



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO

UN MODELO DE AYUDA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KARINA MEDINA LEÓN

DIRECTOR DE TESIS:
DR. GONZÁLEZ NÚÑEZ JOSÉ DE JESÚS

COMITÉ DE TESIS:
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA
DRA. MARÍA DEL ROCÍO AVENDAÑO SANDOVAL

ASESORA METODOLÓGICA:
DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO



MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la vida y estar siempre conmigo.

A MIS PADRES

Ana María y Joel por su gran cariño y apoyo para verme realizada como una profesionalista.

A MI HERMANO EDUARDO

Por estar siempre dispuesto a escucharme.

A MI HIJA ARIADNA MAYANÍ

Con todo mi amor, cariño y con quien he compartido todos mis sueños e ilusiones, guiando el camino de mi vida.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

En especial a la Facultad de Psicología por brindarme la oportunidad de realizar en ella una de mis más grandes metas, y con gran admiración a los maestros que me formaron e hicieron de mí una profesionalista.

AL Dr. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ

Por su apoyo, confianza, fortaleza y aceptación de mi investigación.

A LA Dra. CARMEN MERINO GAMIÑO

Con especial afecto por haberme brindado comprensión, apoyo y quien siempre me ha impulsado a alcanzar mis metas, me ha dado fortaleza y ha estado en los momentos más críticos de mi vida.

A LA Mtra. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA

Por haber hecho surgir en mí un gran interés por los niños que sufren algún padecimiento psicológico.

A LA Dra. MARÍA DEL ROCÍO AVENDAÑO SANDOVAL

Por sus valiosas enseñanzas y de quien sus palabras de aliento sembraron en mi la esperanza de ser cada día mejor profesionalista.

Al Dr. SAMUEL JURADO CARDENAS

Por su gran amabilidad y confianza en mi investigación.

A LA Lic. ALEJANDRA VALENCIA

Por su apoyo en el análisis estadístico e interés en ver cumplida esta obra.

A LA Lic. LORENA GONZÁLEZ REYNA

Directora del Albergue Temporal, quien sin su aprobación y consentimiento no hubiese sido posible la realización de esta investigación.

A LA Lic. BLANCA ESTELA RODRÍGUEZ

Subdirectora del Área de Psicología del Albergue Temporal, por su colaboración y apoyo incondicional para la realización de esta tesis.

A LAS Lics. DEL ALBERGUE TEMPORAL

Guadalupe Alexander, Verónica Morales, Hilda Tapia y Virginia Barragán, quienes me transmitieron gran parte de su experiencia profesional para hacer de mi una mejor profesionalista.

A LA PSICÓLOGA YOLANDA VALDÉS VALENCIA

Miembro del CAVI, quien me enseñó el manejo de grupos terapéuticos y sus conocimientos transmitieron en mi la fortaleza para ayudar a los más necesitados.

A la Lic. MARCELA MÉNDEZ FLORES

Quien participó dentro de esta investigación como cooterapeuta dentro de la intervención.

A LA FAMILIA FERNÁNDEZ GALVÁN

Quien siempre me ha apoyado mi crecimiento profesional. Especialmente al Lic. Fernando por ser uno de mis maestros en la escuela de la vida.

A MIS AMIGAS

Paulina y Jocelyn, por su amistad y compañía a lo largo de la carrera. En especial a Pamela quien siempre estuvo apoyando mi trabajo en la parte técnica y al Arquitecto Omar Fernández por haberme apoyado en la parte del diseño.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS

Que de manera directa o indirecta hicieron posible la realización de esta investigación.

Este trabajo se lo dedico a todos aquellos niños que han sido víctimas de maltrato, pero muy especialmente, aquellos que estuvieron dentro del grupo terapéutico, a quienes siempre los tendré muy presentes para seguir superándome.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	8

CAPÍTULO I. LA DEPRESIÓN

1.1	La depresión.....	13
1.2	Antecedentes históricos de la depresión.....	14
1.3	La depresión y la pérdida.....	16
1.4	Procedimientos terapéuticos en la depresión.....	18
1.5	La depresión infantil.....	20
1.6	Cuadro clínico de la depresión infantil.....	23
1.7	Etiología de la depresión infantil.....	27
1.8	El concepto de apego, la teoría del vínculo y la pérdida afectiva.....	28

CAPÍTULO II. EL MALTRATO INFANTIL

2.1	El maltrato infantil.....	34
2.2	Antecedentes históricos del maltrato infantil.....	34
2.3	Tipos de maltrato.....	36
2.4	Consecuencias del maltrato.....	40
2.5	Indicadores del maltrato.....	44

CAPÍTULO III. METODOS DE INTERVENCIÓN

3.1	El grupo de discusión.....	48
3.2	Un mejor comportamiento puede ser aprendido en grupos.....	49
3.3	El grupo dinámico.....	50
3.3.1	En el grupo dinámico se usa la discusión.....	50
3.3.2	En el grupo dinámico se usa la contextualización.....	51
3.3.3	En el grupo dinámico se usa la interpretación.....	52
3.3.4	En el grupo dinámico se usa el refuerzo.....	53
3.4	Terapia de juego para niños víctimas de maltrato y negligencia.....	54

CAPÍTULO IV. EL ALBERGUE TEMPORAL DE LA PGJDF

4.1	La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.....	58
4.2	El Albergue Temporal de la P. G. J. D. F.....	62
4.3	Funciones del Albergue Temporal.....	63
4.4	Funciones y obligaciones del personal del área de Psicología.....	64

CAPÍTULO V. MÉTODO

5.1	Planteamiento del problema.....	68
5.2	Preguntas de investigación.....	69
5.3	Hipótesis de la investigación.....	69
5.4	Definición conceptual de variables.....	70
5.5	Definición operacional de variables.....	71
5.6	Tipo de estudio.....	72
5.7	Tipo de diseño.....	73
5.8	Muestra.....	73
5.9	Escenario.....	74
5.10	Instrumentos.....	74
5.11	Procedimientos.....	81
5.12	Tratamiento de los datos.	103

CAPÍTULO VI ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....104

CAPÍTULO VII DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....162

CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES

8.1	Conclusiones.....	169
8.2	Sugerencias.....	171

REFERENCIAS.....173

Anexo 1.....	176
Anexo 2.....	180
Anexo 3.....	191



RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue comprobar la efectividad de un tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo para aminorar la sintomatología depresiva en niños víctimas de maltrato. Se trabajó con una muestra propositiva de 5 niñas y 5 niños de edad escolar de entre 7 y 11 años, que fueron separados de sus padres y se encontraban temporalmente institucionalizados en el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del D. F. para su protección. Se empleó un tipo de diseño intrasujeto, estableciendo comparaciones del comportamiento y síntomas reportados a través de la valoración psicológica y elementos cualitativos observados en el DFH en un mismo sujeto, antes y después de la introducción de la variable independiente (tratamiento). Con base a las técnicas empleadas en la evaluación inicial (aplicación individual del DFH, valoración psicológica, entrevista y una breve historia clínica), se identificaron los síntomas y se diseñó el tratamiento, tomando en cuenta las necesidades de la institución en cuanto a que el tiempo que permanecen los menores es indeterminado, de ahí que se pensará en un modelo de intervención breve debido a los constantes egresos que se dan de manera imprevista. Los datos obtenidos a través de la valoración psicológica en relación al número de síntomas que presentaron antes y después del tratamiento, fueron analizados estadísticamente a través de una T de Wilcoxon, encontrando diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de significancia de .005, que confirma la hipótesis alterna: "EL TRATAMIENTO DISEÑADO A TRAVÉS DE DINÁMICAS DE GRUPO TIENE UN EFECTO POSITIVO SOBRE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO. En la parte cualitativa se procedió a evaluar los indicadores clínicos observados a través del DFH, antes y después de la intervención, y se realizó un análisis de cada una de las sesiones a través de un formato de observación. Con ello se confirmó que es posible modificar la presencia de indicadores emocionales observados a través del DFH, mediante la intervención diseñada en niños víctimas de maltrato; además, de que se fueron observando avances progresivos a lo largo del tratamiento.



INTRODUCCIÓN

En México como en muchos otros países en vías de desarrollo existen diversos problemas de índole económico, político, social y cultural que afectan gravemente el núcleo familiar. Estos problemas suelen provocar disfunción dentro de los hogares, siendo la niñez la parte más desprotegida y un blanco vulnerable tanto en la familia como en la sociedad.

El maltrato infantil se ha convertido en una de las preocupaciones más importantes de nuestra época. Aproximadamente, cada año en el mundo, 40 millones de niños son víctimas de este problema social y la cifra va en aumento, según advirtió la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato Infantil (SIPMI).

Según la Ley, los menores de 18 años sufren de maltrato y abuso en su salud física o mental, ya sea por acción o negligencia de parte de adultos, así como también por omisión en su cuidado y en la no observación de sus derechos.

Debido a la importancia que tiene la niñez dentro de nuestra sociedad, se han desarrollado y creado en el mundo instituciones, asociaciones, patronatos y fundaciones que hacen énfasis en los derechos del niño.

En México existen dependencias de asistencia social para la protección de los menores, son instituciones como los internados, casas de cuna, casas de hogar y albergues, que pertenecen todos al sistema gubernamental, además de que existen también organismos de asistencia social de índole privados.

Instituciones como las Casas Hogar de la Dirección General de Protección Social - dependencia del Departamento del Distrito Federal-, así como el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia, se encargan de los asuntos del menor pero en situaciones especialmente difíciles.

Gracias a la denuncia oportuna de la ciudadanía, muchos casos de niños en situaciones de riesgo llegan al conocimiento de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, a través de las Agencias del Ministerio Público Especializadas en Asuntos de Menores e Incapaces, que pertenecen a la Dirección General de Investigación para Menores e Incapaces.



En el caso de que un menor sea víctima de algún delito, y de que exista una denuncia ciudadana, se da inicio a una averiguación previa; los menores victimados, abandonados o lesionados, son canalizados al Albergue Temporal y quedan a disposición de la *Dirección General de Investigación para Menores e Incapaces*, de la PGJDF, en tanto se determina si es posible la reintegración a sus respectivas familias o si es necesario que permanezcan en instituciones de asistencia social más o menos permanente.

El Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal es el lugar destinado para los menores e incapaces que han sido víctimas de algún delito, como la exclusión o el abuso. Tiene como función proporcionar el más amplio amparo que en derecho proceda, cuidando celosamente que su situación jurídica se resuelva en definitiva, hasta su total reintegración al entorno familiar y social más adecuado. Su objetivo es acoger a los niños abandonados y desamparados que le canaliza el Ministerio Público en tanto se les busca un destino permanente.

Como su nombre lo dice este es un Albergue Temporal, en donde los niños permanecen mientras se resuelve su situación jurídica, la cual puede tener varias vertientes: a) Que el menor regrese con sus padres, b) Que sea entregado a un familiar alternativo que se haga responsable de él y en caso de que no lo haya c) Que sea canalizado a una casa cuna, casa hogar, casa DIF varones, casa DIF niñas, etc.

Para el presente trabajo, los menores que se consideran *víctimas de maltrato*, son aquellos que han sufrido por parte de sus padres o cuidadores, actos que afectan gravemente su desarrollo físico, emocional, intelectual y moral y que por tal razón han sido remitidos al Albergue Temporal de la PGJ para su protección. Se trata de actos tales como: lesiones en la piel, golpes, fracturas, quemaduras, abuso sexual, violación, omisión de cuidados, disputa entre los padres, familiar detenido, falta de instrucción escolar, violencia familiar o que sufren las carencias de los familiares con respecto a la vestimenta y alimentación inadecuadas.

Estos niños sufren separaciones o pérdidas de seres queridos, lo cual los lleva a presentar conductas relacionadas con el *trastorno depresivo*. Rangel (2001) señala que un niño necesita mantener lazos o vínculos cercanos, predecibles y constantes con sus figuras parentales, que le brinden seguridad, para que se sienta valioso y querido.



Es importante mencionar que la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño (Polaino y cols. 1988).

Los niños que se encuentran dentro del Albergue Temporal provienen de familias disfuncionales y a partir de que se levanta la denuncia de un delito cometido por alguno de los padres, en contra del menor; los niños son arrancados de su ambiente familiar y trasladados al Ministerio Público y de ahí al Albergue Temporal por un tiempo que oscila entre algunas semanas, meses y hasta un año. Este brusco desprendimiento suscita un cierto desequilibrio emocional en los menores que se reafirma si consideramos que la familia constituye un ambiente especialmente importante –tanto por la influencia que tiene en el comportamiento infantil, como por el conjunto de relaciones que en ellas se configuran-, por lo que actúa como caja de resonancia en donde cualquier pequeño conflicto en su seno, incide agigantando sus consecuencias sobre la salud del niño, manifestando éste, una sintomatología depresiva. Sabemos que las depresiones reactivas en la infancia parecen estar vinculadas entre otras a situaciones familiares insatisfactorias (Polaino, op. Cit), no obstante, el niño necesita y desea pertenecer y permanecer en el núcleo familiar donde ha vivido y que es “su” hogar, porque a pesar de que el reciba maltrato y en consecuencia viva un estado de depresión crónica, es posible que el solo imaginar que pudiera ser abandonado o salir de su hogar, sin saber por cuanto tiempo o quizá definitivamente le cause una mayor angustia.

Los menores que se encuentran dentro del Albergue Temporal tienen satisfechas sus necesidades básicas como comida, techo, educación, ropa, etc., pero no tienen satisfechas sus necesidades afectivas y emocionales, que son básicas para un óptimo desarrollo integral. Por tanto estos niños ya llegan vulnerables por el maltrato sufrido y su salud mental se verá seriamente amenazada al ser separados de sus padres o familiares cercanos, además de que se les incrusta en un ambiente físico, extraño para ellos y hostil, en el que se enfrentan a la dificultad para encontrar los vínculos afectivos que tanto necesitan, con adultos dentro de la institución y con otros niños que también han sido “rescatados” de la violencia familiar y arrojados en una vida institucional en la que se encuentran encerrados día y noche (excepcionalmente reciben visitas). Aproximadamente el 80% son abandonados definitivamente y sólo el 20% quizá sean recogidos por sus padres o algún familiar cercano -por lo tanto permanecen en la institución sin tener idea de que será de sus vidas-. Sin embargo, se encuentran en el Albergue por un tiempo suficiente que les permite relativamente “adaptarse” al ambiente social en donde han establecido algún vínculo afectivo con sus compañeros o con algún miembro del personal (cuidador, trabajador social, psicóloga, enfermera,



etc), hasta que un día se rompe abruptamente cuando se determina que serán canalizados a otra institución, siendo trasladados de manera inmediata en la mayoría de los casos, sin previo aviso y sin dar tiempo a que puedan despedirse de aquellas personas con quienes establecieron algún vínculo, contribuyendo con esto a reincidir en la sintomatología depresiva. Aunque aquí también cabe la pregunta qué otras consecuencias puede traer el hecho de que se queden sin tener a alguien con quien identificarse por falta de relaciones estables, qué pasará con su personalidad y con su sentido de identidad, que tipo de autoestima pueden tener, qué consecuencias tendrá esto en sus relaciones interpersonales y en sus futuras relaciones de pareja.

Cabe mencionar que en la edad escolar que abarca de los 7 a los 12 años, los menores ya son capaces de percibir con mayor claridad que lo que está sucediendo con ellos y su familia, además de que existe una mayor probabilidad que se acuerden de estos eventos desfavorables, sintiéndose despreciados, abandonados y rechazados por sus familiares, por ello se eligió este rango de edad, para intervenir en la población más vulnerable que se encuentra dentro del Albergue y que además muchos de ellos se encuentran en la preadolescencia.

Dentro del Albergue Temporal los cuidadores que están a cargo de los niños son muy pocos y además el personal que se encarga de cuidarlos, no está realmente capacitado ni tiene una preparación profesional para brindar a los pequeños un ambiente gratificante, cálido, de confianza y seguridad, en el que se promuevan afectos positivos y en el que los niños sientan protección y aprendan a participar en relaciones interpersonales satisfactorias y establecer vínculos cercanos con los demás.

En el Albergue los cuidadores que están a cargo de los niños no les pueden brindar la atención que los niños necesitan al estar en un estado de crisis, porque han perdido su hogar, a sus padres y a otros familiares significativos, y porque se encuentran en un medio institucional, impersonal. Tampoco pueden los cuidadores desempeñar un papel de madres o padres sustitutos, pues además de ser personas extrañas al niño, en un entorno también extraño, son cambiados de turno constantemente dificultando la constancia de un objeto sustituto o transicional. Lo anterior puede contribuir a aumentar sus sentimientos de temor a lo desconocido, incertidumbre, abandono, desconfianza y rechazo, los cuales están estrechamente asociados a una sintomatología depresiva.



Los menores que se encuentran en el Albergue están insertados en un mundo de relaciones impersonales en el que a veces logran establecer algún vínculo afectivo con una persona adulta dentro de la institución, pero este se rompe abruptamente cuando son canalizados a otra institución provocando en el niño un cierto desequilibrio emocional que tendrá repercusiones futuras, pues cuando un niño no cuenta con ninguna persona con la que pueda relacionarse o cuando hay una sucesión de personas con las que establece breves relaciones de apego, el resultado es que se vuelve cada vez más centrado en sí mismo, pues, prácticamente está obligado establecer relaciones transitorias, impersonales y superficiales. Si esto se convierte en un patrón establecido, constituye un mal presagio para su desarrollo futuro (Bowlby, 1997), lo cual muy probablemente se vería reflejado en su dificultad para establecer relaciones de pareja estables y duraderas.

A pesar de esto, los niños manifiestan en todo momento su necesidad de afecto, aceptación y reconocimiento, pues muestran avidez de contacto hacia aquellas personas quienes de alguna manera les han prestado un poco de atención. En el caso de las víctimas de violación, no siempre se observa esta necesidad de contacto, ya que de acuerdo a su propia historia, han aprendido que el contacto y la cercanía física implican un tipo de sufrimiento y se ha creado en ellas una cierta desconfianza que la manifiestan no admitiendo contacto con nadie y muy particularmente hacia personas del mismo sexo que su agresor sexual.

Una vez instaurado el síndrome depresivo –si no se diagnostica y trata a tiempo– puede hipotecar muy fácilmente, la futura vida del niño (Polaino, Op cit). Por ello es importante que se implemente un programa de corta duración (dado que el tiempo que permanecen los niños es impredecible) donde se apliquen dinámicas de grupo que favorezcan el estado de ánimo y ayuden a salir de la depresión a niños víctimas de maltrato.

Considerando lo anterior, el objetivo principal de la presente investigación es conocer más a fondo la problemática de los niños del Albergue y constatar:

- a) Si es posible modificar la presencia de indicadores emocionales observados a través del DFH mediante la intervención diseñada (dinámicas de grupo) en niños víctimas de maltrato.



- b) Si existen diferencias estadísticamente significativas, en la severidad de los síntomas depresivos reportados a través de la valoración psicológica, antes y después de la intervención diseñada (mediante dinámicas de grupo) en niños víctimas de maltrato.
- c) Si el tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo tiene un efecto positivo sobre los síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato.
- d) Observar con estrategias exploratorias, las manifestaciones de la problemática emocional de los niños ingresados al Albergue.

Debido a que el Albergue Temporal es una institución que tiene como función principal proteger a los menores y aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas del motivo de su ingreso, el fin es el descubrir la efectividad de dicho programa para su posterior aplicación como método de intervención, que favorezca el bienestar de los menores y mejore su salud mental.

Con este propósito este estudio se dividió en los siguientes capítulos: El primer capítulo aborda el tema de la depresión, sus antecedentes, procedimientos terapéuticos, su relación con la pérdida, la depresión infantil, su cuadro clínico y etiología. El segundo capítulo habla del maltrato infantil, sus antecedentes, tipos de maltrato, consecuencias e indicadores. En el capítulo tercero se hace un resumen acerca de lo que es el grupo dinámico y sus principales herramientas que utiliza. El capítulo cuarto hace referencia al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del D.F. En el quinto capítulo se describen las características metodológicas utilizadas en esta investigación. En el capítulo sexto se presenta el análisis de los resultados. El séptimo capítulo muestra la discusión de los mismos y el octavo capítulo presenta las conclusiones a las que se llegó en esta investigación y se mencionan algunas sugerencias para posteriores investigaciones.



ANTECEDENTES

Cualquier niño se convierte en víctima de maltrato cuando sufre un daño ya sea por acción u omisión de parte de un familiar cercano o cualquier otra persona.

Situaciones como maltrato (físico y psicológico), abuso sexual, violación, incesto, corrupción, exhibicionismo, prostitución, atentados al pudor, estupro, accidentes de tránsito, explotación laboral, riñas, grupos de prácticas de droga, lenocinio (tratante de blancas), abandono, negligencia, etc.; son delitos que son sancionados por el Código Penal para el Distrito Federal.

En los casos en que algún menor se ve afectado por alguno de estos delitos y existe la necesidad de albergarlo para su protección, ocurren cambios totales en su vida: Cambia su medio ambiente, su estado de ánimo, sus relaciones personales, rendimiento escolar, su autoestima (al sentir que ya no pertenecen a nadie, a la incertidumbre de haber perdido temporalmente o para siempre su mundo), y pierde su interés por actividades cotidianas; que posiblemente no se presentarían de no haber sido víctimas de maltrato y de no haber ocurrido la separación hacia sus padres o personas con las que establecieron un vínculo afectivo cercano. Dichos cambios han sido investigados en diferentes épocas por diversos autores como los que se mencionan a continuación.

Sardinero y Pedreira (1994), realizaron en la Comunidad autónoma de Asturias en España, una investigación sobre las características del maltrato en la edad escolar (considerando esta etapa en un lapso de edad comprendida entre 6 y los 11 años); y encontraron que el maltrato se relaciona con tres formas de presentación: expresión conductual muy variable (desde la inhibición a la hiperactividad), la expresión somatoforme (incluido el síndrome de Munchausen en la forma clínica denominado como "Doctor shopping" como más frecuente) y la expresión afectiva de tipo depresivo (cuanto menos disfórico).

Bucheli (1999) realizó una investigación en México con niños entre 6 y 10 años de edad, en la Clínica de Abuso Sexual y Violación, del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Encontró que éstos niños presentan características psicológicas específicas y similares, entre las que se mencionan una estructura yoica débil, frágil,



con un autoconcepto devaluado, gran necesidad de afecto y protección de los padres, sentimientos de soledad, abandono, temor ante futuros ataques, sentimientos de desprotección, conflictos en sus relaciones con los padres, rivalidad con los hermanos, ambivalencia frente a otros niños deseando ser aceptados por ellos, pero rechazándolos o temiéndoles al mismo tiempo. Conciben el mundo como un lugar peligroso y revelan un importante grado de conflicto en las áreas de temores, frustraciones y preocupaciones.

Rangel (2001) realizó una investigación sobre *La Depresión en niños institucionalizados en México* con 582 niños de 7 a 14 años de edad a través del Inventario de Depresión Infantil (de la Dra. María Kovacs), llegando a la conclusión que los niños institucionalizados presentan mayores síntomas depresivos en relación a los niños no institucionalizados.

Rodríguez y Ruíz (2002) en México, llevaron a cabo una investigación comparada, con 150 niños de 6 a 8 años de edad, 50 provenientes del Albergue Temporal, 50 de Protección Social y 50 niños que vivían con su familia. Encontraron diferencias en los factores de personalidad de estos tres grupos, observando que los niños y niñas que viven en el Albergue Temporal son menos tratables y accesibles, menos perspicaces y talentosos en la comprensión de ideas, son más temerosos y preocupados, más susceptibles, sensitivos y sentimentales, reprimidos, huraños, inseguros, irritables, ansiosos y aprensivos en comparación con los niños de las Casas de Protección Social.

Mata (2002) realizó una investigación en México denominada *“Relación entre depresión y nivel de maduración en niños víctimas de Maltrato Infantil”*, en la que encontró que los niños que han sido golpeados presentan trastornos afectivos entre los que destaca la presencia de una depresión enmascarada; la cual influye negativamente en la madurez mental. El estudio lo realizó con dos grupos de 30 sujetos cada uno formado por niñas y niños entre ocho y once años de edad. Uno de los grupos estuvo formado por niños víctimas de maltrato físico y otro conforme el grupo control. Los instrumentos que utilizó fueron: DFH, CDS y las subescalas de cohesión-expresividad y conflicto familiar de la escala de ambiente familiar. Los resultados revelaron que existen diferencias significativas entre los niños víctimas de maltrato y los niños del grupo control, donde el bajo nivel de maduración se presentó en todos los niños víctimas de maltrato y este a su vez se correlacionó significativamente con la depresión.



INVESTIGACIONES PREVIAS CON EL DFH

León (2003), realizó una investigación en Lima-Perú, titulada "Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz en Niños Maltratados y no Maltratados", con una muestra de 60 niños, 30 niños (8 varones y 22 mujeres) que se encontraban en condición de internos en albergues tutelares del INABIF, por riesgo de maltrato y por igual número de niños (11 varones y 19 mujeres) aparentemente sanos física y psicológicamente que pertenecían a un centro educativo estatal. Los resultados de esta investigación demostraron que:

- El test del DFH es un instrumento útil para la detección rápida de perturbación emocional en los niños.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños maltratados y no maltratados, respecto a los signos que son considerados indicadores emocionales característicos de menores que han sido maltratados, en el test del Dibujo de la figura humana.
- En lo referente al tipo de indicadores emocionales, los niños maltratados presentan con mayor frecuencia: figura pequeña, transparencia, brazos cortos, figura desnuda, genitales, nubes, lluvia, nieve, pájaros volando, omisión de la boca, omisión de los brazos, omisión de los pies y omisión del cuello. Y en el caso de los indicadores emocionales poco frecuentes y por lo tanto no característicos: cabeza grande; ojos vacíos u ojos que no ven y sol o luna.
- En relación al tipo de indicadores emocionales, los niños no maltratados presentan con mayor frecuencia: cabeza pequeña, dientes, brazos pegados al cuerpo y figura grotesca o monstruosa. Y en el caso de los indicadores emocionales poco frecuentes: manos ocultas y líneas fragmentadas o esbozadas.
- Por lo que respecta a la categoría impulsividad, los indicadores emocionales más significativos en los niños maltratados son transparencia y omisión del cuello.
- En la categoría inseguridad y sentimientos de inadecuación, el indicador emocional más significativo en los niños maltratados es omisión de los pies.
- En la categoría ansiedad, el indicador emocional más significativo en los niños maltratados es nubes, lluvia, nieve y pájaros volando.



- En la categoría apocamiento y timidez, el indicador emocional más significativo en los niños maltratados es brazos cortos.
- En la categoría apocamiento, timidez, el indicador emocional más significativo en los niños no maltratados es brazos pegados al cuerpo.
- En la categoría ira y agresividad, el indicador emocional más significativo en los niños maltratados es figura desnuda, genitales.
- En la categoría robo, el indicador emocional más significativo en los niños maltratados es omisión del cuello.
- En la categoría mal desempeño escolar, el indicador emocional más significativo en los niños maltratados es figura pequeña.

En la investigación de León realizada en el 2003, cita numerosos estudios comparativos que se han hecho en relación al DFH, entre ellos menciona a Chong (1986), quien realiza una investigación, titulada "Castigo Físico e Indicadores Emocionales en Niños: Un estudio a través del Dibujo de la figura humana".

En esta investigación; se estudió la relación entre castigo físico y el desarrollo emocional de los niños. La muestra fue de 60 niños y sus respectivas madres, provenientes de una zona marginal de Lima-Perú. Así mismo se elaboró un cuestionario para indagar el uso del castigo físico por las madres y se utilizó el test del Dibujo de la figura humana, según la lista de Indicadores Emocionales válidos de E. M. Koppitz, para evaluar la perturbación emocional en el niño. Los resultados de esta investigación demostraron que:

- Existen diferencias significativas en el número de indicadores emocionales entre los niños castigados y los que no reciben castigo físico, encontrándose que el grupo de niños castigados tiene un mayor número de indicadores emocionales que el grupo de niños no castigados. Debido a que en el grupo de niños castigados existe un número importante de niños que presentan 3 o más indicadores emocionales.
- Analizando el tipo de indicadores emocionales, se aprecia con mayor frecuencia el sombreado del cuerpo y/o extremidades, brazos cortos y omisión del cuello en el grupo de niños castigados físicamente.



- La interpretación del sombreado del cuerpo y/o extremidades, según la autora, sugiere la existencia de ansiedad referida al cuerpo, es decir, ansiedad por las diferencias y funciones corporales.
- Los brazos cortos en la figura humana parece reflejar la dificultad del niño para conectarse con el mundo circundante y con las demás personas. Esto puede estar asociado a la tendencia al retraimiento e inhibición de los impulsos.
- Según la autora tanto la ansiedad como la timidez, tendencia al retraimiento y dificultades en el contacto social son respuestas en un grupo importante de niños ante las presiones del ambiente, las cuales se ven incrementadas por la presencia del castigo físico.
- Otro indicador emocional frecuente es la omisión del cuello, la que se interpreta como una dificultad de los niños para lograr un buen control interno de sus impulsos y acciones.
- El test del DFH es un instrumento útil para la detección rápida de perturbación emocional en los niños.

La investigación sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión en niños está muy retrasada respecto a la investigación en adultos y aún más, en menores que han sufrido maltrato y que se encuentran institucionalizados; por ello es de suma importancia, realizar una investigación como la que se propone, dirigida a comprobar la efectividad de un tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo para aminorar la sintomatología depresiva, observada en los niños víctimas de maltrato.

El planteamiento de la presente investigación surge de la empatía (esa cualidad de ponerse en el lugar del otro y poderle ayudar a encontrar soluciones a sus dolores físicos y emocionales) llena de seriedad profesional y objetividad académica, que la autora va desarrollando a lo largo de su servicio social. La experiencia empática supone la existencia de otro, y ese otro es el niño como persona para el adulto y no un "número más" que se agrega a la lista de población, como desgraciadamente suele ocurrir.



CAPÍTULO I LA DEPRESIÓN

1.1 LA DEPRESIÓN

La depresión como síntoma es experimentado por todas las personas. Se puede manifestar simplemente como tristeza, infelicidad o pesimismo y en la mayoría de las personas como una mera sensación de soledad. "Podría decirse que la depresión está en todos nosotros y que se repite a lo largo de nuestra vida, sin descanso" (Guarner, 1978, p.86). Este síntoma es el pesar que aflige al ser humano cuando un acontecimiento adverso sacude su existencia o cuando la discrepancia entre el modo de vida que lleva y el que podría llevar lo sume en absorbente meditación, es un pesar que viene y se va. Es doloroso, retarda la acción y por lo general cicatriza (Ariete y Bemborad, 1993 en Rangel 2001).

Ya que la palabra depresión es ampliamente utilizada en el lenguaje coloquial, resulta conveniente explicar las diferentes concepciones que puede tener en el ámbito de la psicología clínica, en donde la depresión puede ser discutida como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del estado de ánimo. De acuerdo con Solloa (2001) tenemos las siguientes definiciones:

Síntoma depresivo. La palabra depresión, cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio, desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

Síndrome depresivo. En el síndrome depresivo, hay un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas.



Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores, cognitivos y motivacionales. Un síndrome depresivo puede ocurrir como un problema concomitante con una amplia variedad de otros trastornos médicos o psicológicos, como ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo y trastornos de conducta o tener lugar como consecuencia de ciertos tipos de estrés vital; por ejemplo, la pérdida de un ser querido.

Trastorno depresivo. El término "trastorno depresivo" posee connotaciones todavía más específicas que el síndrome. El uso de depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN

De acuerdo con Solloa (2001), quien realizó una revisión exhaustiva acerca de los antecedentes de la depresión en adultos y niños, tenemos las siguientes ideas:

El estudio de los trastornos del estado de ánimo se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien llamó a la depresión melancolía, e infirió que estaba estrechamente vinculada con los "humores". La categorizó, junto con la manía, el delirio y la paranoia, como una de las cuatro principales tipos de enfermedades psiquiátricas.

