco porque es muy payaso (envidioso)
 ¿Quién está triste? Paco porque no le dejan ir a donde él quiere
 ¿Quién está enojado? Paco porque no lo dejan ir a donde él quiere.
 Si hicieran un viaje y alguien se tuviera que quedar ¿quién se quedaría y quién tomaría esa decisión?
 Juan él mismo decide porque se sacrifica por su familia
 ¿Quién hizo una travesura? Paco, que le haya echado tierra a Craysi, su castigo que no jugara con el
 perro.
 Si lo volvieras a hacer ¿qué cambiarías en el dibujo? nada
 Si te pidiera que borraras a alguien ¿a quién borrarías? A Paco por envidioso y por maldoso que le
 hace maldades a Craysi.