Areteo de Cappadocia, en el siglo II, formuló un cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad. Además, observó que la depresión es un padecimiento recurrente y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura. En el Renacimiento resurgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas y se volvió a plantear que la melancolía y la manía suelen alternar en el mismo individuo.



Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a estudiar los agentes físicos relacionados con las enfermedades mentales. A mediados del siglo XIX Kraepelin, buscando un sistema de clasificación operativo, basado en el modelo de la medicina, consideró que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica aunque está no fuera identificada, un curso característico y un desenlace predecible; de esta manera, discriminó los elementos comunes de entre los síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva.

En el siglo XIX, el alemán Griesinger y el francés Descuret ya realizaban el diagnóstico de "nostalgia de niños". En 1921, Kraepelin presentó un trabajo epidemiológico en una muestra de 900 maniaco-depresivos, y encontró que en el 4% se había presentado el primer episodio antes de los 10 años. En 1924, el italiano Sancte de Santics dedicó en su libro *Psiquiatría infantil* dos capítulos a la depresión. Alrededor de los años treinta, con la influencia de la corriente psicoanalítica, se consideró que la depresión infantil no existía por ser ésta una patología vinculada estrechamente al desarrollo del superyó. Sin embargo, dentro de la corriente psicoanalítica hubo posturas distintas como las de Klein, Spitz, Bowlby y hasta la misma Anna Freud, quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil.

En los setenta surgió el concepto de "depresión enmascarada", en la que se acepta la depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. A partir de entonces, se empezó a aceptar abiertamente la depresión infantil; así, en 1971, la Unión Europea de Paidopsiquiatras, en el IV Congreso de Paidopsiquiatría de Estocolmo, eligió como tema monográfico "Los estados depresivos en el niño y adolescente".

La polémica sobre la existencia de la depresión infantil se concluyó con el enfrentamiento entre Costello, defensor de la existencia de la depresión infantil, y Lefkowitz y Burton, que la negaban. Estos últimos aducían que los síntomas aparecen con elevada frecuencia en los niños y desaparecen conforme van creciendo. Por tanto, algo que está tan extendido no puede ser considerado psicopatológico y si además es algo transitorio no necesita de intervención terapéutica; la respuesta de Costello se asentó en la distinción entre síntoma y síndrome: la depresión infantil es un síndrome y no unos cuantos síntomas, además Lefkowitz y Burton estudiaron como síntomas más



relevantes de la depresión en los niños, los llantos y la falta de apetito, a lo que Costello replicó que éstos no son precisamente los síntomas más representativos del síndrome.

En los últimos años la concepción de la depresión infantil contemplada desde una perspectiva evolutiva ha cobrado vigencia; se acepta que hay características similares entre niños y adultos, pero a la vez también ciertas diferencias propias para cada momento del desarrollo.

1.3 LA DEPRESIÓN Y LA PÉRDIDA

Siguiendo a Bellak y Small (1990) encontramos las siguientes ideas:

En las depresiones fuertes en adultos, se encuentra una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además de un rostro típicamente deprimido. El paciente dirá que siente que la vida no vale la pena, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que él es una mala persona que no merece vivir.

En las depresiones menos agudas, el cuadro manifiesto será simplemente la queja de sentirse deprimido e infeliz; por lo general, el paciente contará que esa sensación es peor en la mañana. Hay una serie de características asociadas con las depresiones que a veces existen, sin que haya una queja subjetiva precisa de depresión; éstas se pueden caracterizar como "equivalentes depresivos". Entre éstos está la sensación de fatiga general, a veces asociada con desasosiego, como se ve clásicamente en la *depresión agitada*; una dificultad para tomar decisiones; pesadumbre; más o menos cualidades obsesivas; falta de apetito; insomnio y estreñimiento. El paciente deprimido suele reaccionar más notoriamente al frío que la demás gente, como si estuviera trasponiendo al ambiente su sensación de frialdad emocional, de esterilidad y de infelicidad.

La hipocondría suele con frecuencia encontrarse asociada a la depresión: el paciente no se quejará de depresión sino de padecimientos somáticos.

La literatura abunda en intentos por distinguir las diferentes variedades de depresiones; la depresión endógena de la reactiva; las depresiones psicóticas de las neuróticas; y las depresiones asociadas con el embarazo.



La *depresión endógena* constituye simplemente una tendencia mayor a reaccionar depresivamente a factores precipitantes, algunas veces virtualmente subliminales, mientras que en la *depresión reactiva exógena*, las características precipitantes se pueden ver con claridad o hasta ser verbalizadas por el paciente. Sin embargo, en cualquiera de las dos situaciones, cuanto más enferma esté una persona, con tanta mayor facilidad encontrará situaciones frustrantes y traumáticas repetitivas del desengaño original, producido por la figura del padre o la madre, siendo así, el depresivo endógeno un sujeto con una relación de objeto tan inestable y ambivalente que para él la más ligera frustración es un estímulo patógeno.

Bibring (citado en Bellak 1990), enfatizó la importancia que desempeña la pérdida de autoestima en las depresiones. Procede generalmente de la pérdida real o imaginaria de posición, de una función, de una capacidad o de un afecto.

El papel que desempeña el desengaño o la desilusión en la psicogénesis de la depresión fue estudiado por Jacobson (en Bellak 1990). Vincula la desilusión con la sensación de ser engañado. Con mucha frecuencia los pacientes deprimidos, cuando niños, tuvieron la sensación de que se les engañó y se les desilusionó y esto lo hizo una persona amada, ante ello reaccionaron con depresión. Estos pacientes propenderán a volver a reaccionar con depresión cuando ocurra una constelación dinámica similar de decepción y desilusión.

Una autoestima disminuida y/o una desilusión pueden conducir a una sobreinversión narcisista. El desengaño, al sentimiento de decepción, conducen a la disminución de la autoestima y a la retirada narcisista, sentimientos acompañados por una gran cantidad de ira o de agresión: ira por la decepción, por el desengaño, por la pérdida de amor, etc. La ira y la hostilidad que así se generan, no suelen ser aceptables para el superyó del paciente y por lo tanto se contienen como intra-agresión. Por eso en la constelación depresiva es característico un superyó severo. El paciente siente un gran montante de hostilidad, pero no puede expresarlo en la dirección del objeto o de la situación que la ha provocado, y por lo tanto propende a dirigirla contra sí mismo: la intra-agresión es uno de los rasgos principales de la depresión.

La agresión y la hostilidad característica de la constelación depresiva son general o particularmente, de una naturaleza agresiva oral, en la cual el deseo de devorar juega un papel principal (Lewin citado en Bellak 1990). Lewin relacionó el deseo de devorar



como parte de una tríada oral que también incluye el deseo de ser devorado y las ganas de dormir, de ser pasivo, en general.

1.4 PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN LA DEPRESIÓN

De acuerdo con Bellak y Small (1990), los procedimientos terapéuticos indicados para la depresión son los que menciono a continuación, con la reserva de que lo hago para relacionarlos como importantes a considerar en una posible terapia dirigida a niños maltratados:

1) El primer paso en la psicoterapia de la depresión suele ser el dirigirse a la disminuida autoestima del paciente. Partiendo de la idea de que los niños víctimas de maltrato que se encuentran separados de sus padres poseen una autoestima disminuida, es importante tomar en cuenta que dentro de un tratamiento dirigido a aminorar la sintomatología depresiva, el trabajar con dinámicas grupales que favorezcan la autoestima de éstos menores durante las primeras sesiones, es sumamente importante.

2) La confianza que se le puede realmente dar al paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas de su yo, es un procedimiento estrechamente aliado al incremento de la autoestima. Pero en cambio tal confianza o seguridad puede también relacionarse con la disminución de las embestidas de la intra-agresión, particularmente donde el paciente se está empujando por el impulso hacia la extra-agresión. Aquí es importante mencionar que la fuerza del yo del niño maltratado es muy baja, primero porque su yo está en proceso de formación y ese proceso se ha dado en condiciones muy desventajosas, en un ambiente violento, donde no puede prosperar su autoestima sobre todo si ha sido víctima de maltrato físico o psicológico (en cualquier forma), abuso sexual, etc. Por lo anteriormente expuesto, es fundamental que en un tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo para aminorar la sintomatología depresiva en niños víctimas de maltrato, se trabajen actividades enfocadas a mejorar la autoestima de los menores, para así lograr que tengan un mejor autoconcepto y un yo más integrado.

3) Tal vez la clave de la maniobra en la psicoterapia de la depresión sea la reversión de la intra-agresión. Aquí la catarsis se presenta como un procedimiento muy tentador, sin embargo la cautela es muy importante, la técnica de elección es la *catarsis mediata*. El lector recordará que con esta técnica no se espera que el paciente mismo



expresen sus sentimientos, sino que más bien el terapeuta los expresa por él. En circunstancias así el terapeuta puede elegir un lenguaje particularmente burdo como por ejemplo: "Yo creo que usted quisiera vengarse de ese sin vergüenza". Con la catarsis mediata uno tiene la ventaja de que al paciente no se le exige que se haga responsable por la hostilidad expresada. La expresión del terapeuta, siendo una persona responsable, hace la hostilidad más aceptable y potencialmente más ego-sintónica. Para el caso de los menores, es importante que la catarsis se logre a través del juego, del dibujo y de la representación de roles a través de las actividades planeadas.

4) Donde sea posible la comprensión de los rasgos dinámicos debe asociarse con la situación precipitante y con la situación genética temprana de la vida del paciente. Sin embargo, la intervención breve, en términos generales, no permite la emergencia de una neurosis de transferencia. Por lo tanto, es importante poder ilustrar los rasgos dinámicos en relación a una figura contemporánea de la vida del paciente. Aquí es importante entender la dinámica de la depresión en los niños víctimas de maltrato que se encuentran institucionalizados; la cual al parecer, según el comportamiento observado en los niños y de acuerdo con Bowlby (1997), está estrechamente relacionada a la pérdida afectiva de sus figuras parentales o a la pérdida de vínculos afectivos estrechos que habían logrado establecer con familiares y personas cercanas a ellos. Dentro del Albergue se observa que los menores se ponen tristes y muestran llanto de manera constante, porque extrañan a sus padres, hermanos, familiares o alguna compañera (o) que se encontraba con ellos dentro del Albergue y fue derivada a otra institución.

5) Las manifestaciones *de transferencia* deben tratarse de inmediato y con claridad. Especialmente las manifestaciones negativas deben interpretarse si el paciente no las expresa, o el terapeuta debe participarlas si el paciente las expresa de una manera tangencial. En esas interpretaciones el terapeuta se pone en el lugar del paciente y reacciona al terapeuta, es decir, a sí mismo: Por ejemplo: "Usted debe haber pensado que yo era un "desgraciado" por haberlo hecho esperar". Para el caso de los niños, esto no se aplica al igual que en adultos, pero si es importante ponerse en el lugar del niño, es decir ser empático, para así poder tener una mejor comprensión de su problemática. No obstante dentro del trabajo en grupo, hay momentos en los que se tiene que elevar el tono de voz para tener un mayor control del grupo y es importante mencionar que ante esta situación, los niños recuerdan la experiencia de maltrato vivida en casa.



6) El dar apoyo mediante el asegurar al paciente que el terapeuta está a su disposición en cualquier momento. Al tomar en cuenta lo anteriormente expuesto, de manera inmediata se piensa en que es fundamental hacer saber a los niños, que podrán contar con el apoyo de la terapeuta si así lo requirieran, no importando que sea fuera del tiempo destinado para estar dentro del grupo. Y es importante mencionar que dadas las características de institucionalización, no es posible estar dentro del Albergue las 24 horas, pero que si podrán contar con el apoyo de la psicóloga dentro de su horario de trabajo en la institución.

7) Para ayudar al paciente a canalizar la hostilidad se le puede recomendar que haga ejercicios físicos violentos (pegarle a un saco de arena, boliche, etc.). Para algunos pacientes basta la agresión simbólica, como en el ajedrez, mientras que otros necesitan expresiones más concretas, como el tumbar bolos en el boliche. Cuando se trabaja con niños víctimas de maltrato que entre otras características muestran enojo, frustración, resentimiento, agresión, etc.; resulta fundamental que dentro del trabajo en grupo a través de dinámicas de grupales, se realicen actividades como romper periódico, patear pelotas, rayar hojas, etc., que favorezcan la expresión y canalización de éstas emociones.

1.5 LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión en los adultos ha sido un fenómeno estudiado desde hace varios siglos; sin embargo, la depresión en los niños fue aceptada como una entidad nosológica hace muy poco tiempo. Esto se debió a la controversia que existía sobre el hecho de si realmente existía esta patología y su naturaleza en la población infantil. En pocos años se pasó de negar su existencia, a visualizar la depresión en los niños como un aspecto normal e inherente al desarrollo hasta llegar a conceptualizaciones más claras acerca de las manifestaciones normales y patológicas de la depresión durante el periodo del desarrollo (Solloa, 2001).

LA DEPRESIÓN EN LA EDAD ESCOLAR

A medida que se acerca la edad escolar, se han observado periodos más claros y prolongados de auténtica tristeza. Díaz Calvo en 1995 (citado en Solloa 2001), señala que en esta etapa la depresión se manifiesta con la pérdida de interés en casi todas las actividades, bajo rendimiento académico, desinterés en el juego y descuido en el



arreglo personal. Cuando los síntomas son severos pueden aparecer ideas de muerte y en niños de ocho y nueve años incluso intentos de suicidio.

De acuerdo a Solloa (2001), tenemos lo siguiente:

Como se sabe, durante el periodo comprendido entre los siete y los doce años (latencia), se da un desarrollo importante en la esfera cognitiva y social del niño. Al entrar en la escuela y comenzar a utilizar el lenguaje de manera más eficiente para intercambiar información, los niños están mejor capacitados para discriminar y describir sentimientos. El niño comienza a formarse un juicio estable sobre sí mismo fundado en su propia evaluación y, como es lógico, sus ideas acerca de sí mismo serán influidas por su desempeño académico y social pero su estado de ánimo y su autoconcepto aún son dependientes de la situación familiar en que se vive.

En este periodo, los niños pueden reaccionar con tristeza ante una situación crónica de privación ambiental o ante una situación aguda de pérdida de las fuentes de gratificación requeridas. La tristeza no necesariamente refleja un conflicto interno, pues el niño es aún muy dependiente de su ambiente y especialmente de su familia.

A esta edad, la autoestima del niño depende en gran parte de las respuestas de las figuras parentales, de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de ellas tiene efectos devastadores e inhibe el comportamiento que acarreó la desaprobación. De lo anterior se deduce, que los niños que han sido víctimas de maltrato han sido rechazados y desaprobados por sus figuras parentales, por lo que poseen una autoestima disminuida.

A menudo la distracción y las conductas negativas son utilizadas como único recurso defensivo contra la tristeza. Con suma frecuencia dentro del Albergue, se ha observado que los niños tienden a presentar hiperactividad, acompañada de comportamientos agresivos hacia sus compañeros.

DEPRESIÓN ENMASCARADA

Algunos autores, como Glaser en 1968 y Malmquist en 1977 (citados en Solloa, 2001), propusieron que la depresión existe en los niños pero como una entidad patológica interna inobservable que adopta manifestaciones externas diferentes a las de los adultos; es decir, que la depresión está encubierta o "enmascarada". Los síntomas "enmascarados" más comúnmente citados son:



- Hiperactividad.
- Desobediencia.
- Somatización.
- Enuresis.
- Delincuencia.
- Irritabilidad.
- Berrinches.
- Fobias.
- Jugar con fuego.
- Dificultades escolares.

La principal crítica a esta postura es que cualquier síntoma es considerado como un posible indicador de depresión y que no hay forma de asegurar que efectivamente éstos “enmascaran” una depresión, pues son quejas y síntomas conductuales típicas de la niñez que pueden ser conductas adaptativas en respuesta a eventos estresantes. Por ello, la función de un buen clínico es realizar una intervención diagnóstica adecuada que permita dilucidar si debajo de síntomas como irritabilidad, hiperactividad, dificultades escolares, etc., se encuentran síntomas depresivos o si únicamente se trata de un problema conductual o incluso si ambos trastornos se encuentran presentes. En el caso de los niños que se encuentran dentro del Albergue, se puede confirmar si estos síntomas han sido o no enmascarados; a través de una valoración psicológica aplicada en una entrevista y mediante la aplicación de instrumentos como es el DFH, así como la revisión de su historia clínica o de su propia historia de vida.

LA DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ ES PARALELA A LA DEL ADULTO

Los autores que siguen esta línea de pensamiento proponen que la depresión en los niños es un desorden no encubierto y similar a la del adulto. En 1967, Beck (referido en Solloa op. cit.) señaló que las cuatro categorías de síntomas depresivos en los adultos también se presentan en los niños; estas categorías comprenden:

Síntomas afectivos. Disforia, cambio en el estado de ánimo, lloriqueo, apatía, sentimientos de soledad.

Síntomas cognitivos. Baja autoestima, autodesprecio, culpa, indecisión, pesimismo.



Síntomas motivacionales. Evitación, escape, pasividad, baja energía para socialización.

Síntomas vegetativos y psicomotores. Problemas con el sueño, alimentación y quejas somáticas.

Además de estos síntomas pueden aparecer problemas asociados al periodo de desarrollo; por ejemplo, enuresis, encopresis, fobia escolar, bajo rendimiento académico y conducta antisocial o agresiva; pero siempre en conjunción con la sintomatología depresiva antes descrita.

El problema que plantea ahora la depresión infantil, no es si los niños pueden presentar una depresión similar a la del adulto, sino cómo las limitaciones cognitivas y afectivas en las diferentes etapas modifican la experiencia y expresión de la depresión.

El DSM-IV establece que las características enlistadas dentro de los trastornos del estado de ánimo, son las mismas en los adultos que en los niños y el diagnóstico de adulto es apropiado para los niños; sin embargo, menciona que las características asociadas pueden ser diferentes en ambos. Incluye dos notas referidas a los niños; la primera relativa al estado de ánimo que puede ser irritable, más que un estado de tristeza manifiesto, y la segunda, relacionada con la pérdida de peso en el sentido de que hay que considerar si se dan las ganancias que cabría esperar para el desarrollo del niño.

1.6 CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Muchos son los autores que han tratado de describir la depresión en los niños y cada uno aporta datos muy importantes, sin embargo para efectos del presente trabajo, se realizó un enlistado en el que se exponen las características clínicas de la depresión infantil de acuerdo a diversos autores:

Los síntomas depresivos afectan cinco áreas de la personalidad:

1. Afectiva. Sentimientos de desesperación. Tristeza, culpa, vacío, etc.
2. Motivacional. Conducta pasiva y dependiente.
3. Física y motora. Pérdida de apetito, insomnio fatiga, inquietud, movimientos lentos, etc.



4. Cognitiva. Ideas personales de desvalorización, visión pesimista del mundo y del futuro.
5. Social. La depresión involucra una marcada disminución e la interacción social y conductas de aislamiento.

Aunque en los últimos años ha habido muchas aportaciones en cuanto a los síntomas de la depresión en los niños, los criterios propuestos en 1973 por Weinberg (citado en Solloa op. cit), siguen siendo muy utilizados por los clínicos ya que este autor presenta los síntomas en una forma clara y descriptiva que permite operacionalizar el síndrome. A continuación se exponen los criterios de Weinberg:

1. Estado de ánimo disfórico (melancolía):
 - a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
 - b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
 - c) Irritable, se enfada con facilidad.
 - d) Hipersensible, llora fácilmente.
 - e) Negativista, difícil de complacer.
2. Ideación autodespreciativa:
 - a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo).
 - b) Ideas de persecución.
 - c) Deseos de muerte.
 - d) Deseos de marcharse, escaparse de casa.
 - e) Tentativas de suicidio.
3. Conducta agresiva (agitación). Dos o más de los siguientes síntomas:
 - a) Dificultades en las relaciones interpersonales.
 - b) Peleón, pendenciero.
 - c) Poco respeto por la autoridad.
 - d) Beligerante, hostil, agitado.
 - e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.



4. Alteraciones del sueño:
 - a) Insomnio de conciliación.
 - b) Sueño inquieto.
 - c) Insomnio terminal.
 - d) Dificultad para despertar por la mañana.

5. Cambios en el rendimiento escolar:
 - a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria.
 - b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.
 - c) Pérdida de interés habitual en tareas escolares.
 - d) Pérdida de interés habitual por actividades escolares no académicas.

6. Socialización disminuida:
 - a) Menor participación en grupo.
 - b) Menos simpático (a), agradable, sociable.
 - c) Retraimiento social.
 - d) Pérdida de intereses sociales habituales.

7. Cambio de actitud hacia la escuela:
 - a) No disfruta con actividades escolares.
 - b) No quiere o se niega a acudir a la escuela.

8. Quejas somáticas:
 - a) Cefalalgias no migrañosas.
 - b) Dolores abdominales.
 - c) Dolores musculares.
 - d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.

9. Pérdida de la energía habitual:
 - a) Pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares.
 - b) Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.

10. Cambio en el apetito y/o peso habituales
 - a) Disminución del apetito.
 - b) Pérdida de peso o no gana peso.



De acuerdo al DSM-IV tenemos que el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico están clasificados dentro de los trastornos del estado de ánimo. Así mismo encontramos que no incluye una categoría diagnóstica y criterios clínicos distintos para la depresión infantil, pues considera que las características fundamentales de un episodio depresivo mayor son las mismas durante la infancia, la niñez, la adolescencia y la vida adulta. Sin embargo, hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad.

Los indicadores de enfermedad depresiva, como son enlistados en el DSM-IV (1995) incluyen: infelicidad, tristeza, desesperanza, pérdida de apetito, desórdenes en el sueño, enlentecimiento de movimientos o agitación, pérdida de placer, pérdida de energía, baja autoestima, concentración disminuida y pensamientos y acciones suicidas. No necesitan estar presentes todos los síntomas, pero si al menos cinco de estos para el episodio depresivo mayor.

Con respecto a la edad, el DSM-IV señala que algunos síntomas como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños.

En los niños con un episodio depresivo mayor son habituales los trastornos por ansiedad en la infancia (trastorno por angustia de separación, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno por evitación en la infancia o adolescencia) y las fobias.

En los niños en edad prepuberal con un episodio depresivo mayor, son particularmente frecuentes las quejas somáticas, la agitación psicomotora y las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo y los episodios depresivos mayores se presentan con mayor frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario.

Por otro lado, los niños con un trastorno distímico, en general, están irritables e inestables, además de tristes, tienen una baja autoestima, escasas habilidades sociales y son pesimistas; provocando frecuentemente un deterioro en el rendimiento escolar y en la interacción social.



1.7 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

La investigación con población infantil ha identificado varias variables que pueden considerarse factores de riesgo o correlatos etiológicos prometedores para el desarrollo del trastorno depresivo. Dichos correlatos serán revisados en este apartado según un modelo biopsicosocial, donde se categorizan y mencionan las variables biológicas y sociales/medioambientales identificadas en publicaciones médicas (Shaffer y Waslick, 2003).

Correlatos Biológicos:

- Genéticos
- Temperamento
- Factores neuroendocrinos
- Estudios sobre neurotransmisores
- Anatomía del cerebro
- Sueño

Correlatos Psicológicos:

- Factores cognitivos
- Acontecimientos negativos de la vida
- Abuso infantil
- Deficiencias en la regulación afectiva
- Identidad sexual

Correlatos Socioambientales:

- Pobreza
- Consideraciones relativas al parentesco
- Círculo de amistades

En este trabajo se considera especialmente que la depresión de los niños víctimas de maltrato que se encuentran institucionalizados, corresponde a las depresiones exógenas, mencionadas anteriormente, es decir, a causas familiares, ambientales, sin excluir la posibilidad de la existencia de otros factores en cada caso en particular.



1.8 EL CONCEPTO DE APEGO, LA TEORÍA DEL VÍNCULO Y LA PÉRDIDA AFECTIVA

Mucho del trabajo realizado sobre la relación que guarda la depresión infantil con el desarrollo se ha centrado en el papel del apego.

El **apego** se refiere a una relación duradera entre la persona que cuida a un niño, generalmente la madre, y éste, en la que quien atiende al niño es preferido sobre los demás, se busca el contacto con él y sirve como base segura para la exploración (Mussen, citado en Monroy y Moreno, 1994).

Bowlby define las conductas de apego como la búsqueda de la proximidad del bebé con la madre o figura sustituta, es decir, quien regularmente lo alimenta y cuida, se refiere a una conducta correspondiente a engramas hereditarios al servicio de la supervivencia.

Las **conductas de apego** son cualquier forma de comportamiento en una persona para lograr o conservar proximidad y/o comunicación con un individuo diferenciado y preferido, que es la figura de apego. La meta de estas conductas es mantener el lazo afectivo con esa persona.

Estas conductas se dan especialmente cuando el individuo se encuentra bajo estrés, es decir, cuando está enfermo, tiene hambre, se encuentra en una situación de peligro, ante extraños, o falta de disponibilidad o de responsividad por parte de su figura de apego (Bowlby, 1998).

Bowlby (1998) piensa que durante el curso de un desarrollo sano, las conductas de apego llevan al desarrollo de lazos o apegos afectivos, inicialmente entre el niño y sus padres, y más tarde entre adulto y adulto. Estas formas de conducta y lazos estarán presentes y activas durante todo el ciclo de la vida. Pero la forma en que estas conductas de apego se desarrollarán y organizarán con otras personas a lo largo de la vida, va a depender principalmente de las experiencias que la persona tuvo con sus figuras de apego durante sus años de inmadurez: desde el nacimiento, la niñez y la adolescencia. La manera en que estas conductas de apego se organizan en un individuo dentro de su personalidad se convierte en el patrón de lazos afectivos que hace durante su vida.



Para Bowlby (1998) la calidad de los lazos de apego, varía en una dimensión de seguridad-inseguridad. Aquellos bebés que desarrollan seguridad en sus cuidadores, basada en sus experiencias de presencia, sensibilidad, ayuda, cuidado por parte de ellos, forman hacia ellos un **apego seguro**. Éstos niños están seguros de que recibirán pronta atención y cuidado ante las señales que mandan, pues las madres de estos niños responden positiva, sensitiva y armónicamente. Pero si la experiencia de este cuidado es inconsistente o esporádica, poco sensible, puede desarrollar un **apego inseguro o ansioso**, lo cual traerá problemas de personalidad en la vida adulta. Sólo cuando una figura de apego es accesible y potencialmente responsiva a las necesidades de un niño, se puede decir que es alguien realmente disponible, hacia la cual el niño desarrollará un **apego seguro**.

Desde la teoría de Bowlby se postula que un apego inseguro en épocas tempranas de la vida contribuye a la depresión infantil.

En relación a la presente investigación, mucho de lo que se puede observar en los menores del Albergue, es un apego inseguro, en el que se muestran ávidos de caricias, miradas, reconocimiento, mostrando una gran necesidad de permanecer al lado de alguno de sus cuidadores o de aquella persona que consideran les pueden brindar algo de atención, impidiendo que se retiren, a la vez que tratan de sustituir a esa figura de apego, llamando al personal "mami".

Aunque en la literatura los términos "**apego y vínculo**" se utilizan como sinónimos, Lartigue y Vives en 1992 (citados en Rangel 2001), señalan la diferencia entre ellos. El primero se refiere a una necesidad biológica, el último a la ligadura específicamente humana con el objeto y con elementos simbólicos, y tiene su fundamento biológico en la conducta de apego. El vínculo se relaciona con una necesidad psicológica. En los libros de Bowlby se tradujo attachment por vínculo, cuando lo descrito es apego.

Por lo tanto, aplicado a la conducta humana, el apego también es considerado como un catalizador psicológico para la confianza del bebé en sus cuidadores y en la forma en que atiende su propio self (Thompson, 1991 en Rangel op. cit.).

Un niño que se siente querido, cuidado y escuchado en sus necesidades por unos padres presentes y responsivos, se desarrolla con confianza en sí mismo, en sus padres y su ambiente, es un niño agradecido, contento y aprende a comunicarse más



fácilmente con sus padres y otras personas. Los niños albergados no cuentan con estos elementos necesarios para lograr desarrollar un apego seguro, que a la vez les podría brindar seguridad en sí mismos y en los demás.

Durante la niñez, el involucramiento del padre, la satisfacción de la relación marital entre los padres, las condiciones socioeconómicas en la familia, el temperamento del niño, cambios de las figuras que cuidan al niño, etc., son factores relevantes (Thompson op. cit.). Tomando en cuenta lo anterior, nos percatamos de que estos elementos importantes, han sido poco favorecidos en el caso de los niños víctimas de maltrato, lo cual los lleva a desarrollar un apego inseguro que a la vez es un elemento que contribuye a la depresión infantil.

Gran parte de los trastornos emocionales y de conducta tienen su origen en la falla o ruptura de la relación entre el niño y las figuras parentales, es por ello que Bowlby centró su interés en las consecuencias de la ruptura del vínculo establecido entre el niño y su madre (Monroy y Moreno, 1994).

Para Bowlby (1993), las palabras **separación y pérdida** implican que la figura de apego de un sujeto se encuentra inaccesible, ya sea temporalmente (separación) o permanentemente (pérdida). La ansiedad es una respuesta al peligro de la pérdida de un objeto amado y el dolor o tristeza es la respuesta a la pérdida real.

Bowlby observó que ante una **separación**, si el niño encuentra una figura maternante particular con quien relacionarse, que lo cuida y lo ama, él la tomará y tratará como a una madre. Pero si por el contrario, el niño no encuentra una figura nueva de apego sino una sucesión de personas con quien hace breves apegos, se vuelve egocéntrico y tiende a hacer relaciones transitorias y superficiales. Esta condición marcará patología en su desarrollo si se convierte en un patrón establecido (Bowlby, 1993).

Lo anterior se relaciona con este trabajo en que el estrés ante una separación de un ser querido es intensificado cuando el niño es colocado en un lugar extraño y cuidado por una sucesión de múltiples personas, sin saber por cuanto tiempo y qué pasará con ellos. Entonces se ponen en marcha ciertas defensas para aminorar el dolor.

Entre las consecuencias más importantes que los investigadores han reportado ante la privación y separación (Provence, 1991 en Rangel op. cit.), tenemos los



trastornos psiquiátricos; en los que generalmente los niños se deprimen y desarrollan síntomas psíquicos y somáticos, y problemas de conducta. Los más comunes son trastornos del afecto; trastornos de ansiedad (en los que los niños muestran excesivos niveles de ansiedad y miedo, excesiva ansiedad ante la separación o ante extraños, pánico sin causas precipitantes, ausencia de miedo o ansiedad esperada); trastornos del estado de ánimo (aflicción y tristezas excesivas y prolongadas que intervienen en su desarrollo normal, poco interés en actividades propias de los niños de su edad, repertorio muy pobre de interacciones sociales e iniciativa); trastornos en el desarrollo social, en la comunicación; trastornos de trauma psíquico, etc. Por ello es necesario que se implemente un modelo de intervención diseñado de acuerdo a las necesidades de la institución, en el que el objetivo principal sea el aminorar la sintomatología depresiva y mejorar el estado de ánimo de los menores; tomando en cuenta para su diseño, los síntomas que éstos niños presentan como son: miedos, inseguridad, baja autoestima, anhedonia, dificultad para relacionarse con sus compañeros, ansiedad, etc.

Por otra parte, la experiencia clínica sugiere que las situaciones de **separación y pérdida** pueden generar no sólo ansiedad sino coraje hacia la figura de apego, que es proyectado hacia el exterior y, es por ello que en los niños internos se observan muchas conductas agresivas hacia sus compañeros y maestros, además de otras características como enuresis, morderse las uñas, falta de concentración, aislamiento, etc.

Las **separaciones**, especialmente cuando son prolongadas o repetidas, tienen doble efecto, el coraje es activado con un resentimiento que crece y el amor hacia el ser querido es atenuado. Por ello muchos de los niños que se encuentran dentro del Albergue manifiestan nunca querer regresar con sus padres.

En estos casos donde se observan conductas agresivas o antisociales, generalmente desplazadas hacia otra persona o situación, pero que en realidad el odio es sentido hacia la figura de apego, generalmente los padres. Este mismo desplazamiento se puede observar con la ansiedad de separación, en que los niños empiezan a tener miedos a otras cosas. En los niños que se encuentran en el Albergue, es frecuente escuchar que tienen miedo a la oscuridad, al diablo, etc. Por lo anteriormente expuesto, es importante tomar en cuenta que dentro de un tratamiento diseñado para aminorar la sintomatología depresiva en niños que han sido victimizados y que además han sido institucionalizados; es importante diseñar dinámicas donde se trabajen los miedos.



Se ha visto que trastornos de la personalidad resultan de experiencias adversas de la niñez, relaciones poco continuas y predecibles, y ciertos modos en que las figuras parentales respondían o fallaban en sus respuestas hacia su deseo de ser amados y cuidados. Algunos padres amenazaban con dejarlos de querer si no hacían lo que ellos decían, o con mandarlos a vivir a otro lado, decían que por su culpa se iban a enfermar, morir o suicidar (todos estos son ejemplos de maltrato psicológico). Generalmente estas personas desarrollaron de niños apegos inseguros, y/o ambivalentes, o por el contrario, una tendencia a ser autosuficientes y desapegados con incapacidad de tener relaciones cercanas. Dado que el maltrato en muchas ocasiones es encubierto de amor, diciendo frases como: “es por tu bien”, “por que te quiero deseo que seas una persona de bien y por eso te corrigió”; los niños suelen experimentar con suma frecuencia, culpa por estar adentro del Albergue; ya que consideran merecérselo por haberse portado mal.

Muchos estudios muestran un aumento en la incidencia de pérdidas en la niñez en las historias de pacientes psiquiátricos. Muchos niños han sufrido pérdidas o cambios constantes de cuidadores, desintegración del hogar, cambios en los roles familiares, los efectos de la privación en el padre sobreviviente y un padrastro en el hogar; hay evidencia que estos factores son importantes en las respuestas de estos pequeños. Algunos niños desarrollan trastornos emocionales, entre ellos síntomas de depresión, pero aunque algunos de ellos se las arreglan para manejar estas situaciones durante su infancia y adolescencia, se ha visto que son factores de riesgo para futuras depresiones en la adultez con gran vulnerabilidad ante una pérdida. El duelo de la infancia se vínculo con desórdenes depresivos en los adultos.

A si mismo se otorga un gran peso a la influencia que ejercen en las respuestas del niño, las condiciones en que es cuidado mientras está lejos de su mamá, ya sea una separación temporal o permanente. Por eso es importante que mientras se encuentren separados de sus figuras afectivas y estén albergados, reciban un trato cálido, agradable y un tratamiento que les permita aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas del motivo de su ingreso.

Hay muchos de los niños que han sido separados de sus familiares y que no tienen una madre sustituta que los cuide amorosamente y aún cuando un niño si la tiene no la deja de ver como su segunda mejor mamá pero continúa añorando a su madre ausente, lo anterior se relaciona con algunos de los menores del Albergue, ya que con cierta frecuencia suelen expresar su deseo de regresar con sus figuras parentales, no importando que éstas los hayan maltratado, pues esto, en comparación a la idea de ser separados de ellos les resulta menos angustiante.

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO
UN MODELO DE AYUDA



Para realmente dar apoyo y consuelo a un niño con éstas características, se requiere de mucha paciencia, generosidad y empatía de su madre sustituta. Debe dar la oportunidad de expresar sus sentimientos, su tristeza y sus preguntas. Debe dar información sobre cómo va a ser la separación o cómo fue la pérdida. Debe ser una figura permanente, predecible, amorosa y responsiva. Los elementos antes mencionados, deben ser tomados en cuenta para la forma en que deba proceder, comportarse y dirigirse la terapeuta que trabaja con niños de éstas características, dentro de una intervención grupal.



CAPÍTULO II EL MALTRATO INFANTIL

2.1 MALTRATO INFANTIL

Comenzaré por definir el maltrato infantil en general, para luego detenerme en la definición y caracterización de los diferentes tipos de maltrato aceptados por la mayor parte de los textos especializados en la materia.

Dentro de la concepción de violencia familiar, se enmarca el concepto de maltrato infantil que propone la Organización Mundial de la Salud al que define como: "toda forma de perjuicio, o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, al niño por parte de sus padres, o representantes legales, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo" (Pezzotti, 2002; en Azaola, 2003).

2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MALTRATO INFANTIL

Azaola (2003, pp. 15-17), realizó una investigación exhaustiva de la literatura en la que encontró lo siguientes puntos relevantes en relación a los antecedentes históricos del maltrato:

No fue sino hasta la segunda década del siglo XX que el maltrato infantil comenzó a ser sistemáticamente documentado. Históricamente, el concepto de infancia tuvo un significado casi nulo. En la Edad Media (350 d.c. a 1450 d.c.) la infancia terminaba a los siete años, a partir de los cuales los hijos no dependían más de los padres o de figuras subrogadas. Después de esa edad, especialmente los pobres, ingresaban a la vida adulta. Trabajaban y socializaban con adultos, vestían como adultos y bebían en las tabernas. Eran considerados personas pequeñas más que niños necesitados de cuidados, guía y protección. En los siglos XVI y XVII, con el Renacimiento y la Ilustración, los conceptos de niñez y adolescencia comenzaron a evolucionar y a adquirir sentido en tanto periodos distintos del desarrollo o de los ciclos de vida.

Fue especialmente durante la ilustración cuando se desarrolló una concepción de los niños como seres inocentes que merecían protección. El concepto de adolescencia,



en cambio, no surgió sino hasta el siglo XIX. Paralelamente, fueron gestándose leyes e instituciones que tenían por objeto proteger el bienestar de estas nuevas categorías de personas. Educación obligatoria, controles de trabajo infantil, albergues, cortes juveniles y asociaciones para prevenir la crueldad hacia los infantes fueron creados para proteger a niños y adolescentes.

Históricamente, la violencia contra los niños se ha manifestado en casi todas las formas concebibles: física, sexual, emocional y de trabajo forzado. Aunque no se sabe qué tan común era abandonar y dar muerte a los niños, sí que el infanticidio era una práctica ampliamente aceptada en las culturas antiguas y prehistóricas. Desde entonces y hasta ahora, los niños han sido mutilados, golpeados y maltratados. Sin embargo, existen también antecedentes remotos de que se intentó poner límites a los derechos absolutos de los padres sobre los hijos. Es el caso de algunas leyes de protección a los niños que datan del año 450 a.c. Asimismo, estudios etnográficos han mostrado que casi en cada cultura han existido leyes o costumbres que regulan el acceso sexual a los niños.

La utilización de niños para la gratificación sexual de adultos fue una práctica muy difundida y aceptada en numerosas culturas. Por ello, no es extraño que la venta y la prostitución de niños sigan siendo un modo de vida bien documentado en prácticamente todos los países. El matrimonio con niños también ha sido una práctica ampliamente difundida. La victimización de niños fue frecuente durante la Edad Media. En Francia, por ejemplo, durante el siglo XV, la edad legal en la cual las niñas eran consideradas competentes para el matrimonio o el intercambio sexual era la de seis años. En Londres floreció la prostitución durante el siglo XIX cuando la práctica de desflorar a niñas vírgenes era descrita como una obsesión. También en Viena, durante esa época, el 58% de las prostitutas eran menores de edad. En Estados Unidos, antes de la abolición de la esclavitud, las menores negras eran consideradas como propiedad sexual y frecuentemente brutalizadas por sus amos. Niños blancos de diferentes países europeos también eran vendidos como esclavos.

A pesar de que la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños se creó en Nueva York en 1874 y varias más surgieron y desaparecieron durante los siguientes 80 años, diversos estudios han hecho notar que el interés público por el maltrato a los niños era prácticamente inexistente en 1950 tanto en Estados Unidos como en otros países. No fue sino hasta que el doctor Kempe y sus colegas publicaron en el Journal of the American Medical Association su trabajo acerca del síndrome del niño golpeado, cuando se inició la preocupación moderna por el abuso contra los niños



y la negligencia con que se les trataba, preocupación que ha crecido y se ha difundido durante las cuatro últimas décadas.

Apenas publicado el trabajo de Kempe, la Oficina de los Niños en Estados Unidos redactó en 1963 un modelo de ley sobre la obligación de reportar los casos de maltrato, y para 1967 todos los estados de la Unión Americana contaban ya con leyes de este tipo. La tarea más difícil y todavía no lograda ni en Estados Unidos ni en otros países es contar con una sola definición. Es por ello importante resaltar que, respecto de los niños no existe un estándar universal de lo que constituye maltrato y negligencia.

Paulatinamente comenzó a instaurarse un vínculo fundamental entre el bienestar de los niños y el desarrollo nacional, destacándose el aporte futuro del individuo en formación para la nación en su conjunto, concepción que sirve de fundamento para justificar la inversión social en la educación de los niños y rechazar el trabajo infantil. Los costos de esta etapa improductiva del individuo se financian por medio de transferencias privadas, a cargo de los adultos del hogar, y públicas a través de la educación gratuita y otros subsidios. En los países industrializados el valor económico del niño trabajador fue sustituido gradualmente por el valor emocional que se le atribuye a l niño dependiente, elemento considerado indispensable para el logro de la felicidad y realización de los padres protectores.

Estos fundamentos, relativos a los vínculos existentes entre la socialización infantil y la futura participación y productividad adulta, así como el progreso político y económico de la nación, conforman el núcleo del desarrollo de la ideología moderna sobre los niños. Es dentro de este contexto, que la infancia como categoría específica va incorporándose más plenamente al ámbito público y muchas de las dificultades que los niños enfrentan dentro del espacio privado familiar, tales como el abuso físico y sexual, antes "invisibles" para la sociedad, se convierten entonces en problemas sociales que demandan la intervención del Estado.

Por lo que respecta a México, lo que llama la atención es la reacción tardía, comparada con la de otros Estados, que el nuestro a tenido para incorporar tanto en sus leyes como en sus políticas la preocupación por el maltrato infantil.

2.3 TIPOS DE MALTRATO

Hoy en día la mayor parte de los especialistas distinguen cuatro tipos de maltrato infantil: a) maltrato físico; b) maltrato psicológico o emocional; c) abuso sexual y d)



negligencia. Las definiciones de cada tipo varían dependiendo de si han sido elaboradas desde el campo jurídico, en cuyo caso lo que intentan es identificar y castigar al agresor, o si han sido formuladas desde el campo clínico, por lo que buscan brindar atención a las víctimas. Generalmente estas últimas son más abarcables que las primeras (Ireland, 2002 citado en Azaola, 2003).

1. Maltrato Físico

El castigo corporal a los niños es una práctica legalmente sancionada y culturalmente aceptada en la gran mayoría de los países. De hecho, **el castigo físico hacia los niños es la única forma de violencia interpersonal consentida por la ley.**

No existe un concepto de maltrato físico unánimemente aceptado ni por las leyes de distintos países ni por la literatura especializada, sin embargo, para efectos de la presente investigación, se adoptó la que un conjunto de especialistas ha propuesto muy recientemente. De acuerdo con ésta:

El maltrato o abuso físico se refiere a los daños físicos infligidos a un niño por alguna persona responsable de su cuidado. No es necesario que los daños sean infligidos de manera intencional. De hecho, la mayor parte de los abusos son el resultado no intencional de castigos o métodos disciplinarios que han escalado al punto de provocar heridas o daños físicos. A menudo este tipo de maltrato ocurre de manera simultánea con otros (Perry, Mann, Palker y Ludy-Dobson, 2002; en Azaola, op. cit.).

2. Maltrato Psicológico o Emocional

El maltrato psicológico o emocional se define como actos u omisiones cometidos por padres o cuidadores que han provocado o pueden provocar trastornos de comportamiento, cognitivos, emocionales o mentales serios. El maltrato psicológico comprende tanto actos de abuso como de negligencia. La negligencia emocional incluye la falta de contención adecuada, retener el afecto, permitir al niño adoptar comportamientos inadecuados y rehusar proveerle una aceptación o reconocimientos básicos (Clark y Clark, 2001: 189-190).



De acuerdo con el Doctor Garbarino (1998), existen **cinco categorías de comportamientos que constituyen maltrato psicológico: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper.**

El **rechazo** se refiere a la actitud de hostilidad hacia el niño o la total indiferencia hacia sus necesidades. Este comportamiento se asocia con altos niveles de estrés social y económico. El **aislamiento** consiste en evitar que el niño tenga experiencias sociales normales, por ejemplo, impidiendo que se asocie con sus pares. **Aterrorizar** a un niño implica violentarlo de manera verbal constantemente haciéndose vivir en un estado constante de temor. Incluye amenazarlo con el abandono, los castigos severos y la muerte. **Ignorar** a un niño puede inhibir su normal desarrollo emocional e intelectual. **Corromper** a un niño implica la actitud por parte de sus padres o cuidadores de impulsarlo a involucrarse en comportamientos destructivos, antisociales o dañinos (Clark y Clark, 2001: 189-190).

En otro texto reciente, Marie France Irigoyen propone el concepto de **acoso moral**. De acuerdo con la autora, es la posibilidad de destruir a alguien sólo con palabras, miradas o insinuaciones. Estas insidiosas agresiones proceden de la voluntad de desembarazarse de alguien sin mancharse las manos. El acoso moral es una violencia en pequeñas dosis que no se advierte y que, sin embargo, es muy destructiva. Ese ataque, tomado por separado, no es realmente grave; es el efecto acumulativo de microtraumatismos frecuentes y repetidos, lo que constituye la agresión; por lo que concluye que el acoso moral es un verdadero "homicidio psíquico" (Hriroyen, 2000; citado en Azaola, op. cit.).

3. Abuso Sexual

El **abuso sexual infantil** ocurre entre un niño o niña y un adulto que puede alguno de sus padres, padrastro, cuidadores o responsables del menor o bien cualquier otro adulto integrante o no de su familia. **Comprende tanto los actos que puede realizar el adulto para obtener estimulación o gratificación sexuales, como la explotación sexual del niño o niña. El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual.** Los actos que no involucran a ese contacto incluyen los comentarios de naturaleza sexual, el exhibicionismo, la masturbación, el voyeurismo y la exposición de material pornográfico. Los actos de contacto incluyen el contacto sexual, la penetración



digital o con objetos y el intercambio sexual. No es necesario, por tanto, que se produzca un daño físico para que exista un abuso sexual (Ireland en Azaola, 2003).

La mayoría de las definiciones de **abuso sexual** infantil establecen **dos criterios** básicos para identificar el abuso: a) la **coerción**, dado que el agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor y, b) la **asimetría de edad**, ya que el agresor debe ser significativamente mayor que la víctima, aunque no necesariamente mayor de edad.

4. Negligencia

La **negligencia** es la forma de maltrato que consiste en el **fracaso repetido** por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o de una niña, **para proporcionarle los estándares mínimos** de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales (Ireland, 2002 en Azaola, 2003).

La **negligencia física** ocurre por el abandono o expulsión del niño de la casa, la falta de supervisión y cuando las necesidades de alimentación, vestido, techo, higiene, cuidados médicos y protección contra daños no le son adecuadamente satisfechas.

La **negligencia emocional** tiene lugar cuando las necesidades del niño de sentirse amado, deseado, seguro y valioso no le son satisfechas. También incluye el exponerlo a que presencie peleas físicas y verbales entre los padres.

La **negligencia educativa** incluye ausencias crónicas e inexplicables a la escuela; el fracaso en inscribir al niño o el ignorar sus necesidades educativas, lo que puede provocar que nunca adquiera habilidades básicas, abandone la escuela o presente comportamientos disruptivos continuamente.

La **negligencia médica** incluye no llevar al niño al médico para revisiones rutinarias o no proporcionarle atención médica en caso de heridas o de tratamientos que requiera, a pesar de que se tengan los medios económicos para hacerlo.



2.4 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

1. Consecuencias del Maltrato Físico

El maltrato físico produce tanto daños físicos como emocionales y sociales. En el plano físico, los daños que se pueden ocasionar van desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices.

En cuanto a las consecuencias psicológicas, diversos estudios han mostrado que los niños que sufren maltrato físico tienen mayores dificultades para el desempeño escolar, el autocontrol, la valoración de su propia imagen y el establecimiento de relaciones sociales, que aquellos que no lo son.

Estos niños tienen una mayor predisposición para presentar problemas emocionales tales como sentimientos de baja autoestima y depresión, o bien pueden ser hiperactivos y sentirse desbordados por la ansiedad. Algunos niños presentan problemas de comportamiento y pueden mostrarse agresivos con otros niños o con sus hermanos. Otros problemas emocionales incluyen enojo, hostilidad, temor, humillación e incapacidad para expresar sentimientos (Azaola, 2003); por ello es importante que dentro del tratamiento planteado, se diseñen dinámicas de grupo dirigidas a la expresión de sus sentimientos y emociones, así como la expresión y manejo del enojo.

Entre los daños que pueden presentarse en su desempeño social, aunque menos visibles, se encuentran: dificultad para establecer amistad con pares, escasa capacidad para establecer vínculos sociales, pobres habilidades de conocimiento y lenguaje, desconfianza de otros, complacencia excesiva con figuras de autoridad y tendencia a resolver problemas interpersonales de manera violenta; por lo anteriormente expuesto también se sugiere que se trabajen dinámicas dirigidas a mejorar sus relaciones interpersonales y donde aprendan a confiar en otros.

Las consecuencias emocionales a largo plazo pueden resultar devastadoras pues estos niños tienen mayor riesgo que otros a sufrir vínculos de dependencia con el alcohol y las drogas.



Asimismo, algunos estudios mostraron que someter a los niños a castigo físico incrementa la posibilidad de que ellos, a su vez, empleen más tarde este tipo de castigos. Otros, relacionaron el castigo corporal en la infancia con la depresión, al abuso de alcohol y las ideas suicidas en los adultos.

Diversos estudios han mostrado también que los niños físicamente maltratados se hallan en mayor riesgo que otros de padecer enfermedades mentales, o bien de incurrir en delincuencia, desempleo y abandono de hogar (Perry, Mann, Palker y Ludy-Dobson, 2002 en Azaola 2003). Es por ello que a largo plazo el maltrato infantil afecta tanto a las familias como a las comunidades.

2. Consecuencias del Maltrato Psicológico o Emocional

Algunos autores han hecho notar que el origen de ciertos estados depresivos que se manifiestan en la edad adulta, cabe situarlos en el tipo de vínculo que se estableció entre el niño y sus padres, particularmente en el impacto que tuvieron sobre su psiquismo ciertas expresiones de maltrato que, incluso sin haber llegado a las agresiones físicas, dejaron profundas heridas en su estructura psíquica (Azaola, 1999 en Azaola, 2003).

Por ejemplo, para Hugo Bleichmar (1988), ciertas depresiones se originan en una desproporcionada distancia entre el Yo Real y el Yo Ideal; es decir, entre lo que uno es y el modelo a seguir que llevamos dentro. Esta distancia se agranda cuando existen repetidos enunciados por parte de un adulto que ejerce la función paterna (padre, madre o cuidador) a partir de los cuales se hace sentir al niño su incompetencia, su incapacidad o su insuficiencia frente a las expectativas o frente al modelo de lo que se piensa que el niño debería ser. En tales casos el modelo aparece como distante, inaccesible, inalcanzable, y los esfuerzos para aproximarse a él son vividos como infructuosos, inútiles, vanos.

El autor explica cómo determinados enunciados colocan al niño en una cierta posición que genera un patrón de relaciones que después repite a lo largo de su vida y que resulta muy difícil poder modificar. Esos enunciados seguirán haciendo que el niño se coloque a sí mismo como insuficiente, incompetente, inadecuado, y que actué en consecuencia con esta posición que desde pequeño aprendió a desempeñar.



Cabe insistir en que, incluso más frecuentemente que por los golpes, numerosas personas han sufrido daños severos por las palabras, los gestos y las miradas que han quedado inscritos, en ocasiones de manera indeleble y siempre dolorosa, en su memoria. La falta de reconocimiento es a menudo vivida con el mismo o con mayor dolor que los golpes y produce efectos que pueden perdurar a lo largo de la vida del sujeto (Azaola, 1999 en Azaola, op. cit.).

También los especialistas han insistido en que las huellas que el maltrato emocional deja en el psiquismo del niño se constituyen en un obstáculo que inhibe, coarta, limita y, en casos extremos, paraliza completamente su desarrollo. Aun cuando no se llegue a tales extremos, aquellos gestos que implican una falta de reconocimiento para el niño o su humillación en cualquier forma suponen una gran dosis de sufrimiento, difícil de medir o de cuantificar pero que indudablemente producen efectos que truncan sus posibilidades de alcanzar un desarrollo pleno.

3. Consecuencias del Abuso Sexual

Existe un número significativo de efectos que alteran el funcionamiento del niño y la niña a corto plazo. El efecto más comúnmente experimentado es el síndrome de estrés postraumático, cuyos síntomas caen en tres situaciones: a) revivir el evento traumático; b) negación de éste o de hechos asociados con él y, c) hiperactividad psicológica. Si el abuso no es exitosamente enfrentado, el desorden provocado por ese síndrome puede devenir en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del niño. (Dominguez, Nelke y Perry, 2002, en Azaola, 2003).

Otro efecto puede ser el desarrollo de comportamientos sexualizados, llamado también "comportamiento sexualizado reactivo". Algunos niños reaccionan con depresión y ansiedad, y otros presentan comportamientos de prosociedad, problemas generales de comportamiento, baja autoestima y conductas disruptivas. Sin embargo, algunos estudios también señalan que un alto porcentaje de niños es asintomático (Ibidem).

De hecho, varios factores pueden incidir para incrementar o disminuir la angustia provocada por el abuso. Éstos se refieren al tipo de abuso; las características del niño y las del ambiente donde se desarrolla. Los niños que se desenvuelven en un ambiente en el que encuentran un mayor apoyo y comprensión por parte de otros familiares pueden enfrentar mejor las situaciones de abuso. Una angustia mayor en los padres se



asocia con una reacción similar en los niños (Domínguez, Nelke y Perry, 2002 citados en Azaola, 2003).

Diversos estudios sugieren que las consecuencias psicológicas negativas del abuso persisten en el tiempo y permanecen en la edad adulta. Las mujeres que sufrieron abusos tempranos tienen dos veces más probabilidades de suicidarse, tres veces más de consumir sustancias y cuatro veces más probabilidades de sufrir desórdenes psiquiátricos que quienes no lo experimentaron (Ibidem).

También se ha observado que a largo plazo, las mujeres con una historia de abuso sexual en su infancia están más propensas que otras a la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y a los comportamientos autodestructivos. Más frecuentemente se sienten aisladas, estigmatizadas y experimentan algún tipo de disfunción sexual o tienen dificultad para confiar en los otros (Clark y Clark, 2001: 203-208).

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera muy pertinente trabajar con un modelo de intervención en el que se diseñen dinámicas que favorezcan el autoconcepto de las menores, y otras donde aprendan a confiar en los demás (teniendo cuidado de quienes podrían ser las posibles personas en las que se podría confiar).

4. Consecuencias del Maltrato por Negligencia

Consecuencias físicas. El crecimiento sano y el desarrollo se ven trastornados y a menos que se intervenga para remediarlos, los déficits se acumulan y siguen influenciando negativamente el desarrollo subsecuente del niño. Aun suponiendo que el suministro de calorías sea suficiente, los niños requieren de una estimulación emocional y física apropiada. Necesitan ser tocados, mecidos y mirados y, cuando ello falta, su desarrollo se puede detener a pesar de estar adecuadamente alimentados.

Especialmente importante tanto en términos de desarrollo cognitivo como emocional parece ser la estimulación de los niños mediante el tacto. Los niños y las niñas que sufren negligencia emocional a menudo muestran signos psicopatológicos en su vida posterior. Siendo niños pueden parecer deprimidos o derrotados o bien realizar actos riesgosos en el intento de atraer la atención de sus cuidadores. Pueden desarrollar un síndrome de futilidad y apatía en el que su afectividad queda disminuida, lo que puede conducirlos a que más tarde se conviertan también en padres negligentes (Clark y Clark, 2001:77). Dentro del Albergue se observa, en los menores que se



encuentran internos, un semblante de tristeza, están la mayor parte del tiempo pegados a las cuidadoras tratando de atraer su atención, juegan poco, no muestran interés en actividades y son apáticos; lo que nos muestra que en éstos son menores no han sido cubiertas sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales.

Consecuencias emocionales. Cuando la negligencia emocional ocurre de manera consistente, los niños pueden experimentar dificultad para establecer vínculos cercanos y estables durante toda su vida, tienden a ser más pasivos, abandonadores e indiscriminados en sus interacciones sociales. Al mismo tiempo, muestran menos afecto a sus madres y pueden ser también hiperactivos, agresivos o presentar problemas de disciplina en la escuela. Acumulativamente, esta clase de comportamientos puede conducirlos a un riesgo mayor de incurrir en conductas delictivas a lo largo de sus vidas (Ibidem).

2.5 INDICADORES DEL MALTRATO

1. Indicadores de Maltrato Físico

Los indicadores de abuso físico incluyen: heridas en la piel tales como raspaduras, quemaduras, mordidas, fracturas de huesos y heridas abdominales. También cicatrices que sugieren abusos físicos anteriores. Los sitios donde con mayor frecuencia se observan las heridas infantiles accidentales, son: frente, nariz, barbilla, palmas, codos y espinillas. En cambio, las heridas en los lados de la cara, nalgas, genitales, abdomen y costados pueden ser indicativos de abusos. Además, las heridas encontradas en dos o más planos del cuerpo, la espalda y el estómago, por ejemplo, pueden indicar la presencia de abusos ya que es difícil que de una caída resulten heridas de ambos lados (Ireland, 2002 en Azaola, 2003).

De igual forma, dependerá de las características de las quemaduras el poder suponer si han sido accidentales o intencionales. Por ejemplo, quemaduras en manos y pies siguiendo un patrón simétrico o bien quemaduras aisladas en las nalgas, sugieren la presencia de maltrato. Retrasos inexplicables en buscar atención médica o señalar que no hubo testigos de las quemaduras también sugieren la posibilidad de maltrato (Ibidem).



También debe tomarse en cuenta que cuando el niño se lastima accidentalmente los padres suelen buscar atención de inmediato, mientras que en los niños lastimados por maltrato, la búsqueda se demora (Clark y Clark, 2001: 177-178).

Por lo que respecta a los niños que están siendo víctimas de maltrato físico, hay que tomar en cuenta las dificultades que deben vencer para revelar que están siendo maltratados. En ocasiones sufren presiones y amenazas por parte de sus padres. Incluso al ser cuestionados algunos lo niegan y explican que fue un accidente o que no se acuerdan cómo se lastimaron. Otros pueden pensar que esta clase de abusos es normal dado que siempre los han sufrido. En cualquier caso, debe tenerse presente que para los niños representa un gran esfuerzo vencer estas dificultades y revelar los abusos a que están siendo sometidos.

2. Indicadores de Maltrato Psicológico o Emocional

Los niños que sufren maltrato psicológico en alguna de sus formas suelen mostrar uno o varios de los siguientes indicadores comportamentales de ese tipo de maltrato: pesadillas, problemas de aprendizaje, conductas autodestructivas, desórdenes del sueño o alimenticios, afectos negativos o planos, pasividad, autoimagen negativa e incapacidad para progresar (Clark y Clark, 2001).

3. Indicadores de Abuso Sexual

El abuso sexual es particularmente difícil de identificar. Sin embargo, los estudios muestran que es muy raro que los niños fabriquen historias acerca de este tipo de agresión (Ireland, 2002 en Azaola, 2003). Como también es raro que los niños hablen espontáneamente de estar sufriendo esta clase de abusos, debe prestarse atención a síntomas tales como dolor o molestia en los genitales y la boca; sangrados genitales o rectales; presencia de enfermedades de transmisión sexual, infecciones recurrentes en el tracto urinario, ropa interior inexplicablemente manchada o rota, dificultad para caminar o sentarse y embarazo. Sin embargo, en muchos casos no existen huellas corporales de esos abusos y es más posible identificarlos por los síntomas emocionales y los comportamientos del menor (Domínguez, Nelke y Perry, 2002 en Azaola, op. cit.).

Entre los *síntomas emocionales* se encuentran las regresiones, el aplanamiento afectivo o la falta de respuesta emocional, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad o el temor, las fobias, los sentimientos de culpa o de desamparo, la abaja autoestima, las



ideas obsesivas, el autorrechazo, sentimientos de disociación y vergüenza de su cuerpo. Es importante tomar en cuenta que debido a que estos menores, entre otros síntomas, muestran miedo; resulta evidente que dentro de un tratamiento dirigido a disminuir la sintomatología depresiva, se trabaje con los miedos que estos menores presentan.

Entre los *síntomas comportamentales* se encuentran los cambios abruptos en el comportamiento o la personalidad, la agresión, el llanto excesivo, las quejas excesivas, las dificultades en el aprendizaje, la tendencia a abandonar la escuela o la casa, los actos de automutilación, la tendencia al suicidio o los intentos de hacerlo, las pesadillas, la falta de confianza en los adultos que lo rodean, la dificultad para entablar amistad, los sentimientos de aislamiento y de rechazo, la actitud hipervigilante, comportamiento sexual inapropiado en la relación con otros niños y niñas y conversaciones sobre temas sexuales en términos poco adecuados a la edad, trastornos en la alimentación como pérdida de apetito o comer demasiado, trastornos del sueño, involucramiento en prostitución y pornografía, prosmicuidad, tendencia a abusar sexualmente de niños y niñas más pequeños. Debido a la agresión contenida o manifiesta que presentan, también resulta importante trabajar con dinámicas dirigidas a expresar éstos sentimientos de impotencia, enojo, coraje, etc.

Desde luego que la presencia de uno o varios indicadores no necesariamente significa que el niño o la niña han sido abusados. Cuando se presenten varios de éstos síntomas, el niño debe ser evaluado por especialistas. El indicador principal es el relato del menor (Domínguez, Nelke y Perry, 2002 citados en Azaola, 2003).

4. Indicadores de Maltrato por Negligencia

Algunos indicadores de negligencia, incluyen (Clark y Clark, 2001: 114):

Físicos. Desnutrición, padecimientos no atendidos, falta de atención médica periódica, retrasos en el desarrollo, cansancio e incapacidad para concentrarse, vestimenta insuficiente o inapropiada, falta de higiene en el niño y en el hogar y abandono.

Emocionales. El niño puede mostrarse extremadamente agresivo o demandante, o bien tener una actitud pasiva y resignada. Sus comportamientos adaptativos pueden ser inapropiadamente maduros o bien regresivos a etapas infantiles previas. Muestra



deficiencias en su nivel de desarrollo emocional e intelectual y puede tener intentos de suicidio.

Comportamentales. Abandono o expulsión del niño de su hogar, solicitar o robar comida y la falta de apoyo o supervisión en las tareas escolares.



CAPÍTULO III MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

3.1 EL GRUPO DE DISCUSIÓN

De acuerdo con Bradford (1948) tenemos las siguientes ideas:

La discusión de grupo es el método básico de la educación de adultos, sobre todo si tal educación es entendida como un medio para lograr que aprendan a reunirse y resolver sus problemas juntos.

En cambio, dadas las circunstancias del paso de los niños por la institución, la autora decidió buscar una alternativa más adecuada a ellos. Viéndose obligada a hacer un diseño de psicoterapia de apoyo, necesariamente breve, dirigida exclusivamente a aminorar la sintomatología depresiva, creando un ambiente de grupo en el que pudiera romperse el aislamiento mediante juegos, y ya en la dinámica de las sesiones, inclusive, se vio obligada a desahogar las catarsis que se presentaron espontáneamente, al propiciar la expresión de la tristeza y angustia que presentaban los niños; y atender las demandas emergentes que se presentaron en el grupo (por ejemplo los duelos que vivieron los niños cuando egresaba algún miembro del grupo y de la misma cooterapeuta).

La discusión de grupo también favorece el que los adultos aprendan a tomar en cuenta sus necesidades internas, dándoles la importancia que tales necesidades merecen, y que comiencen a funcionar mediante el logro de la satisfacción de ellas.

Los niños víctimas de maltrato han sido intensamente estimulados en su vida cotidiana con actitudes y actos violentos que les provocan miedos y disturbios emocionales. Además están en una situación de total dependencia emocional, social, económica e incapacitados para subsistir por su propia cuenta o para adquirir habilidades para resolver sus problemas. Así pues, es importante que dentro del grupo adquieran habilidades, actitudes y conocimientos que les permitan tener una participación exitosa dentro de éste mismo, pero que a la vez les permita tener una mejor adaptación a su entorno social en el que actualmente se encuentran.



En el trabajo con grupos infantiles se requiere de gran empatía, disponibilidad, apertura, entrega y sobre todo paciencia, ya que no siempre resulta satisfactorio trabajar con niños deprimidos. Todos estos elementos fui descubriendo y tomando en cuenta al momento de mi intervención, para así lograr desempeñar un papel que no era el programado, debido a que las necesidades de los niños en el grupo rebasaron el programa y me mostraron otros caminos que debí recorrer.

3.2 UN MEJOR COMPORTAMIENTO PUEDE SER APRENDIDO EN GRUPOS

Es cierto que el aprendizaje de un mejor comportamiento en grupos es un ejemplo de aprendizaje complejo y comprensivo, que implica nuevas formas de captación y nuevas actitudes y habilidades.

Dado que los adultos aprenden en su primera infancia algunas de las maneras de trabajar con otras personas, nos vemos enfrentados a la necesidad de desaprender mucho, y de asimilar una reeducación de nuevas formas de ver, oír y actuar en grupos.

Los nuevos comportamientos acerca de cómo aprende la gente en situaciones de grupo sugieren que es posible obtener mucho más cambios de los que la mayoría de nosotros imagina (González N. 1969).

En relación a los menores que se encuentran dentro del Albergue Temporal, se considera que el trabajo de grupo resulta muy eficaz y eficiente, en el sentido de que por tratarse de una institución, se puede abarcar a un número mayor de menores para que reciban un tratamiento que les permita aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas del motivo de su ingreso; economizando así, en tiempo. Por otro lado, es en este momento de la infancia en la que ellos se encuentran, donde aprenden nuevas formas de interactuar y de relacionarse con sus pares y muy probablemente a igual que en los adultos, es posible obtengamos mucho más cambios de los que la mayoría de nosotros imagina, ya que el grupo por su propia naturaleza, da sentido de pertenencia a los niños que se sienten tan abandonados.



3.3 EL GRUPO DINÁMICO

El Doctor José de Jesús González, por su parte, acuña en el año de 1969 el término de grupo dinámico; al cual lo define como “un grupo primario, cara a cara, de tipo psicológico, en el cual sus miembros se pueden interrelacionar unos con otros fácilmente. Es un grupo artificial por que se forma un tanto arbitrariamente y de duración corta o limitada, lo que dura el programa de intervención (tratamiento)”. Las características del grupo dinámico resultan a doc para formar un grupo de carácter psicológico dentro del Albergue, ya que se requiere de una intervención necesariamente corta (delimitando el número de sesiones programadas), debido a los constantes egresos que se dan dentro de la institución, dando como consecuencia que sea impredecible el tiempo que puedan estar ahí los menores. Constituido de forma artificial ya que no es un grupo que se haya formado por naturaleza propia y conformado un tanto arbitrariamente, tomando en cuenta el que los niños tengan características similares en cuanto edad y problemática.

3.3.1 EN EL GRUPO DINÁMICO SE USA LA DISCUSIÓN

De acuerdo a González N. (1969), en el grupo dinámico se usa la discusión en forma hasta cierto punto controlada. Se estimula en la persona que al criterio del director de grupo es conveniente estimular, pero se controla en aquellas personas en las que el director de grupo cree conveniente controlar. En relación a un tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo, la moderadora debe favorecer y estimular la participación de los niños en cada una de las dinámicas, pero a la vez, controlar en aquellos niños que se considere necesario hacerlo, ya sea por propiciar el desorden al participar, por querer abarcar todo el tiempo o alguna otra circunstancia.

Además la discusión en el grupo dinámico recae sobre los mismos integrantes del grupo y se enfatiza un tanto, en lo que internamente son. Así también la información que se les da es sobre temas psicológicos, aunque no necesariamente lo fueran, la información de tipo psicológico que se les da es precisamente para que lleguen a una mejor comprensión y conocimiento de sus propios procesos psíquicos y para que lleguen a una mejor comprensión y conocimiento de lo que sucede psíquicamente en los demás y muy en concreto de sus compañeros de grupo. En relación a los niños se debe pretender que tengan un mejor control de sus impulsos, pues se ha observado, que los menores víctimas de maltrato con cierta frecuencia suelen mostrarse agresivos y violentos con sus compañeros.



En este tipo de discusiones es el director de grupo el encargado de darle al ambiente un clima, de seriedad pero flexible, suelto y amistoso, donde puedan expresarse en confianza y donde sientan que son comprendidos y que también ellos comprenden y sienten lo que esta sucediendo. Las discusiones en las que se defienden situaciones muy emocionales, en las que se pierde la objetividad y solo funcionan en base a la subjetividad de los integrantes del grupo, es controlada por el director del grupo señalando muy en concreto cual es la posición particular de cada una de las personas que discuten. Partiendo del hecho, de que los menores que han sido víctimas de maltrato han perdido la confianza en los demás, es importante, que la terapeuta que trabaja con niños de éstas características trate en la medida de los posible, darles la mayor confianza que pudiera brindarles, creando un ambiente de cálido y flexible que les permita desenvolverse y expresar abiertamente sus emociones, inquietudes, sentimientos, deseos, etc.

En este tipo de discusión que decimos controlada, se trata de evitar toda serie de fricciones destructivas o agresivas que puedan obstaculizar la marcha del grupo. Lo anterior no quiere decir que no se permita la expresión de la agresividad, lo que simplemente decimos es que no se permite la agresividad que obstruya el desarrollo del grupo. Por ello es importante evitar agresiones físicas y verbales entre los niños, ya que esto impediría el buen desarrollo del grupo; pero si es importante permitirles la expresión de su agresividad (enojo, coraje, resentimiento) a través de dinámicas diseñadas para tal efecto, mediante actividades como romper periódico, rayar una hoja, patear pelotas, etc.

Todo lo anterior nos lleva a afirmar que la comunicación democrática en el grupo es favorecida y reforzada, en tal forma que aparezcan aquéllas, comunicaciones saludables y fecundas y se inhiban aquellas comunicaciones que sólo sirven para fomentar la preocupación y los conflictos en los miembros del grupo. Para el caso de los menores es importante que se favorezcan y refuerzan aquellas interacciones que les permitan una mejor adaptación al grupo y a su entorno, e inhibir aquellas conductas que resulten inapropiadas.

3.3.2 EN EL GRUPO DINÁMICO SE USA LA CONTEXTUALIZACIÓN

Entendiendo “contextualización” de la siguiente manera: “Todos sabemos que el sentido de una palabra depende de las palabras que la rodean y que a su vez una frase puede adquirir distintos sentidos si variamos el conjunto de frases que la demarcan”. Contexto



que refiere precisamente a ese conjunto o coro de palabras o frases que rodean y modifican a una determinada palabra o concepto.

Lo que en el grupo dinámico se trata de hacer hasta donde es posible, es poner, tanto los problemas como las situaciones conflictivas, en nuevos contextos. La validez de esos nuevos contextos va a depender de cómo captemos a la persona en forma individual y se le apliquen en esa forma.

Mediante la contextualización en ocasiones se lleva al sujeto a “sumarizar” actitudes, “restar” o hacer transacciones que favorezcan su estabilidad o salud mental (González N. 1969).

Esto es de suma importancia cuando se trabaja con niños víctimas de maltrato que se encuentran institucionalizados, pues ven pocas ventajas de estar internos, piensan que nadie los quiere y se siente rechazados por todos, y la gran tarea dentro del grupo es tratar de ponerlos en otro contexto donde puedan establecer relaciones satisfactorias con el resto de sus compañeros, hacerles notar que algo nuevo están aprendiendo cada día y que si existen actividades muy divertidas e interesantes que se pueden realizar dentro del Albergue (sobre todo cuando ellos piensan que nada es divertido).

3.3.3 EN EL GRUPO DINÁMICO SE USA LA INTERPRETACIÓN

En el grupo dinámico llega un momento en que las intervenciones de algunos de los miembros, o las del director del grupo resultan ser francamente interpretativas. Por ejemplo, lo anterior se ve claramente cuando se dice a un miembro del grupo que se ha expresado ampliamente: “De modo que en vez de mejorar las cosas cada vez están peores”, o “Se siente perdido aún antes de comenzar”. “Siente que es incapaz de actuar con naturalidad cuando esta entre extraños y que la gente lo nota”. “En pocas palabras: sabe lo que debe hacer, pero no lo hace cuando llega la oportunidad”. “Siente que a veces actúa como dos personas distintas”.

Expresiones como las anteriores permiten al sujeto acrecentar su comprensión “revelándole significados, relaciones o sentimientos que él no había descubierto o no se había atrevido a reconocer”. Si el director del grupo o cualquier otro miembro del grupo ha acertado, el sujeto al que se le ha interpretado contestará “Así es”, “Si”, “Es cierto”, o lo expresará en forma más amplia (González N. 1969). La interpretación resulta de suma importancia en el trabajo con niños, ya que ayuda a que ellos reconozcan cuales



son los sentimientos que están sintiendo y que no habían logrado reconocer y darles nombre, y que por ello solo eran capaces de actuarlo manifestando comportamientos de agresividad, retraimiento, etc.

Lo importante es que el director de grupo sea acertado en sus interpretaciones, pues de lo contrario podrá cometer el error de sugestionar a quien se le haya hecho, o por lo contrario, orillarlos a mostrar constante inconformidad o negativismo frente a lo que se dice.

En muchos casos resulta fácil de interpretar a los sujetos, ya que lo que ellos dicen constituye, una mezcla muchas veces de hechos, elaboraciones imaginarias y sentimientos o puntos de vista personales. En ocasiones alteran o exageran lo que les sucede para proyectar o tratar de buscar la aprobación, la complacencia o la complicidad afectiva o real ya sea del director del grupo o de alguno o algunos de los miembros del grupo.

En la interpretación debe evitarse hasta donde sea posible, quedarse en la superficie, por el temor de cometer errores. Siempre el director de grupo debe buscar "la razón detrás de la razón" en cada una de las comunicaciones de los miembros del grupo o de alguno o algunos de los miembros.

Mediante la interpretación se ayuda al miembro del grupo a que objetivise, visualice y comprenda más rápidamente el significado del lugar de algunos trozos de comportamiento, su emoción, su memoria, su fantasía y su experiencia.

Para algunos autores la interpretación no es más que una forma muy común de contextualizar (Ibidem).

Mediante la interpretación es posible dar forma a las ideas aisladas que tienen los niños, haciéndoles notar que se les está comprendiendo y entendiendo.

3.3.4 EN EL GRUPO DINÁMICO SE USA EL REFUERZO

Creemos que en nuestros grupos usamos principalmente, a través de la discusión, de la contextualización y la interpretación, el refuerzo de tipo secundario, haciendo uso del refuerzo secundario positivo y del refuerzo secundario negativo (González N. 1969).



Para comprender mejor el complejo proceso de cambio en un grupo de discusión es útil distinguir tres niveles de conceptualización:

1.- Podemos enfocar al grupo y analizar su estructura y la pauta de fuerzas que, dentro del grupo, determinan la conducta.

2.- Podemos enfocar al individuo y analizar la estructura de su personalidad y las fuerzas internas que influyen en su conducta como miembro del grupo.

3.- Finalmente, podemos enfocar al ambiente de grupo. En este nivel tratamos no solo el ambiente físico, sino también y fundamentalmente, el ambiente social en que el grupo está inmerso. Debemos comprender tanto las fuerzas culturales más generales como las fuerzas institucionales inmediatas.

Por lo anteriormente expuesto, se considera que es importante trabajar dentro del grupo con menores víctimas de maltrato, con lo que es el refuerzo positivo, dadas sus características de baja autoestima.

Este tipo de refuerzo permitirá tener una mayor participación y disponibilidad por parte de los integrantes. Se puede utilizar el refuerzo físico y el refuerzo emocional; por ejemplo: El entregar dulces a cada uno de los niños al término de las sesiones constituye un refuerzo palpable; mientras que el mirar a los menores con ojos de aprobación, aceptación, asentir la cabeza como símbolo de reafirmación, o un gesto de agrado tendrá un gran impacto a nivel emocional.

3.4 TERAPIA DE JUEGO PARA NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO Y NEGLIGENCIA

El maltrato y la negligencia provocan un daño grave y devastador en el desarrollo de la personalidad del niño, el cual se corrige raramente con el simple hecho de proporcionar un ambiente seguro mediante la ubicación de los niños en casa substitutas -que por lo general agrega otra tensión-, lo que puede empeorar los problemas conductuales. Si los problemas persisten, el niño puede empezar una jornada a través de ubicaciones en serie, situación que agrava los sentimientos de rechazo. Además las dificultades conductuales persistentes interfieren con las experiencias escolares y compañeros, y alimentan un sentido de fracaso, soledad y falta de amigos (Shaefer y O'Connor, 2001).



La dificultad en el control de impulsos, relaciones de objeto perturbadas, ansiedad, depresión, baja autoestima y deficiencias cognoscitivas son las reacciones psicológicas frecuentes que han sido reconocidas por los profesionales durante los últimos 20 años. Sin embargo, no se les ha dado mucha atención psicoterapéutica. Algunos programas que proporcionan psicoterapia individual a niños maltratados informan mejorías significativas de los síntomas conductuales y reanudación del desarrollo de la personalidad. Para ayudar a los niños a tratar sus conflictos internos y relaciones con los demás, la terapia de juego con orientación psicodinámica parece ser la modalidad más útil. Está indicada específicamente para niños víctimas de maltrato y/o negligencia y se puede adecuar con facilidad a sus necesidades y temores particulares (Ibidem).

El resultado de la terapia de juego es lo suficientemente alentador como para utilizarlo con un grupo mucho mayor de niños víctimas de maltrato, por lo que es posible implementar un grupo con un número pequeño de integrantes, en el que se trabajen dinámicas de grupo a través del juego.

El juego es en particular útil, ya que la mayoría de los niños víctimas de maltrato aún más que los niños en general, expresan sus sentimientos y fantasías más profundas en forma más rápida a través de la acción que de la verbalización. Por ello las dinámicas planteadas tienen que ser necesariamente a través de juegos que permitan la participación de todos los integrantes del grupo. Los juegos estructurados pueden utilizarse para ayudar al dominio de impulsos y elevar el sentido de competencia.

Las necesidades especiales de los niños maltratados, requieren una adaptación de las técnicas tradicionales de la terapia de juego, sobre todo si se desea trabajar en grupo. Debido a su desconfianza en los adultos, primero se debe tomar un tiempo para establecer una relación terapéutica cálida y de confianza, para lo que se requiere de gran empatía por parte de la terapeuta.

Dado que la mayoría de los niños víctimas de maltrato o negligencia tienen déficit de atención y problemas en el control de impulsos, actúan automáticamente reprimiendo sentimientos derivados de experiencias violentas en lugar de verbalizarlas,



por ello es importante diseñar dinámicas que favorezcan la expresión e identificación de sus emociones.

Después de esto, el enfoque terapéutico se puede mover hacia la elevación de la autoestima y a favorecer las relaciones interpersonales con sus pares. Por último, el terapeuta ayuda al niño a adaptarse a las circunstancias de su situación presente, lo que puede incluir la ubicación fuera de casa; en este caso en el Albergue Temporal.

Dado que para este propósito no es posible el juego a través de juguetes específicos, como la casa de muñecas, debido a que se trata de una intervención grupal; se sugiere emplear materiales de juego como plastilina, crayones, pliegos de papel bond, revistas, tijeras, hojas de papel, periódico, etc.

Para permitir la expresión segura de la actividad motora, se necesita un salón de juegos separado -no puede combinarse con una oficina como una esquina de juego-. Para tal efecto resulta a doc, un salón de clases dentro del Albergue, únicamente con el número suficiente de bancas, sin anaqueles ni materiales que puedan atraer su atención y con un baño al interior, para el caso en que los menores requieran de este servicio, no tengan necesidad de salir del cuarto de terapia.

Todos los niños de edad preescolar y escolar temprana que muestran perturbaciones emocionales son candidatos para la terapia de juego diseñada especialmente para niños víctimas de maltrato, por lo tanto es muy posible que los menores de edad escolar se beneficien con un modelo de intervención diseñado a través de dinámicas de grupo en las que el elemento fundamental sea el juego.

La meta de la terapia de juego es ayudar a los niños a dominar las múltiples tensiones del maltrato y la negligencia, y corregir o prevenir desviaciones en el desarrollo psicosocial futuro, por lo que resulta de suma importancia, aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas del motivo de su ingreso, como lo es la depresión, entre otras.

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO
UN MODELO DE AYUDA



Uno de los inconvenientes de este modelo de intervención, es que la terapia de juego con orientación psicodinámica, implica un tratamiento prolongado, por lo que, es importante tener en mente que éstos menores que se encuentran albergados solo estarán por un tiempo indeterminado dentro del Albergue, lo que sugiere que todos los elementos antes mencionados serán adaptados a un modelo de intervención breve, en el que se trabajara de manera rápida, y en el que la terapeuta tendrá que contar con gran habilidad y empatía para que de manera rápida y en la medida de lo posible logre cada uno de los objetivos.



CAPÍTULO IV

EL ALBERGUE TEMPORAL DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL

4.1 LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL

En la GACETA (noviembre, 1983) de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJ. DF.), se dice que: "La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, es la dependencia del Poder Ejecutivo Federal en la que se integra la institución del Ministerio Público del Distrito federal y sus órganos auxiliares directos". Asimismo, que en el ejercicio de sus funciones, el personal de la Procuraduría observará las obligaciones inherentes a su calidad de servidores públicos, de acuerdo con sus atribuciones específicas, y actuará con la diligencia necesaria para una pronta y eficaz procuración y administración de Justicia.

En primera instancia, pensando en la protección que los menores víctimas de delito merecen, el C. Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por medio del Acuerdo A/24/89, da instrucciones a los servidores públicos, con objeto de proteger inmediatamente que sea necesario a los menores o incapacitados que se encuentren relacionados en averiguaciones previas y se les origine una situación de conflicto, daño o peligro. Que por su trascendencia humanitaria y tratarse de la observancia de una disposición constitucional a la que la PGJ. D. F. está obligada a cumplimentar, la actividad asistencial que desarrolla esta Dependencia con los menores o incapacitados, de conformidad con sus atribuciones, debe concebirse y realizarse independientemente de la función persecutoria de los delitos de orden común (Diario Oficial de la Federación, abril 1989).

Posteriormente, gracias al acuerdo A/032/89, dictado por el C. Procurador General de Justicia del Distrito Federal, se crea la primera Agencia Especial del Ministerio Público para la atención de asuntos relacionados con menores de edad, en virtud de que uno de los más graves problemas a que se enfrenta la Capital del País es el crecimiento de menores víctimas del delito, así como menores infractores a las leyes



penales y a los Reglamentos de Policía y Buen Gobierno, todo ello en perjuicio del normal desarrollo de nuestra sociedad en su conjunto (Ibidem).

En el mismo Acuerdo se menciona, que tratándose de menores que se encuentren relacionados en averiguaciones previas y se les origine una situación de conflicto, de daño o peligro, y que requieran una atención y cuidados especiales, por ser víctimas del delito, aún cuando ya se definió su situación por medio del Acuerdo A/024/89, publicado el 26 de abril de 1989 en el Diario Oficial de la Federación, se juzga indispensable dar a estos menores, dentro del proceso de averiguación, una atención especializada que les proporcione la más amplia protección que en derecho proceda. Más adelante, indica el citado acuerdo, que tratándose de menores víctimas del delito, el C. Agente del Ministerio Público podrá canalizarlo al Albergue Temporal de la PGJ. D. F.

De las 75 Agencias del Ministerio Público que existen en el D. F., sólo la 59ª es especializada en asuntos de menores; ésta inicia averiguaciones previas directas y relacionadas con menores, víctimas e incapacitados, por alguno de los siguientes posibles delitos:

Lesiones.- Según el artículo 130 del Código Penal del Distrito Federal referente a Lesiones, dice: Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración a la salud y cualquier otro daño que deje huella mental o en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa. Rodríguez Manzanera menciona "que la forma de agresión más común son los golpes, utilizando manos, pies y objetos contundentes (reatas, cuerdas, varas, palos, fuetes, etc.). Las lesiones predominan en la cabeza y cara. Hay una alta incidencia de quemaduras con cigarrillos, planchas, fierros, etc.

Una vez que llega el niño maltratado a una Agencia del Ministerio Público se canaliza primeramente con el médico legista que determinará la condición del menor. Cuando éste presenta lesiones que corresponden a las antes mencionadas el médico lo clasifica como un menor que padece el Síndrome del Niño Maltratado, "que es un cuadro clínico causado por una patología mental familiar que hace víctima al niño en la época de su vida en que se encuentra más indefenso, aprovechándose de su poca capacidad de comunicación, para canalizar hacia él una agresión largamente reprimida".



Cuando en una Averiguación Previa se deduce que existe síndrome del niño maltratado, el Agente del Ministerio Público solicita la intervención del Departamento del Distrito federal con la finalidad de que se proteja de inmediato a dicho menor, derivándolo a una institución asistencial o en su defecto al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del D. F. Posteriormente se efectúa un estudio social que presenta alternativas para la solución del caso.

Abandono de persona.- Según el artículo 193 del Código Penal del D. F. dice que el que abandone a un niño o adulto incapaz de cuidarse a sí mismo, teniendo la obligación de cuidarlos será sancionado por el delito de abandono, es decir, una agresión pasiva, en la que se omiten cuidados esenciales para la salud del menor, ésta acción puede ser deliberada y afecta física y psicológicamente.

Al iniciarse en una agencia investigadora del Ministerio Público una averiguación previa por ese delito, se solicita la intervención del Departamento del Distrito Federal para la canalización inmediata de la víctima del delito, ya sea a las casas cuna, a hospitales infantiles de zona, hospitales psiquiátricos, hospitales generales, internados o casas hogar, etc.; o en su defecto al albergue de esta institución en el cual permanece hasta su canalización. Una vez atendidas las necesidades primarias de la víctima del delito, que en la mayoría de los casos se trata de un menor, se informa por escrito al Ministerio Público, de la institución que atiende y protege a dicho menor.

Una vez localizados los familiares, y si éstos solicitan la reintegración del mismo al núcleo familiar, el Ministerio público (de Mesa de Trámite) solicita por escrito un estudio social de la familia, el cual incluye: entrevistas de gabinete, visitas domiciliarias, diagnóstico de trabajo social, plan y tratamiento psicológicos o sociales, en el que se incluye la opinión del Trabajador Social la cual sirve de base para que el Agente del Ministerio Público norme su determinación que encuadra en Derecho.

Abuso Sexual.- En el artículo 176 del Código Penal del D. F. Se entiende por abuso sexual al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo.

Violación.- En el artículo 174 del Código Penal del D. F. dice que el que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, entendiéndose por esta a la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal,



anal o bucal, independientemente de su sexo. Así, como al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, por medio de la violencia física o moral.

Al llegar un menor víctima de actos sexuales como incesto, violación, estupro o abuso deshonesto, interviene la procuraduría por medio del Ministerio Público, a petición de la víctima cuando ésta carece de padres o tutores que se responsabilicen de ella, o cuando son aquellos los victimarios, o bien en caso de existir problemas familiares y que se requiera separar a la víctima del núcleo familiar.

Violencia Familiar.- En el artículo 200 del Código Penal del D. F. Se entiende por violencia Familiar, el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave que se ejerce contra un miembro de la familia –por otro integrante de la misma-, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente del lugar en que se lleve a cabo y que pueda producir o no lesiones.

Denuncia de Hechos.- Es común que el Agente del Ministerio Público inicie una averiguación previa con este concepto, que se refiere a algún menor que requiera protección inmediata, por lo que su tratamiento es similar al de los menores abandonados. En estos casos por regla general se trata de localizar familiares a través de LOCATEL, de CAPEA (centro de atención a personas extraviadas o ausentes), de la televisión, llevándolos a localizar su domicilio.

La creación de la oficina de orientación social, tiene como finalidad la de ayudar a las víctimas del delito y a la ciudadanía en general. Para cumplir con este objetivo fue necesario empezar a crear relaciones con instituciones que permitieran canalizar los casos que se iban presentando en agencias investigadoras del Ministerio Público. Fue así como se empezaron a entablar relaciones con el DIF. Al presentarse personas que carecían de hogar, o extraviados que requerían protección, se entablaron relaciones con la Dirección General de Protección Social y se canalizaron estas personas a diferentes albergues.

Con la finalidad de que fueran atendidos los menores abandonados, maltratados, extraviados, etc., se estableció relación con hospitales infantiles de zona, servicios médicos, etc.



4.2 EL ALBERGUE TEMPORAL DE LA P. G. J. D. F.

El Albergue Temporal de la P. G. J. D. F. es un lugar destinado para los menores que han sido víctimas de algún delito, como la exclusión o el abuso. Tiene como función principal proporcionar el más amplio amparo que en derecho proceda, cuidando celosamente que su situación jurídica se resuelva en definitiva, hasta su total reintegración al entorno familiar y social más adecuado. En donde los niños abandonados y desamparados son acogidos en tanto se les busca un destino permanente.

Sus actividades son coordinadas por la P. G. J. D. F., a través de la Fiscalía Central de Investigación para menores. El Albergue es un órgano desconcentrado, con autonomía técnica y operativa, subordinado jerárquicamente al Procurador, la que tendrá a su cargo el ejercicio de las facultades que se le delegan en el acuerdo. Su objetivo es acoger a los menores e incapaces que le canaliza el Ministerio Público. Es un lugar de estancia que en forma solícita y profesional, recibe a los pequeños que son víctimas de la exclusión y el abuso. Una institución donde los niños desamparados o en abandono, son acogidos mientras se les busca un destino permanente.

Los orígenes del Albergue Temporal se remontan al año de 1971 siendo procurador el Dr. Sergio García Ramírez, quien crea por primera vez una Oficina de Orientación Social, cuyo objetivo primordial era auxiliar de forma inmediata a las víctimas de algún delito, con un propósito tutelar y preventivo. Desde septiembre de 1990 el Albergue de la Procuraduría, queda ubicado en la calle Dr. Lavista No. 78 de la Colonia Doctores en la Delegación Cuauhtemoc.

Los menores que son atendidos por el Albergue Temporal, son niños que han sido presentados a las diversas agencias del Ministerio Público. Pequeños que están involucrados, casi siempre, en hechos donde el menor es objeto de delitos que lo convierten en víctima. Ante esta situación de peligro, daño o conflicto, el niño es trasladado a la Agencia Especializada para Menores. Esta instancia creada en agosto de 1989 es responsable de calificar la situación, y en su caso, trasladar al pequeño al Albergue Temporal.

El Albergue temporal recibió precedentes de la 57ª Agencia del Ministerio Público, tan sólo durante el año de 1995 aproximadamente 332 menores víctimas de los cuales algunos fueron canalizados posteriormente a las casas de Protección Social.



Siendo las causas principales: denuncia de hechos, el abandono, las lesiones y los delitos sexuales. En algunos casos, sobre todo tratándose de niños atípicos o impedidos, podríamos decir que aproximadamente la mitad de estos menores suelen irse a vivir con una familia ajena a quien lo agravió y ofendió (no importa que esto sea fuera de la Ciudad de México, puesto que existe una eficiente coordinación con los DIF foráneos, estatales o municipales que nos ayudan a buscar, analizar y decidir sobre el destino del niño bajo la protección familiar). Una cuarta parte de los que hospeda el Albergue, es recibida por organismos del sector público de estancia permanente. El resto, acude a la instancia de pequeñas instituciones privadas (generalmente atendidas por religiosas).

Otros pequeños van a vivir con sus madres detenidas a los reclusorios, si son extranjeros regresan a sus países de origen, o son ubicados con familias recomendables (tras un proceso de autorización para convivencia, que concluye con la sentencia del juez que legitima la adopción).

En su párrafo décimo dice: El Albergue Temporal tendrá funciones en materia psicopedagógica, trabajo social, servicios nutricionales, asistencia médica y servicios generales, de conformidad con el manual de organización que lo rija (Manual de Organización: Especifico del Albergue Temporal, 1997).

4.3 FUNCIONES DEL ALBERGUE TEMPORAL

- 1.- Otorgar protección a los menores de edad que se encuentran en situación de abandono, conflicto, daño o peligro, relacionados con averiguaciones previas o procesos penales, familiares y civiles.
- 2.- Otorgar protección a menores discapacitados sujetos de asistencia social que se encuentren en situación de abandono, conflicto, daño o peligro.
- 3.- Brindar atención psicopedagógica que incluye actividades culturales, sociales y recreativas, para lograr un desarrollo integral de los menores que están bajo su guarda. Por lo que se refiere a los menores discapacitados, la atención pedagógica deberá ser acorde con los padecimientos y disminuciones físicas o mentales de cada uno.



- 4.- Realizar trabajos de investigación social para establecer las causas que originan la recepción de menores en el Albergue.
- 5.- Formular recomendaciones, motivadas en investigaciones socioeconómicas y de las características propias de cada menor, respecto de las solicitudes de adopción respectivas.
- 6.- Elaborar y desarrollar programas generales de medicina preventiva, así como específicos de alimentación para los menores con problemas nutricionales.
- 7.- Atender de inmediato a los menores que padezcan alguna enfermedad y en su caso, canalizarlos a las instituciones médicas respectivas.
- 8.- Promover la participación y concentración social en actividades asistenciales para los menores del Albergue.
- 9.- Organizar y llevar a cabo eventos sociales, culturales, recreativos y deportivos destinados a recabar fondos para cumplir con sus funciones.
- 10.- Las demás que le confieren las disposiciones aplicables y las que determine el procurador.

4.4 FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL PERSONAL DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL DEL ALBERGUE TEMPORAL

- 1.- Apoyar al Ministerio Público en lo familiar cuando lo solicite. Brindar elementos de juicio a través de valoraciones psicológicas de los menores o incapacitados que se encuentran dentro del Albergue Temporal o de aquellos que aunque no ingresen, dependan legalmente de la procuraduría general de Justicia del Distrito Federal. Todo esto con el fin de ayudar a resolver su situación legal.
- 2.- Valorar psicológicamente a los padres o tutores de los menores albergados, con el fin de emitir perfiles conductuales para apoyar al Ministerio Público en la toma de decisiones de su situación legal.



- 3.- Brindar terapias de apoyo conductuales a los menores del Albergue temporal, tratando de disminuir su problemática, durante su estancia en el mismo. Con el propósito de cubrir este objetivo, se pensó en diseñar un modelo de intervención para aminorar la sintomatología depresiva en éstos menores.
- 4.- Capacitar al personal que atiende a los menores o incapacitados, brindando técnicas para el cuidado y manejo de la población del Albergue.
- 5.- Control y manejo del sistema computarizado, como apoyo administrativo el Albergue Temporal, capturar y procesar información a la entrada y salida de los menores, sus canalizaciones, los estudios que se realizan y todo el manejo durante su paso por el Albergue.
- 6.- Elaborar los informes semanales de las actividades realizadas.
- 7.- Elaborar los proyectos de actividades semanales para su autorización y desarrollo.
- 8.- Realizar aquellas otras funciones que le sean encomendadas por la superioridad y las que sean afines a las anteriores.

A continuación se presenta una breve descripción física del Albergue Temporal. Se encuentra distribuido en dos estructuras. La estructura principal se encuentra al frente; en la planta alta esta la recepción con trabajadoras sociales que reciben a los menores con su averiguación previa, hacia la derecha, está la oficina de la Directora y un área de fotocopiado, hacia el fondo encontramos primeramente dos dormitorios de aproximadamente 25 mts. cuadrados con literas chicas y espacios para jugar, uno es destinado para las niñas y otro para los niños; y hay un tercer dormitorio denominado "área de aislado", para los menores que tienen enfermedades virales. Enfrente de los dormitorios de los escolares, se encuentran los dormitorios de los preescolares y maternas y a la derecha el área de cuneros. Al fondo el consultorio médico y dental.

En la planta baja se encuentra el comedor, al lado la cocina con personal capacitado quienes se presentan vestidos higiénicamente y sirven el alimento a los menores con apoyo de las maestras, quienes llevan los platos hasta el lugar de cada uno de los menores. Todos los niños desayunan, comen y cenan a una misma hora; por lo general cada niño come solo y otros son asistidos, es decir, solo en casos específicos se les da de comer en la boca, por ser niños pequeños; sin embargo, se observa que muchos de los menores no quieren comer y dejan la comida lo que pudiera deberse a



una depresión o a un estado de ansiedad. La alimentación de los niños es servida en platos y vasos limpios con alimentos que tienen buen aspecto y comida balanceada.

Cerca del comedor se encuentra un espacio destinado para realizar tareas y algunas actividades con los preescolares y en otro pequeño espacio se realizan actividades como leer cuentos, ver televisión, jugar, etc. Lo que se puede observar es que el juego y la distracción es prioridad de las maestras para mantener a los niños distraídos y ocupados.

En la planta alta de la segunda estructura, se encuentran a la derecha los cubículos de los psicólogos y a la izquierda dos salones destinados para realizar actividades académicas con los menores.

Al lado de la primera estructura se encuentra el patio de recreo, que carece de piso de concreto y tiene algo de pasto. En el hay diversos juegos como resbaladillas, columpios, casa de plástico, etc.

En todo el Albergue se siente un ambiente agradable, esta limpio, con luz y temperatura adecuadas.

Los niños se encuentran vestidos casi del mismo color, camisa o blusa blanca y pantalón, falda o shorts color azul fuerte. Con respecto a la higiene, está es muy estricta ya que la mayoría de los niños llegan sucios y desaliñados; las asistentes los bañan, los cambian, los visten y en ocasiones les cortan el pelo para evitar parásitos.

Los niños tienen en todo momento actividades organizadas por sus cuidadoras y se realizan dentro un horario específico, tienen tiempo para comer, para jugar, para trabajar manualmente, para ver televisión, para bañarse, arreglarse, para hacer tareas, para dormir, etc.

Los menores están organizados en cuatro grupos etéreos: lactantes, maternas, preescolares y escolares. Cada niño en su grupo, comparte el tiempo y la atención de las asistentes con 18 o 20 niños del mismo rango de edad y tienen contacto con ellas todo el tiempo.

Hay personal capacitado para trabajar con los menores que se encuentran ansiosos, se les da terapia de masajes para relajarlos o algún otro tipo de terapia. Para



el Albergue es importante y de especial cuidado el no permitir que los familiares vean a los niños porque los inquietan y es cuando pasan largo tiempo deprimidos y llorando.

En realidad los niños juegan poco porque están casi siempre pegados a la asistente tratando de llamar su atención, cuando juegan algunos lo hacen de forma brusca, chocando y fácilmente se enojan, otros aunque hay juegos, no les interesa participar y tienen un semblante de tristeza.

Los niños se la pasan casi todo el tiempo juntos, entre el comedor y los dormitorios, realizando sus actividades o tareas, únicamente salen de estas áreas para pasar con el psicólogo o cuando tienen revisión médica, sin tener contacto con el exterior.

Unos niños corren, gritan y sus conductas son para llamar la atención, sin embargo, al momento de pedirles que participen en alguna tarea o actividad muestran un total desinterés y apatía para trabajar. Piden atención, pero falta ternura en sus lazos emocionales y se observa un marcado empobrecimiento de las expresiones afectivas.

Su forma de manipular los juguetes es brusca y en realidad se distraen poco, no muestran signos de diversión, algunos aún con el juguete más sencillo pasan largo tiempo aislados del grupo sin querer participar. A groso modo este es el funcionamiento al interior del Albergue.



CAPITULO V MÉTODO

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para que un niño tenga un desarrollo óptimo, necesita del cuidado y atención predecible y continua de otros adultos que contribuyan a la satisfacción de sus necesidades, tanto físicas como emocionales y que sean capaces de darle amor para que pueda ser un niño sano física y emocionalmente.

Los niños víctimas de maltrato que se encuentran dentro del Albergue Temporal viven separaciones, duelos y tienen carencias afectivas importantes que tienen implicaciones para el desarrollo de su personalidad tanto en el área intelectual, motora, afectiva, interpersonal y del comportamiento.

Se ha observado que debido a las constantes pérdidas que los menores sufren como consecuencia del motivo de su ingreso al Albergue, los niños tienden a sentir aflicción y su estado de ánimo se va deteriorando rápidamente, lo cual los hace más propensos a sufrir depresión. No obstante, los niños ya ingresan muy deprimidos a consecuencia del maltrato y además, llegan al Albergue en el punto más alto de su crisis, pues se enfrentan a la pérdida de su mundo y a la necesidad de sobrevivir en un mundo nuevo, transitorio y totalmente extraño, en el que hasta el momento no se les da una atención enfocada a disminuir esa sintomatología depresiva que presentan. Por tal motivo es importante que se implemente un modelo de intervención, apoyado en dinámicas de grupo que favorezcan su estado de ánimo y les ayuden a salir de la depresión.



5.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

A través de este estudio se pretendió dar respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Es posible modificar la presencia de indicadores emocionales observados a través del Dibujo de la Figura Humana (DFH), mediante la intervención diseñada (dinámicas de grupo) en niños víctimas de maltrato?
- 2) ¿Existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo en niños víctimas de maltrato, reportados a través de la valoración psicológica, antes y después de la intervención en grupo?
- 3) ¿El tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo tiene un efecto positivo sobre los síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato?

5.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN HIPÓTESIS CONCEPTUAL

La atención a las necesidades psicoemocionales a través de dinámicas de grupo mediante una intervención breve, es un método de tratamiento que puede ser eficaz en los síntomas y problemas de depresión, en niños víctimas de maltrato (se entiende por eficaz, el alivio de síntomas en un lapso corto).

HIPÓTESIS DE TRABAJO

1) Hipótesis Nula (H₀)

El tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo no tiene ningún efecto positivo sobre los síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato.

2) Hipótesis Alternativa (H₁)

El tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo tiene un efecto positivo sobre los síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato.



5.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

MALTRATO INFANTIL:

Este concepto se define como el conjunto de “los actos y carencias que turban gravemente al niño, atentan contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, y cuyas manifestaciones son el descuido y las lesiones de orden físico, psíquico y sexual, por parte de un familiar u otras personas que cuidan al niño” (Cirillo, 1991).

Los casos de maltrato infantil en la familia se pueden clasificar en: a) *maltrato físico*, por que el menor es objeto de agresiones por parte de los familiares, con consecuencias físicas (como lesiones cutáneas, oculares o viscerales, fracturas, quemaduras, lesiones permanentes, muerte); b) *abuso sexual*, por que el menor se ve envuelto, por parte de los familiares, en actos sexuales que presuponen violencia o a los cuales no es capaz de consentir conscientemente; c) *grave descuido*, por el que el menor sufre los efectos de las omisiones o carencias, por la falta de atención de los familiares a sus necesidades físicas y/o psíquicas (vestimenta inadecuada con frecuencia a las condiciones climáticas, negligencia higiénica – sanitaria o alimentaria, incumplimiento de las obligaciones contraídas con la escuela, desnutrición, etc.); d) *maltrato psicológico*, cuando el menor es víctima de una reiterada violencia verbal o de una presión psicológica tal, que lo perjudica. Entran en esta última categoría todas aquellas situaciones de separación conflictiva donde los menores son abiertamente utilizados por los padres en su reciproca disputa, con evidentes y graves efectos en el equilibrio emotivo del niño (Cirillo, op. cit.).

DEPRESIÓN INFANTIL:

Entre los síntomas que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños, pueden señalarse: fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, torturada o molesta; y no pocas veces, baja autoestima, quejas hipocondríacas, como dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta (Calderón, 1985).



GRUPO DINÁMICO O GRUPO DE DISCUSIÓN:

Es una conversación llevada a cabo en grupo; que ha sido cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no-directivo. El grupo está compuesto generalmente, entre siete y diez participantes, desconocidos entre sí y guiados por un moderador. Los participantes son seleccionados porque poseen ciertas características en común que les relacionan con el tema objeto de discusión grupal. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión (Krueger, 1991, p. 24). Este es el modelo que se siguió para la intervención grupal y dentro del cual se aplicaron las dinámicas de grupo diseñadas *ex profeso*.

5.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Grupo dinámico: Es un grupo primario, cara a cara, de tipo psicológico, en el cual sus miembros pueden interrelacionar unos con otros fácilmente y expresar de manera abierta y sin censuras sus inquietudes, sentimientos, deseos, etc. En este caso, el grupo estuvo compuesto por diez niños víctimas de maltrato. El grupo se encontraba enclavado en un grupo formal secundario que es el Albergue Temporal, lugar a donde son remitidos para su protección.

VARIABLES DEPENDIENTES

Depresión: Es el conjunto de indicadores emocionales observados a través del DFH y los síntomas del trastorno depresivo reportados, observados y registrados en la valoración psicológica de cada uno de los niños, realizada atendiendo a los siguientes indicadores clínicos:

1) Área Somática: a) Insomnio, b) pesadillas, c) estreñimiento, d) disminución del apetito, e) cefaleas, f) tensión muscular, g) sensación de opresión en el pecho, h) vómito.



2) Área de la Conducta: a) Hiperactividad, b) hipoactividad, c) apatía, d) sumisión, e) aislamiento, f) conductas regresivas, g) establecimiento de apego ansioso o inseguro, h) dificultad para relacionarse con sus compañeros, i) ausencia de límites o dificultad para seguir normas.

3) Área Afectiva: a) impotencia, b) aislamiento, c) desamparo, d) inseguridad, e) miedo, f) enojo, g) angustia, h) depresión, i) soledad, j) autodevaluación, k) culpa, l) tristeza, m) aplanamiento n) deseo de venganza, o) vergüenza, p) desgano, q) anhedonia.

4) Área Cognoscitiva: a) Ideas de abandono, b) preocupación por lo sucedido, c) culpabilidad, d) preocupación por lo que pasará con su familia, e) recuerdos desagradables, f) ideas suicidas, g) lenguaje verborreico, h) mutismo, i) tono bajo, j) ritmo lento.

VARIABLE ATRIBUTO CONTROLADA

Maltrato infantil: Niños y niñas entre 7 y 12 años de edad que han sido víctimas de actos que afectan gravemente su desarrollo físico, emocional, intelectual y moral y que por tal razón han sido remitidos al Albergue Temporal de la PGJ para su protección. Actos tales como: lesiones en la piel, golpes, fracturas, quemaduras, abuso sexual, violación, omisión de cuidados, abandono de persona, disputa entre los padres, violencia familiar, familiar detenido, falta de instrucción escolar, o que sufren las carencias de los familiares con respecto a la vestimenta y alimentación inadecuadas.

5.6 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de campo ya que se trabajó con los niños dentro de su ambiente natural, manipulando variables en una situación real (Kerlinger, 1986/2002).

Se empleó una metodología predominantemente cualitativa, que consistió en el análisis de indicadores emocionales observados a través del DFH, y la aplicación de técnicas de tipo cualitativo como son los métodos de observación directa, a través de la entrevista y durante el desarrollo de cada una de las sesiones, las cuales se registraron instrumentalmente en una bitácora o "formato de observación"; también se hicieron



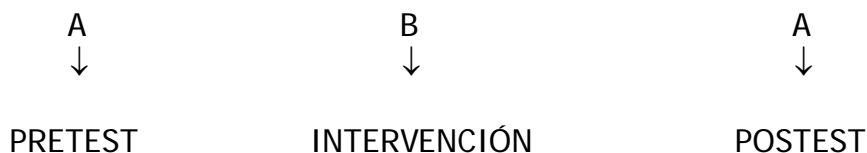
observaciones a los menores, en su ambiente natural (patio de recreo, aula de clases, comedor y dormitorios).

La historia clínica también sirvió como material informativo y referente; se realizó a partir de la información que aportaron los menores durante dos entrevistas (al ingreso y al terminar las sesiones grupales) y la contenida en el expediente que se maneja dentro del Albergue.

Por lo que respecta a la metodología cuantitativa, se cuantificaron los síntomas y se realizó su análisis estadístico mediante la T de Wilcoxon.

5.7 TIPO DE DISEÑO

Se empleo un tipo de diseño intrasujeto, estableciendo comparaciones de la conducta, síntomas y elementos cualitativos observados en el DFH en un mismo sujeto, antes y después de la introducción de la variable independiente (tratamiento).



Se reconoce que el diseño de la investigación corresponde a la línea de la *investigación/acción* ya que se realizó una intervención en grupo y se observaron individual y grupalmente los resultados de la misma (Kerlinger, 1986/2002).

5.8 MUESTRA

Para este estudio se utilizó una muestra propositiva de 10 niños, 5 varones y 5 niñas de edad escolar básica (7 a 12 años), que se encontraban en el Albergue Temporal de la PGJ, debido a que han sido víctimas de maltrato.

A cada uno de ellos se les realizó una entrevista inicial en la cual se les hizo la invitación para acudir a grupo, se les aplicó una valoración psicológica y el DFH. Para su



elección se estudio cuidadosamente el expediente de cada uno de ellos para realizar una breve historia clínica enfocándome a los siguientes aspectos: Edad, sexo, condición y dinámica familiar, tipo y circunstancias del maltrato, generador del maltrato, delito, motivo de ingreso, etc.

5.9 ESCENARIO

El estudio se realizó en el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), ubicado en la calle Dr. Lavista No. 78 de la colonia Doctores en la Delegación Cuauhtemoc. Para ello se contó con un espacio adecuado para la realización de las actividades correspondientes a las dinámicas de grupo, que consistió en un salón de clases de 5 metros de largo por 3.5 metros de ancho con el número de bancas suficientes y con un sanitario al interior.

Durante la intervención, que tuvo una duración de cinco semanas y media, se llevaron a cabo dos sesiones por semana. Los niños se sentaron sobre el piso, en semicírculo, alrededor de la moderadora del grupo o bien, de acuerdo a las instrucciones según la dinámica que se aplicara.

La duración de las sesiones fue de 1 hora y media, empezaban a las 4:30 p.m. y terminaban a las 6:00 p.m.

5.10 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron: El dibujo de la figura humana, la valoración psicológica, la entrevista y la historia clínica.

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

La prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH) calificada a través de la técnica de Elizabeth Koppitz (1976), es de gran riqueza pues permite evaluar aspectos emocionales, así como de la maduración perceptomotora y cognoscitiva. Tanto su aplicación como su calificación son rápidas. Además de que se vale del dibujo que, en general es una actividad atractiva para los pequeños. Actualmente, existen dos enfoques principales de la interpretación:



1. El utilizado por los clínicos que consideran el DFH como una técnica proyectiva.
2. Los de la segunda escuela de pensamiento enfocan el DFH como una prueba del desarrollo intelectual o cognoscitivo.

Para efectos de la presente investigación únicamente se tomo en cuenta el enfoque clínico que considera el DFH como una técnica proyectiva (Esquivel, Heredia y Lucio, 2001).

FUNDAMENTOS DE LA ESCALA DE KOPPITZ

Koppitz (1969), plantea la hipótesis básica de que los DFH reflejan primordialmente el nivel de desarrollo del niño y sus actitudes interpersonales (hacia sí mismos y hacia las personas significativas en su vida), y las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas. Los dibujos también pueden reflejar los intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlos consciente o inconscientemente en un momento dado. Koppitz considera que los DFH reflejan el estadio actual de desarrollo mental, además de las actitudes y preocupaciones en un momento dado, lo que puede cambiar con el tiempo, gracias a la maduración y la experiencia. La importancia de los DFH está dada por su sensibilidad para detectar estos cambios en el niño y se toma como un retrato interior de éste, en un momento dado (op. cit.) y es por ello que sirve como un instrumento que permite valorar los cambios de un menor después de un tratamiento.

APLICACIÓN DE LA PRUEBA

La prueba puede aplicarse individual o colectivamente. Es preferible la aplicación individual, dado que permite observar la conducta del niño. También se ha encontrado que los niños producen dibujos más ricos en esta situación individual. Cualquier dibujo tiene un significado en la relación interpersonal que el niño establece con el examinador. Esto se pierde en una aplicación colectiva. Para efectos del presente estudio se aplicó de manera individual.

Al aplicar la prueba, el examinador debe sentar al niño de manera confortable frente a un escritorio o mesa completamente vacía, presentarle una hoja de papel en forma vertical y un lápiz del No. 2 con goma de borrar.



Consigna:

“Quiero que en esta hoja dibujes una persona completa. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura o una figura hecha con palitos”.

En el caso de los niños pequeños, que muchas veces no pueden entender el significado de la palabra “persona”, se puede agregar: “puedes dibujar un hombre o una mujer, o un niño o una niña, lo que te guste más”.

No hay tiempo límite en la prueba, el niño es libre de borrar, cambiar el dibujo o voltear la hoja si lo desea. No se le debe permitir que copie modelos para su ejecución, en ocasiones, se le debe motivar a que realice un dibujo sacado de su propia imaginación (Esquivel, Heredia y Lucio, 2001).

INTERPRETACIÓN DE LOS INDICADORES EMOCIONALES COMO SIGNOS CUALITATIVOS

Koppitz (1968), “El dibujo total y la combinación de los diversos signos e indicadores siempre se deben considerar y analizar con base en la edad, la maduración, el estado emocional, los antecedentes sociales y culturales del niño, y evaluarse junto con los resultados de otras pruebas disponibles”; por ello en la presente investigación, se emplea la valoración psicológica que es el instrumento junto con el cual se evalúan los resultados del DFH.

Por lo que se refiere a la interpretación de los indicadores emocionales, Koppitz (1984) está de acuerdo con el consenso entre expertos de que no existe una relación unívoca entre un signo aislado del dibujo de la figura y un rasgo determinado de personalidad o conducta. Es por ello que no puede interpretarse el significado de cada indicador como si se tratase de una receta de cocina, ni se puede hacer una traducción mecánica de cada uno de ellos. Sin embargo, los estudios realizados por Koppitz señalan ciertos aspectos generales que pueden tomarse en cuenta en la interpretación de dichos indicadores, que coinciden con aspectos globales planteados acerca de la interpretación de los dibujos.

No debe dejarse de señalar que un mismo indicador puede tener significados diferentes, de acuerdo con el caso de cada niño y que la ausencia de alguno, no coincide forzosamente con la ausencia de un síntoma. La validez de la interpretación tendría que confirmarse con la historia clínica. Los signos cualitativos reflejan las ansiedades, preocupaciones y actitudes del niño.



Koppitz, considera a la perturbación emocional como la presencia de dos o más indicadores emocionales válidos. Un indicador emocional es definido aquí como un signo en el DFH que debe cumplir los tres criterios siguientes:

- 1) Los signos deben tener validez clínica, es decir, deben permitir diferenciar entre los DFH de niños con problemas emocionales, de los que no los tienen.
- 2) Deben ser inusuales y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes.
- 3) No deben relacionarse con la edad y la maduración.

A continuación se presentan los 30 indicadores emocionales planteados por Koppitz (1976), señalando cuando es necesario, la edad en la cual adquieren significación.

Signos cualitativos

- Integración pobre de las partes (varones, 7 años; niñas, 6 años).
- Sombreado de la cara.
- Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos (varones, 9 años; niñas 8 años).
- Sombreado de las manos, cuello o ambos (varones, 8 años; niñas, 7 años).
- Asimetría marcada de las extremidades.
- Figuras inclinadas.
- Figura pequeña.
- Figura grande (varones y niñas, 8 años).
- Transparencias.

Detalles especiales

- Cabeza pequeña.
- Ojos bizcos o desviados.
- Dientes.
- Brazos cortos.
- Brazos largos.
- Brazos pegados al cuerpo.
- Manos grandes.
- Manos omitidas.



- Piernas juntas.
- Genitales.
- Monstruo o figura grotesca.
- Dibujo espontáneo de tres o más figuras.
- Nubes.

Omisiones

- Omisión de los ojos.
- Omisión de la nariz (varones, 6 años; niñas, 5 años).
- Omisión de la boca.
- Omisión del cuerpo.
- Omisión de los brazos.
- Omisión de las piernas.
- Omisión de los pies (varones, 9 años; niñas, 7 años).
- Omisión del cuello (varones, 110 años; niñas, 9 años).

VALIDEZ DE LA INTERPRETACIÓN CLÍNICA

Cualquier interpretación muestra validez al tomar en cuenta la historia clínica del niño y el comportamiento real. Para interpretar cualquier dibujo hay que conocer no sólo la edad y sexo del niño, sino su historia clínica, cuál es el ambiente que lo rodea y cómo es su familia. Tomando en cuenta lo anterior, se procedió a realizar una breve historia clínica de cada menor, derivada de su expediente que se maneja dentro del Albergue; del que se retomaron datos importantes en relación a su dinámica y estructura familiar antes de ingresar al Albergue, motivo de su ingreso, delito, edad, sexo, etc.

Lo que un pequeño está diciendo en los DFH puede presentar dos aspectos: ser una expresión de sus actitudes y conflictos, o ser un deseo, o ambas cosas (Esquivel, Heredia y Lucio, 2001).

CONFIABILIDAD

La confiabilidad de la calificación asignada a los DFH para indicadores evolutivos y emocionales la estableció la Dra. Elizabeth Koppitz con la ayuda de la Dr. Mary Wilson. Se evaluaron de manera independiente los DFH de 10 alumnos de segundo grado elegidos al azar y de 15 niños canalizados al psicólogo educativo por problemas de



conducta o de aprendizaje. Las doctoras verificaron en cada uno de los dibujos la presencia o ausencia de 30 indicadores evolutivos y los 30 emocionales. Para los 25 dibujos examinados se encontró un total de 467 reactivos diferentes. De éstos, 444, es decir 95% de los indicadores calificados, los asignaron ambas psicólogas, mientras que 23 indicadores, 5% únicamente los consideró una de las dos investigadoras. El número promedio de indicadores asignados a cada dibujo fue de 19. En 10 de los DFH hubo un total acuerdo en la calificación asignada, mientras que en 15 de los DFH, las examinadoras difirieron por sólo 1 o 2 puntos. De aquí se concluyó que la confiabilidad era adecuada (op. cit).

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

La valoración psicológica empleada en el Albergue Temporal se hace sobre un formato en el cual se registran las principales observaciones de la conducta del menor y los datos reportados durante la entrevista inicial. Esta valoración se basa en un instrumento con validez clínica, ya que ha sido ampliamente utilizado y revisado por psicólogos especialistas del Albergue Temporal (Anexo 1).

La valoración está estructurada de la siguiente manera:

- I. Identificación
- II. Exploración
 1. Versión del niño del motivo de su ingreso
 2. Área Cognoscitiva
 3. Área Somática
 4. Área de la Conducta
 5. Área Afectiva
 6. Área de la Sexualidad
 7. Área Familiar
 8. Percepción de su Entorno Social
- III. Impresión Diagnóstica.
- IV. Objetivos Psicoterapéuticos.
- V. Plan Terapéutico.



LA ENTREVISTA

La entrevista es uno de los instrumentos indispensables para el psicólogo. Cuando se utiliza una entrevista en psicología clínica, se hace con la finalidad de “comprender” a un individuo o un grupo de individuos, o para que ellos mismos puedan “comprenderse”. La “comprensión” buscada puede corresponder a diferentes niveles: de diagnóstico, de investigación, para un tratamiento psicoterapéutico y otros (Heredia et al, 2001).

En el caso de la presente investigación la entrevista se empleó como un instrumento que permitió el diagnóstico de los menores, a partir del cual se identificaron los síntomas para poder estructurar un programa de dinámicas de grupo enfocado a disminuir la sintomatología depresiva que presentaban al inicio. Dada su naturaleza de aplicación también se empleó con fines de investigación.

La entrevista psicológica puede ser, atendiendo a su estructura, de dos tipos fundamentales: abierta o cerrada; de acuerdo a su aplicación está puede ser en forma individual o grupal. En el caso de los menores se aplicó un tipo de entrevista semiestructurada e individual, que permitió investigar determinadas áreas de interés, pero con cierta flexibilidad y sin tener que seguir un orden determinado o hacer las mismas preguntas a todos los niños. Una parte fundamental de la entrevista es establecer el rapport, para lo cual se procedió primeramente, a invitar a los niños a jugar un juego de mesa que ellos escogieran entre dos memoramas disponibles. Algunas de las narraciones y comentarios que hicieron los menores durante su entrevista, se muestran en el Anexo3.

OBSERVACIONES CLÍNICAS DURANTE LA ENTREVISTA

Al mismo tiempo que se realiza la entrevista, se van obteniendo datos que revelan el desempeño del estado emocional y mental del niño. El proceso de entrevista permite al examinador observar el nivel de comunicación verbal y no verbal que posee y sus respuestas permitirán captar información subjetiva, relacionada con la manera que el individuo se percibe a sí mismo, a su estado de salud y al ambiente en que vive. Por lo tanto, es indispensable analizar, no solo el contenido manifiesto, sino el significado latente que se expresa en la entrevista clínica. En la evaluación con niños deprimidos, también es necesario observar la apariencia física, el abatimiento, el tono de voz y la conducta indiferente.



Por lo anteriormente expuesto se decidió aplicar la entrevista de manera individual, ya que esta permitió a la examinadora observar y recolectar datos que en una entrevista grupal, se hubiesen perdido.

La entrevista se realizó en un pequeño cubículo (3 x 3 metros) del Albergue Temporal, destinado para las valoraciones de los menores. Al interior se contaba con un escritorio, una mesa pequeña para los niños, dos sillas pequeñas y un estante donde se guardaban los juguetes que podían ser utilizados.

HISTORIA CLÍNICA

Como parte de la recolección de datos se realizó una breve historia clínica de cada uno de los menores, derivada de los datos recabados durante la entrevista inicial y de la lectura de los expedientes que se manejan dentro del Albergue Temporal, los cuales están conformados por cuatro apartados: 1) Trabajo social, 2) reporte médico, 3) área legal, 4) Psicología.

La historia clínica fue importante, ya que además de haber permitido relatar el problema actual y su sintomatología, nos permitió recabar información respecto a la dinámica y estructura familiar, delito, motivo de ingreso, etc.

Por otra parte fue fundamental realizar una breve historia clínica, ya permitió dar validez clínica al DFH. Las historias clínicas de cada uno de los menores se muestran en el Anexo 3.

5.11 PROCEDIMIENTOS

La investigación se aplicó en tres fases:

1) FASE DE SELECCIÓN

- De la lista de población (la cual actualiza diariamente el Albergue Temporal) se seleccionaron 6 niñas y 6 niños que reunían las características indicadas para este tipo de estudio y que en ese momento no estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico o bajo algún otro tratamiento psicológico. Las actividades de grupo se iniciaron con 12 niños, pero debo advertir que la institución decide



constantemente derivar a los niños a otras instituciones y en consecuencia, los egresos son constantes. Así, después de la primera sesión sucedió la primera salida de un niño y después de la segunda, hubo un segundo egreso, de modo que solamente 10 niños permanecieron en el grupo hasta concluir las actividades previstas.

- Se revisaron sus expedientes para realizar una breve historia clínica de cada uno de los menores.
- En la evaluación inicial se hizo una entrevista psicológica individual en la que se aplicó la valoración psicológica, el DFH y se invitó a los niños a acudir a las sesiones de grupo; todos contestaron afirmativamente.
- Con base a las técnicas empleadas en la evaluación inicial se identificaron los síntomas y se establecieron las dinámicas de grupo, todas ellas enfocadas a disminuir la sintomatología depresiva.
- *Encuadre y Contrato:* Se informó a cada niño que el programa duraría 5 semanas y media, que participarían en un grupo de 10 niños, dos veces por semana en sesiones de 90 minutos. Posteriormente se les indicó la fecha de inicio de las actividades grupo, así como el horario de las sesiones y finalmente se concluyó la entrevista.

2) FASE DE INTERVENCIÓN

Durante cinco semanas y media el grupo se reunió dos veces por semana (lunes y jueves) en sesiones de 90 minutos. Al inicio de cada una de las sesiones se pasaba lista y se repartían gafetes. Antes de concluir se pedía a cada niño que dijera cómo se sentía después de haber estado realizando las actividades, se les repartían dulces y se daban un fuerte aplauso en grupo.

En el programa participaron dos psicólogas, la autora como coordinadora del grupo y otra encargada de hacer la observación y registro de cada una de las sesiones, permaneciendo solo hasta la octava sesión, ya que por motivos personales tuvo que retirarse.



EL PROGRAMA DE DINÁMICAS DE GRUPO: El programa fue diseñado de acuerdo a las necesidades que fueron percibidas, de ahí que se pensara en un modelo de intervención necesariamente breve, por los constantes egresos que se dan de manera imprevista. Las dinámicas fueron integradas e ideadas de acuerdo a los síntomas y a las demandas que se observaron durante la evaluación inicial y se fueron modificando de acuerdo a las demandas requeridas durante las sesiones y a los eventos imprevistos que se fueron suscitando, pero logrando conservar en todas las sesiones, el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva. A continuación se presentan las actividades de grupo que se estructuraron de la siguiente manera:

PRIMERA SEMANA

Sesión No. 1

Tema: Presentación e Integración Grupal

Técnicas utilizadas:

- Presentación de la coordinadora del grupo y de la psicóloga encargada de registrar cada una de las sesiones.
- Dinámica: Presentación por Pares (Binas)

Desarrollo: La conductora del grupo pasa con cada uno de los participantes y les pide que tomen un papelito, lo abran, vean que color les tocó y busquen al compañero que tenga el mismo color. Una vez estando en parejas, los integrantes tendrán 7 minutos para hablar y presentarse con su compañero, cambian turno para luego presentarse mutuamente ante el grupo, es importante que mencionen el motivo por el cual se encuentran en el Albergue. Posteriormente la Psicóloga pregunta cómo se sintieron y qué opinión tienen sobre el ejercicio realizado.

Objetivo: Favorecer el conocimiento entre los integrantes del grupo y reafirmar el conocimiento de la moderadora acerca de cada sujeto.

Materiales: Papelitos de colores (rojo, azul, amarillo, verde, rosa y morado) doblados al reverso y colocados en un recipiente.



- Establecimiento de las reglas del grupo

Desarrollo: La psicóloga explica la importancia de establecer reglas dentro del grupo e invita a los niños a establecer sus propias reglas. Coloca en la pared un pliego de papel bond y pide a los niños que digan cuáles quieren que sean sus reglas, todas las opiniones son tomadas en cuenta y se escriben en el pliego; es importante que las reglas se plasmen en el bond ya que antes de iniciar cada una de las sesiones, se pegara el pliego en el salón para recordar y repasar las reglas.

Objetivo: Favorecer la interacción entre los miembros del grupo, comprometerlos con reglas establecidas por ellos y hacerlos sentir que son tomados en cuenta.

Materiales: 1 pliego de papel bond, marcador y durex.

- Dinámica: Foto Individual

Desarrollo: Se toma una foto a cada uno de los integrantes.

Objetivo: Utilizar la foto de antes y después del tratamiento como técnica de evaluación.

Materiales: Una cámara fotográfica y rollo.

- Dinámica: Animales

Desarrollo: La facilitadora pasa con cada uno de los integrantes y les pide tomar un papel doblado que tiene el nombre de algún animal, lo abran y vean que animal les tocó. Posteriormente les indica que tienen que encontrar a su pareja de su misma especie, pero para ello tendrán que caminar haciendo el sonido que emite su animal y moviéndose como él o mostrando alguna característica de éste.

Objetivo: Favorecer la integración del grupo y romper el hielo.

Materiales: papeles con el nombre de animales (perro, gato, vaca, pato, lobo y pájaro) doblados al reverso y colocados en un recipiente.



Sesión No. 2

Tema: Integración Grupal y Expresión de Afectos

Técnicas utilizadas:

- Repasar las reglas del grupo
- Dinámica: Manos a la

Desarrollo: Los integrantes del grupo se colocan en forma de círculo y la conductora explica que repetirá una frase, que ellos tendrán que completar y llevar sus manos hacia la parte indicada, ejemplo: "manos a la cabe ... ", "manos a la cintu ...", etc.

Objetivo: Estimular la atención y concentración de los niños mediante un juego que les permita interactuar.

- Dinámica: Pásala

Desarrollo: La conductora coloca al grupo en círculo y a continuación indica que cada uno pasará distintos movimientos al niño a su lado: El primer niño hace algo como sacudir la mano del niño que está a su derecha y ese niño, a su vez, sacude la mano de su compañero de la derecha. Este saludo continua alrededor del círculo hasta llegar con el compañero que lo inicio y entonces el segundo niño hace un nuevo movimiento como parpadear. Una vez que el parpadeo ha recorrido el círculo, el tercer niño empieza el siguiente movimiento y así sucesivamente hasta que todos hayan hecho un movimiento.

Objetivo: Fomentar la interacción con otros niños.

- Dinámica: Canciones

Desarrollo: La psicóloga canta y juega con todos los miembros del grupo, las siguientes rondas: El patio de mi casa y El calentamiento.

Objetivo: Permitirles a los niños que sigan en movimiento, pero ahora de una manera mas directiva.



- Dinámica: Las estatuas

Desarrollo: El juego de "Las estatuas de marfil", es muy conocido y por tanto no requiere de más instrucciones que invitar a los niños a jugarlo. Si fuese necesario la conductora explicará de manera más detallada en qué consiste la dinámica.

Objetivo: Continuar con la interacción del grupo e ir logrando poco a poco que los niños puedan permanecer quietos por determinados periodos.

- Dinámica: El que se mueva pierde

Desarrollo: La conductora del grupo pide a los niños que escojan cualquier lugar del salón que ellos deseen y se tiren al suelo, luego indica que deberán permanecer 1 minuto sin moverse ella les indicará el tiempo, el que se mueva pierde.

Objetivo: Fomentar que los niños puedan permanecer quietos por periodos más prolongados.

- Dinámica: Ejercicios de Relajación e Imaginación Guiada "El Bosque"

Desarrollo: La facilitadora pide a todos los niños que se acuesten sobre el piso de tal manera que se sientan cómodos, pide que cierren los ojos y apaga las luces. Luego inicia la dinámica de relajación con ejercicios de respiración. A continuación mediante imaginación guiada lleva a los niños hasta un lugar donde ellos se sientan seguros, a gusto y contentos.

Objetivo: Facilitar la expresión de sus emociones.

- Dinámica: Dar Contención

Desarrollo: Se pide a cada uno de los miembros del grupo que diga al compañero (os) que esta llorando, algo para que ya no se sienta triste. Esta dinámica se aplica en sesiones posteriores cuando se requiere de ella.

Objetivo: Enseñar a dar contención a sus demás compañeros.



SEGUNDA SEMANA

Sesión No. 3

Tema: Expresión de Sentimientos

Técnicas utilizadas:

- Repasar las reglas del grupo
- Dinámica: Manejo del Duelo

Desarrollo: Todos los integrantes del grupo se colocan en forma de semicírculo y la conductora del grupo establece una técnica de ronda, en la que cada niño tendrá que decir que le diría a sus compañeros que han egresado, si estuviesen ahí presentes y que creen que ellos contestarían.

Objetivo: Trabajar el duelo que los niños están presentando debido al egreso de dos de sus compañeros.

- Dinámica: Dibujo de la Familia

Desarrollo: Se colocan las mesas y sillas en un lado del salón y la psicóloga pide a los pequeños que se sienten, posteriormente reparte a cada niño una hoja, un lápiz, un sacapuntas y una goma. A continuación pide el dibujo de una familia. Conforme van terminado los niños, pasa con cada uno de ellos y pregunta quienes son esos personajes, cuál es el más feliz, el menos feliz, el más bueno y el menos bueno. Esta es una dinámica que se utiliza con un doble propósito, por un lado la prueba se emplea con fines de diagnóstico y por el otro se emplea como técnica de preparación para la siguiente dinámica.

Objetivo: Sensibilizar a los niños para que puedan expresar más fácilmente sus emociones hacia sus familiares.

Materiales: Hojas blancas tamaño carta, lápices del 2 ½, gomas y sacapuntas.



- Dinámica: Recordando a mi Familia

Desarrollo: Se colocan sábanas sobre el suelo y se pide a los niños que se acuesten sobre ellas de tal manera que se sientan cómodos, pide que cierren los ojos y apaga las luces. Ahora mediante una narración se propicia que recuerden a sus familiares, conversen un momento con ellos y al final se despidan. Al concluir la dinámica se pregunta a cada uno de los niños dónde estaban, a quienes vieron, que platicaron, cómo se sintieron, etc.

Objetivo: Lograr que los niños expresen sus sentimientos con respecto a sus familiares.

Materiales: Sábanas y pañuelos desechables

- Dinámica: Dame un abrazo "mamá", Dame un abrazo "papá".

Desarrollo: La psicóloga pide a los niños que se imaginen que ella es su mamá y la otra psicóloga el papá y cada uno deberá pasar con cada una de ellas a pedirles un abrazo.

Objetivo: Dar contención a cada uno de los niños.

Sesión No. 4

Tema: Expresión de Afectos

Técnicas utilizadas:

- Repasar las reglas del grupo
- Dinámica: Las Animales Tienen Sentimientos

Desarrollo: Todos los niños se sientan de tal manera que formen un semicírculo. La conductora pregunta cómo hace un gato cuando se siente triste, luego cuando se siente alegre, enojado, cuando tiene miedo, cuando llora y cuando siente dolor. Continúa con la misma dinámica, solo que variando el tipo de animal (perro, pollo).

Objetivo: Facilitar la expresión de sus sentimientos.



- Dinámica: Identificando los Sentimientos de las Caras

Desarrollo: La conductora coloca frente a los niños los carteles y pregunta cuál es el sentimiento que está expresando el primer niño, les dice si acertaron y les pide que traten de imitarlo. Continúa con cada uno y al final nuevamente tratan de imitar cada uno de los carteles.

Objetivo: Ayudar a identificar los sentimientos

Materiales: Varios carteles con ilustraciones de niños que expresan diferentes afectos y cinta adhesiva.

- Dinámica: Representálo

Desarrollo: La coordinadora pregunta: ¿Te has fijado cómo usas tu cuerpo completo para expresar tus emociones?. Tal vez estás relajado cuando te sientes triste, tenso cuando estás enojado, extendido cuando estás feliz, o contraído cuando tienes miedo. Después da la siguiente instrucción: En forma grupal vamos a representar cómo nos hacen sentir las siguientes oraciones. Esta vez, trataremos de usar palabras que acompañen nuestros gestos.

Objetivo: Facilitar la expresión de sus emociones.

Materiales: Varios carteles que contengan las siguientes oraciones: *"Tu perro murió", "Invitaron a todos a la fiesta menos a ti", "Ganaste la lotería", "Un oso te viene persiguiendo", "Tu mejor amiga y tú van a ir a una gran aventura", "Tienes que dar un discurso frente a toda la escuela", "Estás en un lugar nuevo y no conoces a nadie", "Estás en un viaje en canoa y no sabes nadar", "Estás navegando en un hermoso lago y te encanta", "Te falta un peso para comprar en la tienda algo que realmente quieres", "Encontraste un millón de pesos", "Todos fueron al cine menos tú" y "Tienes que ir a una nueva escuela".*

- Dinámica: ¿Qué es la tristeza?

Desarrollo: Los niños toman turnos según deseen ir pasando para decir qué pasa cuando nos ponemos tristes y cuándo nos ponemos tristes.

Objetivo: Ayudarlos a identificar y expresar la tristeza.



- Dinámica: "Sacando a la Tristeza de mi Cuerpo"

Desarrollo: Se les pide a los niños que imaginen que la tristeza es una persona que anda por ahí, a veces llega y se mete en nosotros y es cuando nos sentimos sin ganas de hacer las cosas y lloramos. A continuación se les pregunta: ¿Qué les parece si sacamos a la tristeza de nuestro cuerpo?, a ella no le gusta que la descubramos, porque cuando llega, se esconde en nuestro cuerpo. Se les enseña a los niños a respirar metiendo aire por la nariz y sacándolo por la boca, imaginando que al inhalar tienen que inflar un globo y al exhalar ese globo se desinfla. Se pide que imaginen que al sacar el aire están sacando a la tristeza que esta dentro de su cuerpo.

Objetivo: Hacerlos sentir más relajados.

- Dinámica: Mostrar Fotos

Desarrollo: A petición de los niños en una sesión anterior, se muestran las fotos que se tomaron a cada uno de ellos, al inicio de la primera sesión. Se muestra una por una y se le pasa a cada quien para que exprese algo positivo con respecto al niño (a) de la foto.

Objetivo: Hacerles sentir que son tomados en cuenta.

Material: Las fotos que se tomaron en la primera sesión.

- Dinámica: Abrazo en Grupo

Desarrollo: La psicóloga da las siguientes instrucciones: Empiecen por abrazarse unos a otros y den la bienvenida a los que quieran unirse al abrazo, los brazos deben estar alrededor del talle o de los hombros.

Objetivo: Hacer sentir a los niños que forman parte de un grupo.



TERCERA SEMANA

Sesión No. 5

Tema: Autoestima

Técnicas utilizadas:

- Repasar las reglas del grupo
- Dinámica: Las Cosas que Hago Bien

Desarrollo: La psicóloga enseña a los niños la siguiente canción:

Aquí están las cosas que hago bien, que hago bien, que hago bien.

Aquí están las cosas que hago bien.

¿Las haces tú también?.

A continuación indica que todos cantarán juntos entre el turno de cada participante. Cada jugador tiene que nombrar alguna cosa que haga bien, como por ejemplo: "Yo se bailar", "Yo dibujo bonito", "Puedo andar en bicicleta sin rueditas", etc.

Objetivo: Favorecer que reconozcan sus fortalezas.

- Dinámica: Mis cualidades y Mis Talentos

Desarrollo: Se forman parejas y la psicóloga indica que uno de los miembros se deberá acostar sobre la tela para que su compañero dibuje su silueta, luego se hace lo mismo con el compañero contrario. Ahora cada uno recortara su propia silueta y le pone los detalles de la cara. Posterior a esto cada niño escribe sobre su silueta 10 cualidades y/o talentos. Al término cada integrante pega su silueta en la pared, para luego presentarse ante al grupo como en el ejemplo, según su nombre y sus propias cualidades que haya escrito: "Mi nombre es Laura y yo soy una niña tierna, bonita, alegre, etc." (Para ello, el niño se para al lado de su silueta).

Objetivo: Hacer notar las cualidades y fortalezas de cada niño.

Materiales: 10 trozos de tela pellón de metro y medio de largo, marcadores, tijeras y durex.



Sesión No. 6

Tema: Autoestima

Técnicas utilizadas:

- Dinámica: Un tesoro

Desarrollo: La directora del grupo pasa con cada uno de los integrantes y les pega una estrella en la frente, luego les muestra la caja y explica que dentro de ella tiene un tesoro y pregunta que si les gustaría verlo. A continuación pasa con cada niño para que destape la caja y descubra el tesoro, observándose a sí mismo.

Objetivo: Hacer sentir a los niños valiosos y únicos.

Materiales: Estrellas adheribles y una caja de cartón con tapa y un espejo pegado en el fondo de la caja.

- Dinámica: La Botella

Desarrollo: La coordinadora sienta al grupo de tal manera que formen un círculo y explica que se dará vuelta a la botella la cual deberá estar acostada sobre el piso en el centro del círculo. Cuando la botella deje de girar, su boca estará apuntando hacia uno de los integrantes. Entonces el que dio vuelta a la botella dice algo positivo acerca de esa persona, incluso si la botella apunta hacia ella misma. Puede ser una anécdota, un recuerdo agradable, un cumplido, una cualidad o un talento.

Objetivo: Hacer notar que los demás también ven cualidades en nosotros.

Materiales: Una botella

- Dinámica: Cumplidos

Desarrollo: La conductora del grupo pide a los niños que continúen en la misma posición. Posteriormente indica que se tomaran turnos para decirle cumplidos a uno de sus compañeros. Al término se realiza la misma actividad pero ahora con otro miembro del grupo y así sucesivamente hasta que a todos les haya tocado ser el centro de la atención. Después de cada turno se pregunta al receptor de los cumplidos si alguien



dijo algo que lo sorprendiera. Al término de la dinámica se pregunta a los niños que les pareció el juego, cómo se sintieron, qué les gustó y qué les disgustó del hecho de ser el centro de atención.

Objetivo: Hacer notar que los demás ven cualidades en nosotros que a veces creíamos no tener.

CUARTA SEMANA

Sesión No. 7

Tema: Enojo y Agresión

Técnicas utilizadas:

- Dinámica: Garabatos en una Hoja

Desarrollo: Se reparte una hoja de papel grande y una cera a cada integrante del grupo. Se les pide que garabateen en el papel o que dibujen lo que les está haciendo disgustarse. Sugerir que si todavía tienen algunos sentimientos negativos para ellos, den vuelta al papel y garabateen más. Cuando terminen, preguntarles si les gustaría decir algo con su dibujo; luego deben estrujarlo y tirarlo a la basura. Al concluir, la psicóloga debe enfatizar que nos sentimos mejor cuando sacamos los sentimientos malos y no retenemos dentro.

Objetivo: Dar una salida a las frustraciones de los niños.

Materiales: 10 trozos de papel grande y lápices de cera.

- Dinámica: Deja Salir Todo

Desarrollo: Se dispersa al grupo de tal manera que cada integrante tenga un espacio suficiente para trabajar, luego se les reparte suficiente periódico a cada uno y se pide que comiencen a romperlo aumentando cada vez más la velocidad con que lo hacen. Se les permite gritar lo que quieran y luego se pide que pateen todo el periódico que han roto y/o pueden aventarlo. Al término de esto se reparten las bolsas negras y se pide que echen dentro de éstas todo el periódico. Una vez llenas las bolsas se amarran y se



les empieza a golpear según como cada niño desee hacerlo. Durante toda la dinámica la psicóloga estimula a los niños para que realicen los ejercicios.

Objetivo: Dar a los niños una salida para sus enfados, frustraciones, disgustos, enojo y agresión.

Materiales: Bastante periódico, bolsas grandes para basura y pañuelos desechables.

- Dinámica: Mi masaje

Desarrollo: Cada niño busca un lugar en el suelo donde se pueda sentar y estirar cómodamente, la psicóloga pone un poco de leche corporal en la mano de cada niño, apaga las luces y empieza a tocar música suave. Ahora pide que sigan las instrucciones que se expondrán lentamente: Frotar las manos, brazo derecho, brazo izquierdo, cuello, cara y piernas; cerrar los ojos y respirar 2-3-4, luego exhalar 2-3-4 percibiendo y disfrutando del aroma de la crema. Al concluir se pide que describan como se han sentido.

Objetivo: Relajar a los niños para aliviar la tensión.

Materiales: Leche corporal hipoalergénica y música suave.

Sesión No. 8

Tema: Miedos

Técnicas utilizadas:

- Dinámica: Aprendiendo a manejar el Duelo

Desarrollo: Todos los integrantes del grupo se colocan en forma de semicírculo y la conductora del grupo explica acerca del motivo por el que la co-terapeuta tiene que retirarse, luego establece una técnica de ronda en la que cada niño se despide de ella diciéndole algo y dándole un abrazo. Al término de esto ella se despide de los pequeños.



Objetivo: Enseñar a los niños a ver desde otra perspectiva la pérdida de un ser afectivamente cercano a ellos.

Materiales: Pañuelos desechables.

- Dinámica: Identificando mis miedos

Desarrollo: El grupo se sienta formando un círculo y la psicóloga los invita a que hablen de sus miedos, retomando para ello comentarios que los propios niños han hecho en sesiones pasadas acerca de sus sueños terroríficos, fantasmas que han visto en sus dormitorios, ruidos que escuchan por las noches, miedo a la oscuridad, etc.

Objetivo: Identificar los miedos de los niños e irlos sensibilizando para la siguiente dinámica.

- Dinámica: Mi monstruo

Desarrollo: A cada niño se le da la mitad de su caja de plastilina y se le pide que haga al monstruo que el imagina (aquellos que les da miedo), posteriormente se pide que lo ponga un nombre y lo presente ante el grupo hablando en primera persona.

Objetivo: Favorecer que a través de la proyección por medio de sus figuras hechas de plastilina, expresen los sentimientos que les son más difíciles de manejar.

Materiales: 10 cajas de plastilina de colores.

- Dinámica: Elaboración de un personaje antagónico

Desarrollo: La facilitadora del grupo reparte a cada niño la otra mitad de su caja de plastilina y pide que hagan un personaje que les ayude a protegerse y a vencer a "sus monstruos". Ahora se pide que cada uno presente a su personaje, diciéndonos cuales son sus poderes, para luego pedirle que "dé sus poderes" al niño correspondiente y se les dirá que dichos poderes ahora "quedan dentro de ellos", "ya no son los poderes de ya son tuyos" y "los puedes ocupar de igual manera para defenderte". Enfatizar en la idea de que dichos poderes son de ellos, de igual modo que ellos dieron poder a los monstruos que les atemorizaban.



Objetivo: Disminuir los sentimientos de desamparo, inseguridad e impotencia, favoreciendo los sentimientos de autoconfianza y poder personal (empoderamiento).

Materiales: La plastilina restante en la dinámica anterior.

QUINTA SEMANA

Sesión No. 9

Tema: Relaciones Interpersonales y Aprendiendo a Confiar

Técnicas utilizadas:

- Dinámica: Reflejos

Desarrollo: La coordinadora divide a los niños en grupos de dos y pide se paren uno frente al otro. Ahora los enumera con 1 y 2 e indica que los número uno serán el reflejo de los número 2. Pide que los número 2 empiecen a moverse muy lentamente, como si estuvieran frente a un espejo practicando diferentes movimientos de los brazos, cara, cuerpo y piernas, al mismo tiempo que los número 1 deberán imitar a su compañero. Esto se realizará por un periodo de 5 minutos y al término del tiempo, se dirá: "reversa" y se darán otros 5 minutos para realizar la misma actividad, sólo que se cambiarán los papeles, ahora los 1 serán los 2, y viceversa.

Objetivo: Estimular a los niños a mantener contacto visual usando su visión periférica para ver los movimientos del compañero.

- Dinámica: Caída Confiada

Desarrollo: En parejas, un niño parado frente a otro, tocándose las palmas de las manos y con los brazos ligeramente doblados, la conductora les pide que traten de balancearse hacia atrás y hacia delante, sin separar las palmas. A continuación indica que den un paso o dos hacia atrás con los brazos todavía flexionados y las palmas hacia fuera, para inclinarse uno hacia otro, procurando juntar las palmas. Luego pide que hagan esto varias veces hasta sentirse cómodos y después lo intenten con los ojos cerrados, ahora dando vueltas en círculo, dejándose caer hacia delante, cachándose uno al otro, sin peligro, con las palmas de las manos.



Objetivo: Estimular a los niños para que confíen en sí mismos y en otros.

- Dinámica: Caminata Sincronizada

Desarrollo: Se divide a los niños en grupos de dos y la coordinadora pide a cada grupo que camine con los brazos a los lados y sus caderas en contacto, de modo que se muevan como un solo. El reto consiste en caminar a la misma velocidad exacta, dando los pasos del mismo tamaño. A medida que van logrando caminar de manera sincronizada, se van deshaciendo los grupos y cada uno de los integrantes se incorpora a otro equipo y a así sucesivamente hasta tener solo dos equipos y luego uno solo. Ahora la coordinadora indica que todos pongan sus brazos alrededor de las otras personas y caminen hacia delante, hacia atrás y hacia los lados según se les indique o como ellos lo decidan. También pueden actuar la siguiente situación: Buscar una casa (caminar hacia a delante); saltar un arroyo (saltar a la cuenta de tres); escalar una montaña (dar pasos altos como marchando); estar cansado (casi en cuclillas), irse a dormir (acostados de lado como "cucharitas" y roncando). Al finalizar el ejercicio se les pregunta a los niños cómo se sintieron.

Objetivo: Estimular a los niños a estar muy consciente de los otros.

- Dinámica: Sauce al Viento

Desarrollo: La coordinadora del grupo pide a los niños que formen un círculo cerrado con un niño en el centro del mismo. Se le pide que ponga su espalda recta y se deje caer hacia un lado y hacia otro, hacia atrás o hacia enfrente, mientras que los demás lo atrapan con sus manos y lo regresan al centro. Cada persona toma su turno según lo desee, para pasar al centro y dejarse caer dos o tres veces.

Objetivo: Fomentar la confianza en los demás.

- Dinámica: Contar Adivinanzas

Desarrollo: La psicóloga pide al grupo que se sienten en forma de semicírculo y comienza a leerles adivinanzas.

Objetivo: Atraer la atención e interés de los niños.

Materiales: Un libro de adivinanzas.



- Dinámica: Un Paseo por el Cielo

Desarrollo: La conductora pide a todos los niños que se acuesten sobre el piso de tal manera que se sientan cómodos, pide que cierren los ojos, apaga las luces y pone música muy suave y tranquila. Luego inicia la dinámica de relajación mediante ejercicios de respiración. A continuación mediante imaginación guiada lleva a los niños hasta un lugar donde ellos se sientan seguros, a gusto y contentos. Se les dice que van a dar un paseo por el cielo, que piensen que se están montando en una nube. "Ves el cielo azul y sientes la brisa fresca alrededor", "vuela en tu nube a un lugar donde puedas ser feliz"..... Después de 5 o 10 minutos explicarles que ya es tiempo de dejar la nube y regresar al salón. Apagar la música y pedir a los niños que se despierten suavemente mientras estiran sus brazos y piernas, luego se enciende la luz. Al término pedir que describan a dónde fueron en su nube y cómo se sintieron.

Objetivo: Relajar a los niños y hacerles experimentar una sensación de bienestar.

Materiales: Una grabadora y un compacto de música suave.

- Dinámica: Abrázame Porque Sí

Desarrollo: Sin motivo aparente cada uno de los niños le dará un fuerte abrazo a cada uno de sus compañeros al mismo tiempo que le dice algo agradable como por ejemplo: "Gracias por tu amistad", "Eres un gran amigo", etc. Al final se les pregunta como se sintieron.

Objetivo: Enseñar a mostrar interés y afecto.

Sesión No. 10

Tema: Anhedonia

Técnicas utilizadas:

- Dinámica: Camina Como...

Desarrollo: La conductora del grupo indica que el siguiente juego consiste en imitar la forma en que caminan diferentes animalitos. Primero pide que caminen como perro,



luego como gato, pato, cangrejo, rana, canguro, elefante, langosta, oruga, pollo, conejo y foca. Para ello el conductor empleará la técnica de modelamiento para enseñar a los niños como camina cada uno de los animales.

Objetivo: Mejorar el estado de ánimo.

- Dinámica: Arma el Perrito

Desarrollo: La coordinadora muestra a los niños el rompecabezas de un perrito para que traten de memorizarlo, posterior a esto deshace el rompecabezas y da a cada uno de los miembros del grupo una pieza y pide que entre todos formen el perrito.

Objetivo: Favorecer la sensación de éxito.

Materiales: Un rompecabezas de un perro que contenga 10 piezas.

- Dinámica: Tiempo de Historias

Desarrollo: La conductora pide al grupo que se sienten en forma de círculo y lo invita a contar una historia inventada entre todos. A continuación da la siguiente instrucción: "Yo les voy a decir una frase como, por ejemplo: Había una vez una bruja mala a la que le gustaba comer..." y uno de ustedes continuará la historia diciendo lo que se le ocurra, por ejemplo: "geranios rosas, pero un día cuando salió a recoger sus geranios rosas, se encontró...". Después continúa el siguiente compañero de su derecha y así hasta que cada uno de ustedes haya pasado tres veces.

Objetivo: Estimular el trabajo en equipo.

- Dinámica: Vamos a la Playa

Desarrollo: La coordinadora pide al grupo que se sienten en forma de círculo y explica la dinámica del juego: Imaginemos que todos nos vamos a ir a la playa y vamos a pensar que sería bueno llevar, para ello cada quien va a mencionar algún objeto a cosa que se le ocurra y para que no se nos olvide la lista el siguiente compañero repite lo que dijo el primero más lo que a él se le ocurra y así sucesivamente hasta que todos hayan pasado; por ejemplo: El primer niño dice: "Voy a la playa y voy a llevar un... sombrero". El segundo compañero dice: "Voy a la playa y voy a llevar un sombrero y....un traje de baño".



Objetivo: Estimular la memoria mediante un juego que permita mejorar el estado de ánimo.

- Dinámica: Las cosas que más disfruto hacer

Desarrollo: La psicóloga pone en el centro el material e indica que cada uno deberá recortar de las revistas, las imágenes que representen aquellas cosas que disfruten hacer y luego pegarlas en una(s) hoja blanca(S). Al final de las cinco dinámicas se les pregunta a los niños como se sintieron con estos juegos.

Objetivo: Estimular a los niños para que expresen lo que a ellos les hace sentir bien.

Materiales: Revistas, pegamento, tijeras y hojas blancas.

- Dinámica: "Me Siento tan Bien"

Desarrollo: La coordinadora enseña a los niños la siguiente canción y posteriormente pide que todos la canten: ¿Nos dirás, amigo mío que es lo que te hace feliz?

La psicóloga indica que al término de la canción cada uno tendrá su turno para decir las cosas que le gusta hacer.

Al final de la conversación, se programarán algunas de las cosas que "hacen felices" a los niños.

Ejemplos:

- "La mayoría comento que le gusta jugar. ¿Qué les parece si organizamos un juego donde podamos participar todos juntos?, como a las estatuas de marfil, a los encantados, etc."
- "Varios de ustedes comentaron que les gusta cantar. ¿Qué les parece si cantamos algo que a la mayoría nos guste?, propongan canciones".
- "He escuchado que a la mayoría le encanta bailar. ¿Qué les parece si pongo música y nos ponemos a bailar?"

Al término de la dinámica se les pregunta a los niños como se sintieron y se les explica que a veces se nos olvida que hay cosas que nos hacen sentir bien, nos hacen reír, sentir alegres, contentos y siempre es bueno recordar cuales son aquellas cosas y realizarlas para estar y sentirnos bien.

Objetivo: Hacer recordar a los niños aquellas cosas que les dan placer.



Materiales: Es indispensable contar con una grabadora y algunos cassetts, ya que las actividades que se pueden organizar son impredecibles.

SEXTA SEMANA

Sesión No. 11

Tema: Cierre

Técnicas utilizadas:

- Dinámica: Lo Que más me Gusto de Estar Aquí

Desarrollo: Cada uno de los miembros comenta ante el resto de sus compañeros que es lo que más disfruto o le gusto de haber estado dentro del grupo, qué fue lo que aprendió, lo que no le gustó y lo que va a recordar del grupo.

Objetivo: Favorecer que identifiquen y expresen lo que piensan y sienten en relación a su propia experiencia dentro del grupo.

- Dinámica: Despedida de los Integrantes y de la Directora del Grupo

Desarrollo: Los integrantes del grupo se sientan en forma de círculo y cada uno de ellos se despide del resto de sus compañeros dirigiendo unas palabras al grupo en general y hacia quien se quieran despedir en particular, lo pueden hacer agregando un abrazo a sus compañeros, despidiéndose con un beso; según como cada integrante lo desee.

Objetivo: Cerrar el grupo y aprender a despedirse de los demás.

- Dinámica: Foto Grupal

Desarrollo: Se toman varias fotos del grupo, de tal manera que pueda ser entregada una a cada miembro.

Objetivo: Que cada niño se lleve un recuerdo de sus compañeros.



Materiales: Una cámara fotográfica y rollo.

- Dinámica: Fiesta de Salida

Desarrollo: En la fiesta se reparten los bocadillos que la psicóloga trae a los niños a petición de ellos y que en este caso fueron: pastel, pizza y refresco. También se les permite realizar los juegos que ellos propongan y que se puedan realizar dentro del salón.

Objetivo: En un espacio de socialización final, hacer sentir bien a los niños y hacerles saber que son tomados en cuenta dentro del grupo.

Materiales: pastel, pizza, refrescos, platos, cucharas y servilletas.

3) FASE DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO

ENTREVISTA FINAL

Para validación de los resultados de la intervención y constatar que si tuvieron efectos favorables en el nivel de sintomatología depresiva. Al finalizar la fase de intervención, se evaluó nuevamente el comportamiento y los síntomas que en ese momento presentaban los niños y se compararon con los del inicio del tratamiento.

También se compararon los indicadores emocionales observados en los DFH antes y después de la intervención. Para ello se procedió a realizar nuevamente la aplicación de la valoración psicológica y el DFH en cada uno de los niños, en la misma forma que se realizó en la evaluación inicial. También se trabajó con un formato de observación al término de las sesiones, en el que se reportó el desarrollo de cada una de ellas, los comentarios y comportamiento de los menores; para así realizar un análisis con éstos elementos.



5.12 TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Se empleó un tipo de diseño intrasujeto, estableciendo comparaciones del comportamiento y síntomas observados en un mismo niño, antes y después de la introducción de la variable independiente.

Como el número de niños fue muy pequeño (menos de 25); y las observaciones se realizaron en una escala ordinal, proveniente de la medida de *antes y después de la administración* de un tratamiento con dinámicas de grupo (en donde cada niño sirvió como su propio elemento de control). Para el tratamiento estadístico de los datos se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rangos direccionados para muestras apareadas.

Para el propósito de esta investigación, esta prueba es ideal, en el sentido que no solo toma en cuenta la dirección de la diferencia de los resultados observados; sino también la magnitud de esta diferencia, sin exigir medidas que vayan más allá de un nivel ordinal. (Por ordinal se entiende que es posible asignar un orden, es decir se puede saber quién tiene más de algún atributo, aunque no se puede especificar exactamente cuanto más).

DFH: Para determinar si hubo modificaciones en la presencia de los indicadores clínicos observados en los DFH, antes y después de la intervención, se realizó un análisis de los elementos cualitativos.

Las sesiones se analizaron a través de un formato de observación en el que se reportaba el desarrollo de cada una de ellas, el comportamiento de los menores durante éstas, las principales tendencias e intervenciones terapéuticas realizadas y se extrajeron los comentarios textuales de los niños, que se evaluaron en forma cualitativa.



CAPITULO VI

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Como ya se ha estado mencionando a lo largo del trabajo, la autora encontró, como otros investigadores (Calderón, 1999; Polaino y cols. 1988; Rangel, 2001; Rodríguez, et al 2002, Ruiz y López 2002)), que los niños que viven separados de sus padres, en instituciones tales como orfanatorios, casas hogar, albergues, internados, tienen carencias afectivas importantes que tienen implicaciones para el desarrollo de su personalidad.

Los síntomas de la depresión infantil son muy comunes en el comportamiento de los niños institucionalizados. Este estudio estuvo enfocado a investigar si es posible obtener un efecto positivo sobre la sintomatología depresiva, después de una intervención con dinámicas de grupo en niños víctimas de maltrato. La respuesta afirmativa puede ayudar a que este modelo de intervención sea implementado dentro del Albergue Temporal, para favorecer el estado de ánimo y ayudar a salir de la depresión a niños víctimas de maltrato.

Como se describe en el capítulo de Método, el modelo de intervención se llevó a cabo en diferentes fases:

1) FASE DE SELECCIÓN

Se seleccionaron 10 niños víctimas de maltrato, que reunían las características indicadas para este tipo de intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

PERSONAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
NIÑAS	5	50%
NIÑOS	5	50%

De los 10 menores con que se trabajó 5 fueron niñas y 5 niños.

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO
UN MODELO DE AYUDA



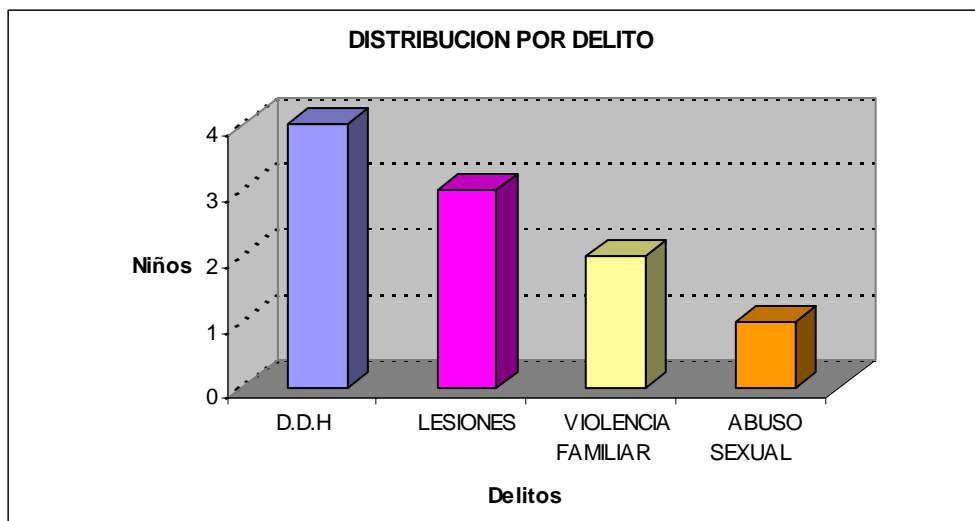
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LOS NIÑOS EN TRATAMIENTO

EDAD	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS
NIÑAS	1	1	2	1	0
NIÑOS	1	0	1	2	1
TOTAL	2	1	3	3	1

Se trabajó con 10 niños de edad escolar, cuya edad varió en un rango de 7 a 11 años, con una media de 9 años.

DELITO DENUNCIADO ANTE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

Como se puede apreciar en la gráfica 1, el delito que con mayor frecuencia se denunció ante la Agencia del Ministerio Público fue la denuncia de hechos, prosiguiendo lesiones, violencia familiar y abuso sexual.

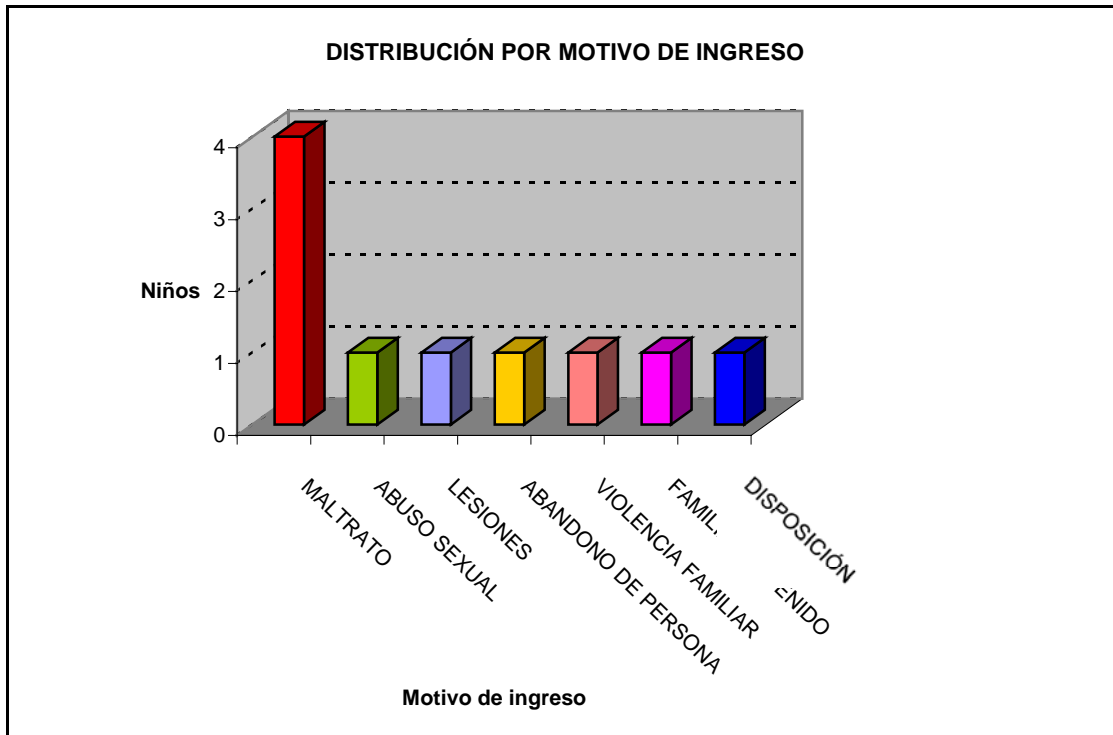


GRÁFICA 1



MOTIVO POR EL QUE INGRESAN AL ALBERGUE

En la gráfica 2, se observa que el maltrato fue el motivo en mayor frecuencia por el cual los menores ingresaron al Albergue Temporal.



GRÁFICA 2

2) FASE DE EVALUACIÓN INICIAL

De acuerdo a la valoración psicológica aplicada, se encontraron los siguientes indicadores clínicos de inicio.

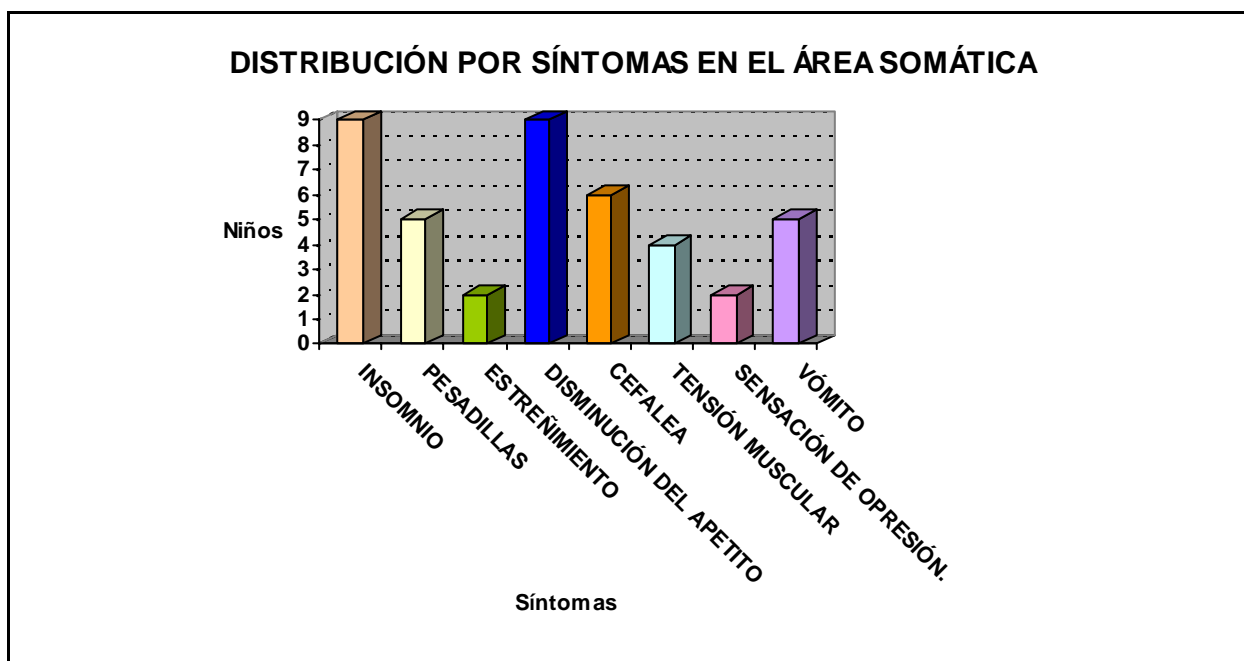


TABLA 3. ÁREA SOMÁTICA

SÍNTOMAS	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
INSOMNIO	5	4	9
PESADILLAS	2	3	5
ESTREÑIMIENTO	0	2	2
DISMINUCIÓN DEL APETITO	5	4	9
CEFALEA	4	2	6
TENSIÓN MUSCULAR	2	2	4
SENSACIÓN DE OPRESIÓN EN EL PECHO	2	0	2
VÓMITO	2	3	5

En el área somática se detectaron ocho indicadores clínicos. 5 niños presentaban más de cinco de los síntomas clínicos considerados.

Como se puede apreciar en la gráfica 3, los síntomas con mayor frecuencia fueron: insomnio, disminución del apetito, cefalea, pesadillas y vómito.



GRÁFICA 3

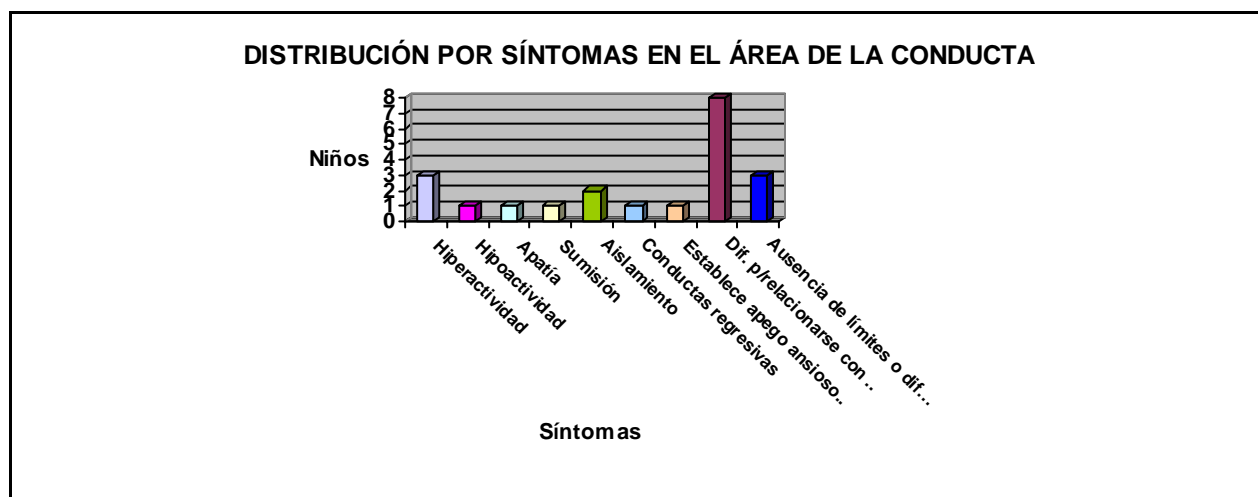


TABLA 4. ÁREA DE LA CONDUCTA

SÍNTOMAS	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
HIPERACTIVIDAD	1	2	3
HIPOACTIVIDAD	0	1	1
APATÍA	1	0	1
SUMISIÓN	1	0	1
AISLAMIENTO	2	0	2
CONDUCTAS REGRESIVAS	0	1	1
ESTABLECE APEGO ANSIOSO O INSEGURO	1	0	1
DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON SUS COMPAÑEROS	4	4	8
AUSENCIA DE LÍMITES O DIFICULTAD PARA SEGUIR NORMAS	1	2	3

En esta área se detectaron nueve indicadores clínicos, de los cuales los menores presentaban entre cero y cuatro.

El síntoma con mayor frecuencia fue la dificultad para relacionarse con sus compañeros, como se muestra en la gráfica 4.



GRÁFICA 4



TABLA 5. ÁREA AFECTIVA

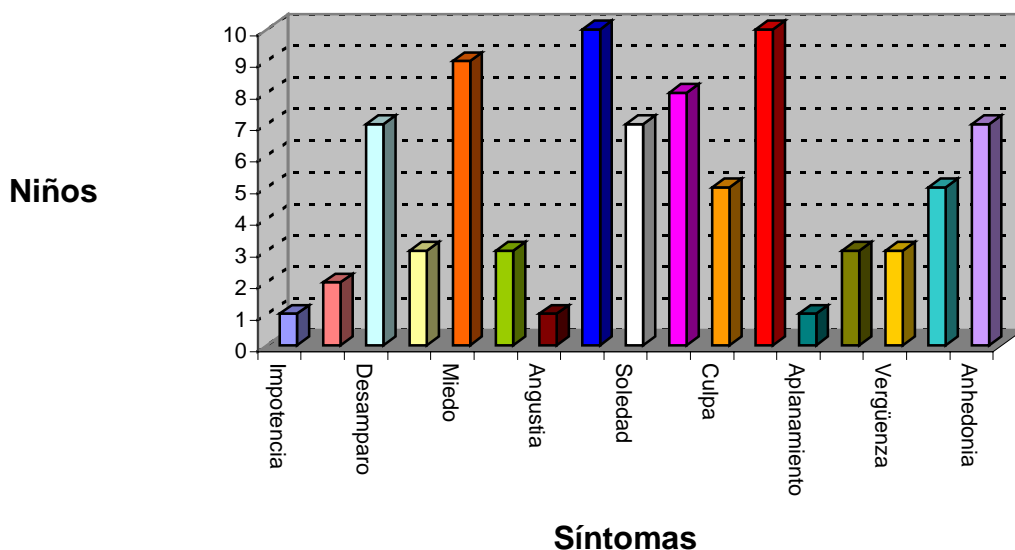
SÍNTOMAS	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
IMPOTENCIA	1	0	1
AISLAMIENTO	2	0	2
DESAMPARO	5	2	7
INSEGURIDAD	3	0	3
MIEDO	5	4	9
ENOJO	2	1	3
ANGUSTIA	0	1	1
DEPRESIÓN	5	5	10
SOLEDADE	4	3	7
AUTODEVALUACIÓN	5	3	8
CULPA	3	2	5
TRISTEZA	5	5	10
APLANAMIENTO	0	1	1
DESEO DE VENGANZA	2	1	3
VERGÜENZA	2	1	3
DESGANO	2	3	5
ANHEDONIA	4	3	7

En el área afectiva se detectaron diecisiete indicadores clínicos. Las niñas presentaban entre ocho y once de los síntomas clínicos considerados; con una media de 10; mientras que los niños presentaban entre tres y once indicadores con una media de 7.2. Lo anterior nos muestra que las niñas presentaban un mayor número de indicadores en el área afectiva que los niños.

En la gráfica 5, se puede observar que los síntomas con mayor frecuencia fueron depresión, tristeza, miedo, autodevaluación, desamparo, soledad, anhedonia, culpa y desgano.



DISTRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS EN EL AREA AFECTIVA



GRÁFICA 5

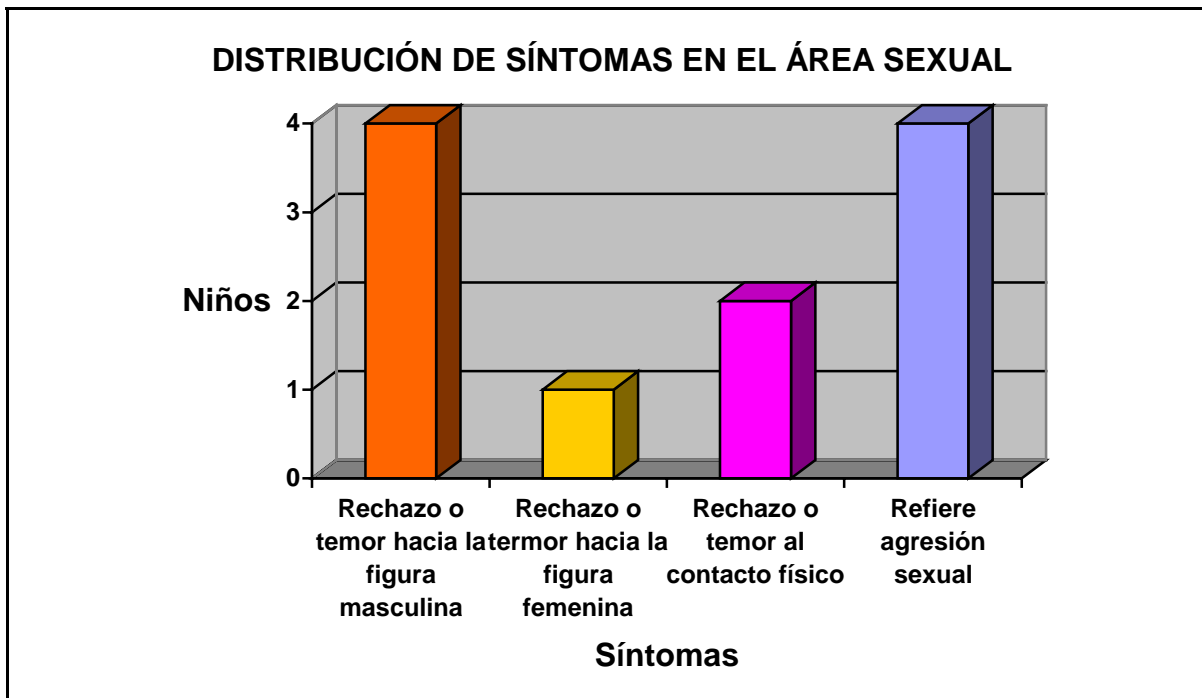
TABLA 6. ÁREA DE LA SEXUALIDAD

SÍNTOMAS	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
RECHAZO O TEMOR HACIA LA FIGURA MASCULINA	3	1	4
RECHAZO O TEMOR HACIA LA FIGURA FEMENINA	1	0	1
RECHAZO O TEMOR AL CONTACTO FÍSICO	2	0	2
REFIERE AGRESIÓN SEXUAL	4	0	4

En el área de la sexualidad se detectaron cuatro indicadores clínicos, de los cuales las niñas presentaban entre cero y tres; mientras que solo un niño presentó un indicador clínico.

En la tabla 6 se observa que dentro de este pequeño grupo de estudio, únicamente las niñas refirieron agresión sexual, en su mayoría por una figura masculina.

En la gráfica 6 se puede apreciar que los síntomas con mayor frecuencia fueron: El haber referido agresión sexual y rechazo o temor hacia la figura masculina.



GRÁFICA 6

TABLA 7. ÁREA FAMILIAR

PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE FAMILIAR	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
INSEGURO	2	4	6
TENSO	3	4	7
AMENAZANTE	4	2	6
RESTRICTIVO	2	2	4

En relación a su ambiente familiar, se registraron cuatro características negativas con las cuales lo describen. Los niños reportaron entre cero y cuatro de éstas características.



TABLA 8. NECESIDADES BÁSICAS

INSATISFACCIÓN DE NECESIDADES	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
AFECTO	4	5	9
VESTIDO	1	1	2
RECREACIÓN	1	3	4
SALUD	2	2	4
ALIMENTACIÓN	0	2	2
EDUCACIÓN	0	3	3

En cuanto a la insatisfacción de sus necesidades básicas, afectivas y emocionales, se observaron seis necesidades no cubiertas, de las cuales los menores reportaron entre cero y seis.

TABLA 9. DINÁMICA FAMILIAR

REFIERE DINÁMICA FAMILIAR VIOLENTA	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
SI	4	5	9
NO	1	0	1

Solo una niña no manifestó violencia dentro de su hogar, debido a que fue canalizada al Albergue Temporal porque sus padres se encontraban detenidos y no por maltrato.

TABLA 10. PERSONAS GENERADORAS DE VIOLENCIA

ROL FAMILIAR	NÚMERO DE CASOS
MADRE	5
PADRE	1
MADRASTRA	1
PADRASTRO	3
HERMANO	1
ABUELO	1
TÍO	1
CONOCIDO	2

En relación a los generadores de la violencia, los menores reportaron a siete figuras del núcleo familiar y a un desconocido, quedando en mayor frecuencia por número de casos la madre.



TABLA 11. TIPOS DE VIOLENCIA

TIPO DE VIOLENCIA	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
FÍSICA	5	5	10
PSICOLÓGICA	5	4	9
SEXUAL	4	0	4

Los niños manifestaron haber sido víctimas de tres tipos de violencia, de los cuales, cada menor reporto entre dos y tres tipos.

ÁREA COGNOSCITIVA

En este apartado me referiré al desarrollo cognoscitivo observado durante las entrevistas de cada uno de los menores.

Todos ellos presentaron un desarrollo psicomotor de acuerdo a su edad, mostraron estar ubicados en sus tres esferas vitales, tanto su memoria inmediata, como mediata se encontraban conservadas y su curso de pensamiento fue coherente y congruente.

TABLA 12. CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
IDEAS DE ABANDONO	5	5	10
PREOCUPACIÓN POR LO SUCEDIDO	2	1	3
CULPABILIDAD	3	2	5
PREOCUPACIÓN POR LO QUE PASARA CON SU FAMILIA	1	2	3
RECUERDOS	2	2	4
DESAGRADABLES			
IDEAS SUICIDAS	3	2	5

En el contenido del pensamiento, se encontraron seis indicadores clínicos, de los cuales los niños presentaron entre cuatro y seis. En la tabla 12 se observa que los indicadores con mayor frecuencia fueron: ideas de abandono, culpabilidad e ideas suicidas. Algunas citas de los menores fueron las siguientes: "Todo lo malo es mi culpa",



“Yo estoy aquí porque me porte mal”, “Yo a veces pienso en matarme pero no lo haría”, “A veces quisiera dormir y no despertar jamás”, “Nunca vendrán por mí”, etc.

TABLA 13. ALTERACIONES DEL LENGUAJE

LENGUAJE	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
VERBORREICO	1	0	1
MUTISMO	2	0	2
TARTAMUDEO	0	0	0
NORMAL	2	5	7

En cuanto al lenguaje se observó que sólo tres de las menores en tratamiento presentaban alteraciones. Este dato llama la atención, debido a que comúnmente se observa que las niñas a diferencia de los niños, muestran más habilidad para desenvolverse en esta área cuando se encuentran inmersas en un ambiente sano. Sin embargo, cuando las menores están en un ambiente poco favorable, tienden a mostrar alteraciones en su lenguaje, mostrándose introvertidas y calladas, a diferencia de los niños que no parecen mostrar dificultades en esta área.

TABLA 14. CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE

TONO Y RITMO	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
TONO BAJO	3	1	4
TONO ALTO	0	0	0
TONO ADECUADO	2	4	6
RITMO LENTO	2	1	3
RITMO RÁPIDO	1	0	1
RITMO ADECUADO	2	4	6

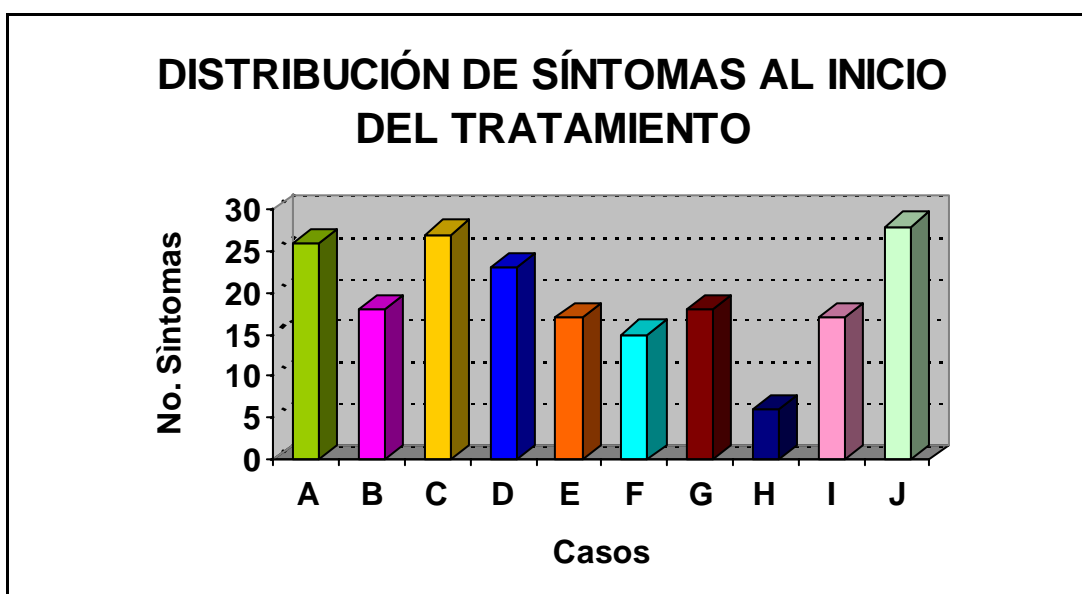
En relación al tono, seis de los menores en tratamiento presentaron un tono adecuado y cuatro tono bajo. Por lo que respecta al ritmo, seis de los niños mostraron tener un ritmo adecuado, tres lento y uno rápido.

A continuación se enlistan el número de síntomas que cada uno de los menores presentó al inicio del tratamiento (tomando en cuenta las cinco áreas de la valoración psicológica). La frecuencia más baja fue de seis y la más alta de veintiocho, con una media para los 10 niños de 19.5.



CASO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
No.										
SINT.	26	18	27	23	17	15	18	6	17	28
INI.										

En la gráfica 7, se muestra la distribución de los síntomas en cada uno de los niños al inicio del tratamiento.



GRÁFICA 7

3) FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se aplicaron las dinámicas de grupo diseñadas, en sesiones de dos veces por semana (lunes y jueves) con una duración aproximada de 90 min. En donde a través del juego y de intervenciones verbales se favoreció la comunicación y la expresión de las emociones, así como una comprensión de las dificultades de los niños.

Mediante la interpretación se orientó al insight, de manera que los niños pudieran elaborar sus problemas y lograr un comportamiento más adaptativo en



relación a sus síntomas. Estas intervenciones se realizaron de acuerdo a los elementos previstos en la entrevista inicial y a la valoración psicológica inicial.

Al finalizar el tratamiento, se procuró enfatizar en los logros y se les mencionó que en dado caso de tener la necesidad de compartir con alguien lo que les sucedía contaban con las psicólogas que se les asignarán y que recordaran lo trabajado en el grupo, además de manera más esporádica contarían con mi presencia.

Es necesario señalar que dentro de las dos primeras sesiones, dos niños las tuvieron que abandonar, debido a que fueron derivados a otras instituciones, hecho que constituye un riesgo inherente al trabajo con este tipo de población. Otros egresos se fueron dando de manera paulatina, 10 niños permanecieron hasta la novena sesión, en la décima 7 y en la onceava solo tres. Motivo por el cual se tuvieron que estar trabajando varios duelos a lo largo de las últimas tres sesiones.

A partir de la décima sesión, se comenzaron a identificar los síntomas que en ese momento presentaban los menores y se cotejaron con los del inicio del tratamiento, además se fue aplicando una vez más el DFH que constituyo una forma de valorar los logros y cambios que tuvo cada uno de los niños. La valoración final se comenzó a realizar a partir de la antepenúltima sesión, debido a que se tenía conocimiento de que se realizarían algunos de egresos.

4) FASE DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos antes y después de la intervención y se analizan a través de un análisis estadístico para la parte cuantitativa. Por lo que respecta al análisis cualitativo, se hace una comparación de los indicadores emocionales observados a través del DFH antes y después del tratamiento. También se analizan los contenidos de cada una de las sesiones.

PRUEBA DE WILCOXON PARA MUESTRAS APAREADAS

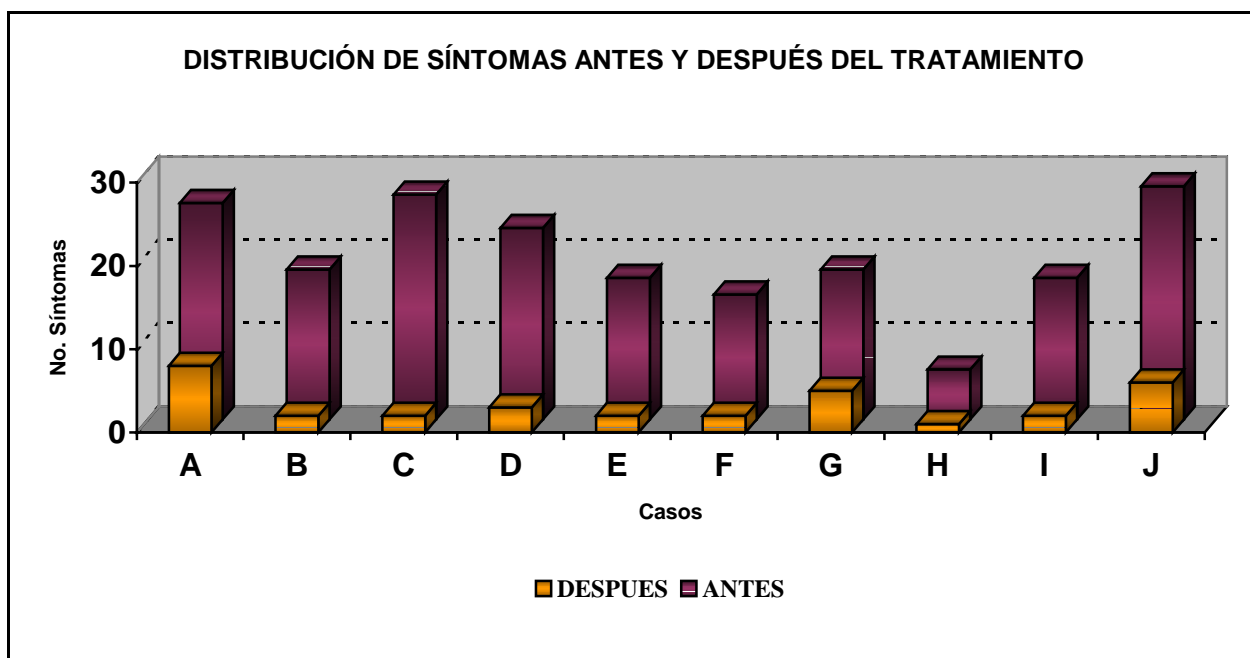
NIÑOS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ANTES	26	18	27	23	17	15	18	6	17	28
DESPUES	8	2	2	3	2	2	5	1	2	6
RESTA	18	16	25	20	15	13	13	5	15	22



Se procedió a realizar la T de Wilcoxon, donde se observó una $z = -2.807$ con una $p = .005$, utilizando una sola cola de la curva; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alterna, en el sentido de que el tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo tiene un efecto positivo sobre los síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato.

También se obtuvo una media de 19.50 con una desviación estándar de 6.69 antes del tratamiento y después se observó una media de 3.30 y una desviación estándar de 2.26, lo cual muestra que hubo menor número de síntomas reportados y una menor dispersión de los datos, después del tratamiento.

En la gráfica 8, se muestra la comparación de indicadores clínicos antes y después del tratamiento.



GRÁFICA 8



DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

NIÑOS	AUMENTO DE TAMAÑO	MEJOR INTEGRACIÓN DE LAS PARTES	MENOR INCLINACIÓN DE LA FIGURA	MENOR SOMBREADO Y FUERZA DEL TRAZO	AUSENCIA DE INDICADORES DE AGRESIVIDAD	EXTENSIÓN DE LOS BRAZOS NORMAL
A	*		*	*	*	*
B	*	*	*	*	*	*
C	*	*	*	*		*
D	*	*	*	*		
E			*	*		*
F					*	
G	*	*	*			
H		*	*	*		*
I	*	*	*	*		
J	*	*				*

En la tabla se observan los indicadores clínicos que cada uno de los menores presento en relación al DFH y a continuación se especifican las áreas de crecimiento y mejoría:

Se puede apreciar que en 7 de 10 niños hubo un aumento de tamaño en toda la figura, lo cual está relacionado con una mejor autoestima y autocrítica.

En 7 de 10 niños se observó una mejor integración de las partes, por lo que proyectan a un "yo" más integrado y mayor estabilidad emocional.

En 8 de 10 niños se encontró una menor inclinación de la figura, lo que se asocia a una mayor estabilidad y seguridad emocional.

En 7 de 10 niños se detectó un menor sombreado y pasaron de un trazo fuerte a un trazo normal, lo que se asocia a una disminución de la ansiedad.

En 3 menores que presentaron indicadores de agresividad como figuras terminadas en punta o con dientes, éstos indicadores desaparecieron.

En 6 de 10 niños que presentaron brazos cortos al inicio, se observó en la segunda aplicación una extensión de los brazos normal, lo cual se asocia a una menor dificultad para relacionarse con los demás y conectarse con el mundo exterior.

La aplicación de los DFH en cada uno de los niños, antes y después de la intervención, se pueden apreciar en el Anexo 2.



SESIONES GRUPALES

A continuación se muestran los formatos de observación que se realizaron al término de cada una de las sesiones para su registro y análisis.

Desarrollo de cada una de las sesiones FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 31/05/04

SESIÓN No. 1

PSICÓLOGAS: P1 Karina
P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Ezequiel
Elizabeth
Isaías
Jessica
Loida
Martín
Stephanie

Temáticas Centrales (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Presentación e integración grupal.
- Se habla acerca del motivo de su ingreso.
- Se establecen las reglas del grupo como algo muy importante que nos va a permitir interactuar de una mejor manera.
- Sin motivo aparente Stephanie empieza a llorar y manifiesta se desea de ya no querer regresar al grupo.
- Constantino se tira al suelo sin querer levantarse y habla acerca de su deseo de ya no regresar al grupo.



- Se observa un claro rechazo hacia Stephanie por el hecho de ser diferente a ellos (es negra y aun se le dificulta un poco el español, ya que cuando ella llega al Albergue sólo sabe hablar inglés)

Dinámicas Propiamente Grupales

En esta sesión se observó el trabajo en grupo y el subagrupamiento, primero por género y después por compañeros del sexo opuesto, ante esta indicación Dalia no concluyó la actividad, por no querer trabajar con Constantino, haciéndolo sentirse rechazado, motivo por el cual manifestó llanto y dijo sentirse triste. En la segunda dinámica Stephanie lloró sin querer decir porque y se separó del resto del grupo, lo cual pudo deberse al rechazo del grupo hacia ella por el hecho de ser diferente (negra y con dificultad para pronunciar el español) y por haber recordado a su familia.

De manera grupal se logran establecer las siguientes reglas del grupo: - usar gafete –secreto de grupo (no decir a los demás compañeros del Albergue lo que se platica dentro del grupo) – alzar la mano cuando quieran hablar – no burlarse – no pegar – no pelear – no empujarse – no decir groserías – no hablarse con apodosos – obedecer las indicaciones.

Principales Tendencias e Intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se favoreció la presentación e integración grupal.
- Se dio contención a Stephanie.
- Se trato de reintegrar al grupo de trabajo a Constantino.
- Se habló acerca del motivo por el cual están en el Albergue, haciendo énfasis en que todos tienen algo en común que es el maltrato.
- Se favoreció la participación de todo el grupo para que establecieran sus propias reglas.
- Un día después de la sesión se trabajó de manera individual con Stephanie y Constantino acerca de lo que paso con ellos dentro del grupo: se les invitó a que permanecieran y se les reintegró.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

Se observó una buena respuesta por parte del grupo, sin embargo, su atención y concentración era dispersa, observándose como consecuencia de la hiperactividad



dentro del grupo. Los integrantes se sintieron identificados al hablar del motivo de su ingreso y descubrir que se encontraban por razones muy similares.

El grupo logró establecer sus propias reglas y sintieron que fueron tomados en cuenta, mostrándose muy contentos por el hecho de ser ellos mismos quienes las establecieron, así mismo, manifestaron que las reglas deberían ser respetadas ya que ellos las propusieron y no les gustaría que se rompieran. La agresividad física (empujones, patadas); verbal (groserías, insultos, hablarse con apodos) y emocional (desprecios, burlas, rechazo) entre los miembros era muy notoria durante la sesión.

Al término de la sesión se le pregunto a cada uno de los niños: ¿Cómo te sentiste estando dentro del grupo?.

- Alison, Bryan, Diego, Isaías y Martín: "Feliz".
- Stephanie y Constantino: "Triste".
- Elizabeth: "Padre".
- Jessica: "Graciosa".
- Dalia: "Más o menos".
- Loida: "Contenta".
- Ezequiel: "Padrísimo".

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Trabajar fuera del grupo de manera individual con aquellos niños que lo requieran.
- Continuar con la integración del grupo.
- Enseñar a los niños a dar contención cuando alguno de sus compañeros esté llorando.
- Estimular la atención y concentración de los niños.
- Favorecer la aceptación de Stephanie dentro del grupo.
- Repasar las reglas del grupo.



FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 03/06/04

SESIÓN No. 2

PSICÓLOGAS: P1 Karina
P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Ezequiel
Elizabeth
Jessica
Martín
Stephanie

Temáticas Centrales (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Se continúa con la integración grupal.
- Se repasan las reglas del grupo haciendo hincapié en que muchas de ellas hablan acerca de lo que no les gustaría que pasara en el grupo.
- Muestran tristeza por la salida de Loida.
- Se habla acerca de la salida de Isaías, manifestando poco interés y mostrando no haber formado ningún vínculo afectivo hacia él, a diferencia de Loida.
- Preguntan: ¿Dónde se fue Loida? (inquietud por lo que sucede con los que se van).
- Pelea física y verbal entre Jessica y Elizabeth.
- Dan contención a Alison quien se encuentra llorando porque algunos de sus compañeros se burlan de ella por no saber leer.
- Hablan cosas positivas sobre su experiencia en la última dinámica.



- Continúa el rechazo hacia Stephanie por el hecho de ser diferente a ellos.
- Se estimula la atención y concentración.

Dinámicas Propiamente Grupales

En esta sesión predominó el trabajo en grupo. En un principio se apartaron del grupo dos de sus compañeras; como respuesta a la burla que le hicieron a Alison por no saber leer adecuadamente y Jessica quien no ponía atención y se mostraba apática, sin embargo, en cuanto iniciaron los juegos lograron reintegrarse.

Al momento de repasar las reglas del grupo Stephanie se sintió cohibida ya que sus compañeros hicieron notar que no sabe leer, pero se logró hacer muy oportunamente la intervención para que no fuese rechazada y excluida del grupo. En un inicio predominó el ambiente de tristeza por la salida de Loida.

Principales Tendencias e Intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se favoreció el continuar con la integración grupal.
- Se favoreció para que el grupo diera contención a Alison.
- Se habló frente al grupo con Jessica y Elizabeth, en relación a su conflicto y se resolvió éste, haciendo notar que no hay necesidad de pelear para solucionar nuestras diferencias. Finalmente Jessica pidió disculpas a su compañera ya que reconoce haber sido ella quien empezó a golpear, sin querer explicar el motivo.
- Se mencionó al grupo que Alison todavía no lee de corrido porque acaba de entrar a primer año de primaria y que todos leemos así, cuando estamos aprendiendo.
- Se le dijo a Stephanie y al resto del grupo que ella no sabe leer en español, pero si sabe leer en inglés, a diferencia del resto del grupo, que no sabe leer en ese idioma inglés.
- Se favoreció para que cada uno de los participantes hablara respecto a sus emociones, experimentadas en la última dinámica.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)



Se observó una buena respuesta por parte del grupo y un adecuado nivel de participación, sin embargo, su atención y concentración aún siguió siendo dispersa, como consecuencia de la hiperactividad dentro del grupo. El grupo tuvo una mayor aceptación hacia Stephanie, cuando descubrieron que ella tiene cualidades diferentes a ellos, como por ejemplo el saber leer en inglés. Se observó una mayor integración del grupo. Los miembros lograron hablar de su experiencia en la última dinámica, manifestando emociones muy placenteras.

En las narraciones que siguen, se transcribe lo dicho por los niños, empleando sus propias palabras.

-Psicóloga: Cada uno va a grabar en la grabadora lo que vio en su imaginación y cómo se sintió.

-Constantino: "Yo estaba soñando que este... había un este como se llama... unos delfines, unos changuitos, este... unos pájaros, una corriente... este... un como se llama... una mariposa... este... soñé que este yo estaba jugando, estaba en mi casa, le decía mi papá que si podía ir, me decía que sí".

- Psicóloga: Gracias Constantino.

-Jessica: "Yo soñé muy bonito que como se llama... este... estaba recostada en el pasto, escuchaba los pajaritos... este... como bajaba la corriente y este sentí muy bonito".

- Psicóloga: Gracias Jessica.

- Bryan: "Yo sentí que estaba en un barco y que según estaba en un lugar y estaba jugando con unos pajaritos. Bueno... este... estaba soñando que también estaba en un barco, estaba... este... jugando con el agua, estaba jugando con un conejito, estaba espiando... este... muchos animales y una araña y... este... y estaba jugando con una araña de juguete".

- Psicóloga: Gracias Bryan.

- Martín: "Yo soné que estaba jugando en el agua, que estaba nadando, estaba yo con un delfín y que luego me salí y me fui al bosque y me acosté en el bosque".

- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste?.



- Martín: "Bien".
- Psicóloga: ¿Cómo es bien, contento, triste, feliz, alegre?.
- Martín: "Me sentí bien contento y feliz".
- Psicóloga: Gracias Martín. Sigue Ezequiel.
- Ezequiel: "Yo soñé que estaba en el bosque con unos tigres y changos y en el mar, que estaba jugando con los tigres, luego me encontraba como un niño que... este... que se parecía como una sombrilla pero no sabía quien era".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste?.
- Ezequiel: "Me sentí feliz como una lombriz".
- Psicóloga: Gracias Ezequiel. Alison te toca ¿cómo te sentiste, que viste?.
- Alison: "Yo soñé que estaba en mi casa jugando con mis dos primas a las barbies y luego mi mamá y también estaba jugando y ya. Me sentí feliz".
- Psicóloga: Gracias Alison. Diego te toca.
- Diego: "Yo al último".
- Psicóloga: Bueno, Diego dice que al último, entonces vamos a escuchar a Elizabeth y todos le ponemos atención.
- Elizabeth: "Yo me sentí muy bien... este... soñé que volvía con mi mamá y que volvía aquí a extrañar aquí muchas cosas divertidas del Albergue y soñé que estaba mejor, juntas. Y hacíamos una fiesta muy feliz".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste?
- Elizabeth: "Me sentí muy contenta".
- Psicóloga: Gracias Elizabeth. ¿Quién sigue?, Stephanie, vamos Stephanie.



-Stephanie: "Soné que estaba en mi casa, ahí estaba jugando, soñé que estaba con mi hermano, con mi familia y que estaban juntos y sentí muy bonito".

- Psicóloga: Ahora si Diego, dinos cómo te sentiste, qué viste... vamos Diego.

- Psicóloga: ¿Si nos quieres decir?.

- Diego: "Si".

- Psicóloga: ¿Viste algo?.

-Diego: "Si".

- Psicóloga: ¿Qué viste?.

- Diego: "Vi un venado".

- Psicóloga: ¿Qué más?.

- Diego: "A un león, a un tigre, a un gorila y a personas.

- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste?.

- Diego: "Feliz".

- Psicóloga: "Gracias Diego".

Diego es quien tuvo mayor dificultad para expresar sus emociones.

La agresividad física, verbal y emocional entre ellos siguió siendo notoria, aunque menor en relación a la sesión anterior, esto pudiera deberse a la identificación que establecieron con sus agresores.

Al concluir la sesión se le preguntó a cada uno de los niños: ¿Cómo te vas el día de hoy después de haber estado jugando dentro del grupo?.

- Jessica: "Bien Feliz.... triste un poco porque quisiera ver a mi familia". - Dalia: "Mal porque pienso en mi familia". - Martín: "Bien Contento". - Bryan: "Bien feliz". -



Constantino: "Soñé bonito... regular". - Alison: No quiso expresar algo, pero se le observaba triste". - Ezequiel: "Regular porque extraño a mi familia". - Diego: "Feliz, pero a la vez triste porque Frida se fue". - Stephanie: "Feliz". - Elizabeth: "Feliz".

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Trabajar el duelo por el que esta pasando el grupo debido a la pérdida repentina de dos de los integrantes.
- Continuar estimulando la atención y concentración de los niños.
- Seguir favoreciendo la aceptación de Stephanie dentro del grupo.
- Repasar las reglas del grupo para seguir marcando límites.



FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 07/06/04

SESIÓN No. 3

PSICÓLOGAS: P1 Karina
P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Ezequiel
Elizabeth
Jessica
Martín
Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Se repasan las reglas del grupo haciendo notar que si se respetan, evitamos conflictos entre los miembros, poniendo de ejemplo, la pelea de una sesión anterior entre dos de sus compañeras.
- Se trabaja el duelo por la pérdida de dos integrantes del grupo.
- Se observa mayor aceptación por parte del grupo hacia Stephanie.
- Hablan de los recuerdos que tienen de sus familiares.
- Manifiestan tristeza al recordar a sus familiares.
- Manifiestan culpa por estar en el Albergue.

Dinámicas Propiamente Grupales



En esta sesión predominó el trabajo individual dentro del grupo, observándose cohesión entre los integrantes y buen nivel de participación. Hubo una atención y concentración más adecuada, disminuyendo significativamente la hiperactividad dentro del grupo. Los niños manifestaron culpa por estar en el Albergue, ya que lo ven como un castigo por haberse portado mal; además de percibir este proceso de institucionalización como algo negativo que los mantiene lejos de sus seres queridos, viendo poca ventaja de estar ahí.

Predominó el ambiente de tristeza por el duelo que se trabajó y al recordar a sus familiares y al manifestar que extrañan a algunos de ellos, con quienes establecieron vínculos afectivos más cercanos (hermanos, tíos, abuelos, etc) e incluso a sus propios agresores.

Se sintieron un poco más tranquilos después de pensar en lo que le dirían a Loida y a Isaías si estuvieran ahí e imaginar que les contestarían ellos, creían que obtendrían una respuesta similar, pensarían que ellos también los extrañan y albergaron buenos deseos para quienes se fueron. Tienen la esperanza de volver a verlos en un futuro y por el momento piden ver las fotos que fueron tomadas en la primera sesión para así recordar a sus amigos.

A Stephanie se le dificultó realizar el dibujo de su familia, dejándolo inconcluso y manifestando llanto, no obstante logró integrarse en el trabajo posterior. El abrazo que dieron las psicólogas a cada uno de los integrantes fue muy emotivo, se aferraron a este y mostraron su gran necesidad de ser contenidos, al pedir varios de ellos más de un abrazo, sin embargo, se observó en Dalía una mayor necesidad de ser contenida ya que fue quien pidió más abrazos (4).

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se dio contención a Stephanie para reintegrarla a las dinámicas subsecuentes.
- Las psicólogas dieron contención a cada uno de los niños por medio de un abrazo.
- Se favoreció y estimuló para que cada uno de los participantes lograra adentrarse en la dinámica vivencial y expresarán abiertamente sus emociones y sentimientos hacia sus familiares.
- Se favoreció para que cada uno de los participantes hablara de sus recuerdos de sus familiares y de sus sentimientos hacia ellos.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)



Se obtiene una buena respuesta por parte del grupo, observándose cohesión entre los integrantes y un adecuado nivel de participación, lo que permitió que cada uno de ellos pudiera compartir momentos que le han sido sumamente difíciles y dolorosos. Cada uno compartió con los otros sus sentimientos, identificándose con las experiencias de los demás. Estos son los relatos que compartieron los niños después de la dinámica vivencial:

- Psicóloga: Alison, ¿qué nos quieres platicar?, ¿cómo te sentiste?.

- Alison: Se queda callada.

- Psicóloga: Vamos a hacer una cosa, le vamos a dar tiempo a que Alison piense que nos quiere platicar. Elizabeth, ¿qué nos quieres platicar? (Elizabeth alza la mano).

-Elizabeth: "Que vi a mi mamá...y platique con ella, le dije que la extrañaba, porque a mí también me da miedo estar aquí en el Albergue, porque yo también la extraño y extraño a mi hermanito y quisiera verla y ver a mi hermanito".

- Psicóloga: Gracias Elizabeth (se le proporciona un pañuelo desechable). Jessica, ¿qué nos quieres compartir?.

- Jessica: "Yo vi a mi abuelita que la quiero mucho y a mi sobrina, a mi primo, a mi prima, a mis tíos y a mis tías, los extraño mucho, cuando nos dijo que nos despidiéramos y cuando se fueron llore, pero cuando los vi sentí muy bonito".

- Psicóloga: Gracias Jessica. Constantino nos va a platicar (él alza la mano).

- Constantino: "Yo me sentí muy alegre porque vi a mi familia, vi a mi papá, vi a mi mamá, a mis hermanos, a sus familiares, a mi papá, mi mamá, mi hermano y me divertí mucho pero sentí feo cuando ya me iba".

- Psicóloga: Gracias Constantino.

- Bryan: "Yo estaba muy feliz porque vino mi mamá, mi papá y mis hermanos y mis hermanas y sentí que venían mis tíos, sentí bien bonito y cuando se fueron llore".

- Psicóloga: Gracias Bryan. Quien nos quiere compartir algo de lo que vio y cómo se sintió.



- Martín: "Yo sentí bonito cuando vi a mi mamá que me vino a visitar, que ya me iba a mi casa y sentí bien bonito mami".
- Psicóloga: Gracias Martín. Dalia (se queda callada). ¿Dalia tu viste a alguien de tu familia?
- Dalia: "Vi a todos".
- Psicóloga: A todos, que bien.
- Dalia: "A mi mamá, mis tres hermanos, mi papá, a mi abuelita, mi abuelito, a mis tías, a mis primos".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste?
- Dalia: "Me sentí triste, me puse a llorar cuando me despedí de ellos".
- Psicóloga: Gracias Dalia. Alison ¿qué nos quieres platicar?.
- Alison: "Soñé que estaba en el pasto con mi mamá que me estebe platicando que cuando era la fiesta de mi hermanito".
- Psicóloga: Y ¿cómo te sentiste?.
- Alison: "Feliz, pero cuando me despedí triste".
- Psicóloga: Gracias Alison. Ezequiel ¿qué nos quieres compartir?.
- Ezequiel: "Yo soñé que me venía a ver mi hermano con mi sobrina y cuando empecé a ver que se empezaban me dijeron que ya se me había acabado el tiempo de que me vieran".
- Psicóloga: ¿Te despediste de ellos?.
- Ezequiel: "Si".
- Psicóloga: Gracias Ezequiel. Diego nos faltas tú ¿qué nos quieres platicar?, ¿viste a tu familia, a quién viste?.



- Diego: "A mi mamá, a mis hermanos, a mis tíos y a mis abuelitos y ya".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste?.
- Diego: "Triste".
- Psicóloga: ¿Te despediste de ellos?.
- Diego: "Sí".
- Psicóloga: ¿Y qué hiciste cuándo te despediste de ellos?.
- Diego: "Me puse a llorar".
- Psicóloga: Gracias Diego. Stephanie, yo se que tu permaneciste sentada en tu silla, pero ¿nos quieres compartir algo o nos quieres decir cómo te sentiste al ver a tus compañeros haciendo el ejercicio? (se queda callada). Bueno, a lo mejor en la siguiente ocasión si lo quieres hacer. Se le proporciona un pañuelo desechable.

El grupo logró hacer catarsis de sus sentimientos de miedo, tristeza, melancolía, desamparo, abandono, culpa, etc. Se observa mayor aceptación, tolerancia y respeto entre los miembros del grupo.

Por lo que se ha manifestado dentro del grupo, el maltrato vivido no es lo más importante para ellos, la situación en el Albergue es lo que parece preocuparles más en la actualidad. Esto incluye no sólo la incertidumbre de lo que va a pasar con ellos, sino el desconocimiento del estado actual de su familia.

Al finalizar la sesión cada uno de los integrantes expreso como se sentía después de las actividades realizadas dentro del grupo:

- Alison: "Feliz". - Constantino: "Grande". - Jessica: "Bien". - Dalia: "Bien". - Ezequiel: "Triste". - Bryan: "Feliz". - Elizabeth: "Triste". - Martín: "Feliz". - Diego: "Triste". - Stephanie: No desea expresar como se siente, pero se le observa sonriente.

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Continuar con el trabajo de expresión de afectos, sentimientos y emociones.



- Trabajar con el sentimiento de tristeza, lograr que identifiquen cuándo nos ponemos tristes, porqué y cómo sacar a la tristeza de nuestro cuerpo.
- Seguir favoreciendo la aceptación de Stephanie dentro del grupo.
- Repasar las reglas del grupo para seguir marcando límites.
- Hacer caso a la petición de los niños y mostrarles las fotos que fueron tomadas en la primera sesión.

FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 10/06/04

SESIÓN No. 4

PSICÓLOGAS: P1 Karina
P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Ezequiel
Elizabeth
Jessica
Martín
Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Se repasan las reglas del grupo haciendo énfasis que en gran parte son éstas las que nos permiten interactuar de una mejor manera.
- El grupo acepta a Stephanie y ella logra integrarse e identificarse como parte del grupo.
- Se habla de la tristeza como un sentimiento natural ante la pérdida y la temporalidad de dicho estado, así como la posibilidad de ser consolados y tener esperanza para sentirse mejor.
- Se habla de los sentimientos de tristeza, miedo, enojo, alegría, etc.
- Identifican, dan nombre y expresan (mediante el cuerpo) sus sentimientos, emociones y afectos.



- Hablan cosas positivas con respecto a las fotos de cada quien.

Dinámicas Propiamente Grupales

Se trabajó de manera grupal, observándose al grupo menos cohesionado en comparación a una sesión anterior, su nivel de participación fue adecuado en un inicio. Conforme transcurrió el tiempo su atención y concentración se tornó un tanto dispersa.

Predomino un ambiente cálido que les permitió identificar, expresarse y hablar de sus emociones, sentimientos y experiencias, a pesar de las características de la sesión ya antes mencionadas, lo que puede relacionarse estrechamente con las condiciones de la misma (interrupciones para darles medicamento a algunos, se asoman a la ventana, entonces, se dan cuenta de que los niños de afuera están quemando bombones y quieren ir, la maestra Denis los llama y al no verlos llegar les lleva bombones hasta el salón).

Bryan llora porque dice extrañar a su papá y Diego también llora la mayor parte de la sesión sin querer manifestar o decir el motivo.

En la dinámica donde se mostraron las fotos, Dalia no se integra al grupo y dijo no querer ver su foto manifestando: "Salí bien fea", lo cual refleja su baja autoestima, no obstante, se integro en la dinámica siguiente, después de que se mostró la foto a sus compañeros y escuchó que se hablaron cosas positivas acerca de ella; pero al cabo de un tiempo volvió a retirarse quedándose dormida en un rincón del salón. En esta misma dinámica Constantino manifestó sentirse triste porque no ve su foto.

El abrazo en grupo fue muy emotivo y significativo para los niños, pues mostraron su alegría dando de brincos, gritando y manteniéndose unidos por un tiempo considerable.

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se dio contención a Dalia para reintegrarla a la siguiente dinámica.
- Se dio contención a Bryan y a Diego.
- Se favoreció para que los niños logran identificar sus emociones, sentimientos y les pusieran nombre.



- Se le explico a Constantino el motivo por el cual no aparece su foto, diciéndole que su foto fue tomada con otro rollo el cual aún no se termina para poder mandarlo a revelar y se le indica que en dos sesiones posteriores se le mostrara.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

A pesar de las condiciones de la sesión ya antes mencionadas, se obtuvo una buena respuesta por parte del grupo, observándose al inicio un adecuado nivel de participación. Se logró establecer un ambiente cálido y de confianza, lo que permitió a los niños identificar y expresar sus sentimientos y emociones de miedo, tristeza, alegría, felicidad, enojo, furia, molestia, sorpresa, etc.

Al mostrar las fotos, los integrantes sintieron que fueron tomados en cuenta, mostrando alegría y entusiasmo. Sin embargo, a Dalia se le dificultó esta actividad, lo que pudiera deberse a la deformidad que presenta en la boca a consecuencia de una quemadura que le ocasionó uno de sus agresores.

La aceptación, tolerancia y respeto se sigue incrementando entre los participantes. Al final de la sesión los niños lograron sentir que forman parte de un grupo y a cada uno se le pregunto: ¿Cómo te sentiste hoy estando dentro del grupo?

- Martín: "Yo me sentí bien mami". - Constantino: "Contento y triste porque no vi mi foto". - Bryan: "Feo". - Alison: "Bonito". - Jessica: "Bien". - Diego: "Feliz". - Ezequiel: "Padre". - Elizabeth: "Contenta". - Stephanie: "Feliz". - Dalia: Estaba dormida.

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Repasar las reglas del grupo para continuar marcando límites.
- Trabajar con el tema de Autoestima.
- Enfatizar un poco más con Dalia en el trabajo de autoestima.
- Prohibir la entrada al salón mientras se lleve a cabo la sesión, o al menos restringirla. Hablar con la maestra Denis sensibilizándola a la conveniencia de tales condiciones para la psicoterapia.
- Tapar la ventana, para evitar que los niños se distraigan con los distractores de afuera.



FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 14/06/04

SESIÓN No. 5

PSICÓLOGAS: P1 Karina
P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Ezequiel
Jessica
Martín
Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Se repasan las reglas del grupo haciendo especial énfasis en que han sido éstas las que en gran parte nos han permitido interactuar de una mejor manera, dado que todos hemos procurado respetarlas.
- Cada integrante habla acerca de las cosas que hace bien.
- Hablan acerca de sus cualidades o talentos.
- Manifiestan alegría al realizar su silueta y reconocer que hay muchas cosas positivas que ellos tienen.
- Stephanie se muestra molesta porque no le agrada su silueta.
- Bryan se muestra triste porque nadie quiere trabajar con él.



Dinámicas Propiamente Grupales

En esta sesión predominó el grupo de trabajo, observándose cohesión entre los integrantes y buen nivel de participación. Mostraron una atención y concentración más adecuada que en la sesión anterior, disminuyendo significativamente la hiperactividad dentro del grupo. Predominó un ambiente agradable y de confianza que les permitió reconocer en sí mismos todas sus cualidades o talentos.

Cada integrante se presentó al grupo mostrando todas aquellas cosas positivas que se encontraban en él.

Bryan sintió tristeza porque nadie quería trabajar con él para que dibujara y le dibujaran su silueta, pues una compañera le dijo que dibujaba bien feo, ante esta situación, Ezequiel salió a su rescate y cuando lo vio triste se acercó a él para dibujarlo. Es importante mencionar que dado que Bryan es el más pequeño e inquieto del grupo, ha mostrado mayor dificultad para adaptarse y dado que Ezequiel es el más grande, ha tenido hacia él una actitud positiva, en la que siempre trata de abrazarlo, jalarlo e integrarlo a las actividades.

A Stephanie no le agrado el dibujo de su silueta y por un momento decidió ya no concluirla, hasta que una de las terapeutas se acercó para apoyarla en su trabajo. Dalia es quien mostró mayor dificultad y requirió de mayor apoyo, pues no sólo no le gusto su silueta, sino que tampoco supo que escribir dentro de ella. Al igual que Stephanie y Dalia, algunas compañeras se mostraron un tanto inconformes al ver como había quedado el dibujo de su silueta, pero acabaron aceptándolo y concluyendo con la actividad. A diferencia de las niñas, los niños no mostraron inconformidades y disgusto hacia sus siluetas.

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se les informó la razón por la que Elizabeth no iba a poder asistir, se hablo con ella después de la sesión, ya que había regresado de haber ido a declarar al reclusorio.
- Se brindó especial apoyo a Stephanie y a Dalia para que concluyeran con la actividad.
- Se favoreció y estimulo para que cada uno de los participantes lograra aceptar su silueta y concluir con la actividad.



- Se favoreció para que cada uno de los integrantes logaran reconocer en sí mismos sus cualidades y/o talentos.
- Se brindó apoyo a cada niño en la realización de su silueta.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

Se obtuvo una buena respuesta por parte del grupo, hubo cohesión entre los integrantes y un adecuado nivel de participación. Cada niño logro reconocer en sí mismo sus cualidades y/o talentos y los compartió con el grupo.

Se ha observado que los niños pueden hablar más, se expresan con mayor soltura y su capacidad de escucha hacia sus demás compañeros se ha incrementado. También se ha visto que ya no hay golpes entre ellos, han logrado poner en palabras sus sentimientos y opiniones sobre los demás, sus agresiones ahora son únicamente por medio de palabras. Con base en lo anterior, se puede decir que el grupo esta siendo percibido como un lugar de apoyo, donde pueden hablar sobre lo que sienten.

Además se logró reflejarles una imagen positiva de sí mismos, disminuyendo los sentimientos de culpa y aumentando la autoestima, modificando de esta manera el autoconcepto devaluado que tenían.

Para terminar la sesión se preguntó a cada integrante cómo se sintió cuando se presento y habló de todas las cosas buenas que tiene:

- Martín: "Bien feliz y bonito mami".
- Diego: "Bien contento y feliz... me gusto dibujarme".
- Alison: "Triste".
- Psicóloga: ¿Por qué?.
- Alison: "Porque se burlaron de mi".
- Psicóloga: ¿Qué le quieren decir a Alison para que se sienta mejor?.
- Jessica: "Que es una niña muy bonita".



- Bryan: "Bien feliz como una lombriz...bien bonito".
- Ezequiel: "Bien feliz".
- Jessica: "Muy bien... feliz".
- Constantino: "Me sentí como si fuera Mayfor".
- Psicóloga: ¿Y cómo es Mayfor?.
- Constantino: "Alegre".
- Stephanie: "Me sentí feliz cuando dije lo que había escrito. Estoy feliz porque espero que mi familia me venga a visitar".
- Dalia: Se muestra muy enojada, disgustada y no quiere comentar nada.

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Continuar con el trabajo de autoestima.
- Hacer especial énfasis con Dalia en el trabajo de autoestima, ya que fue en quien se observó mayor dificultad para trabajar con este tema.
- Repasar las reglas del grupo para seguir marcando límites.



FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 17/06/04

SESIÓN No. 6

PSICÓLOGAS: P1 Karina
P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Elizabeth
Ezequiel
Jessica
Martín
Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Se repasan las reglas del grupo haciendo especial énfasis en que han sido éstas las que en gran parte nos han permitido interactuar de una mejor manera, dado que todos hemos procurado respetarlas.
- Cada integrante manifiesta sentirse valioso y único.
- Hablan acerca de las cualidades que tienen sus demás compañeros.
- Manifiestan alegría al descubrir que los demás también ven cualidades en ellos.
- Sienten "bonito" cuando sus compañeros les dicen cosas positivas.



- Dalia muestra dificultad para aceptar las cualidades que sus compañeros ven en ella.

Dinámicas Propiamente Grupales

En esta sesión predominó el grupo de trabajo, observándose cohesión entre los integrantes y buen nivel de participación. Se observó una atención y concentración adecuada, mantuvieron un ambiente cálido que les permitió lograr expresar las cualidades que veían en sus demás compañeros.

Dalia se alejó en un principio del grupo, volviendo a reintegrarse por periodos cortos y mostrando incomodidad cada vez que alguno de sus compañeros expresaba algo positivo respecto a ella. También expresó lo siguiente: "Soy horrible, estoy fea".

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se participó activamente en el juego de la botella, motivando a los niños para que logran expresar las cualidades que veían en sus demás compañeros.
- Se hizo mención de que los demás también ven cualidades en nosotros que a veces no creíamos tener.
- Se brindó especial apoyo a Dalia para reintegrarla al grupo.
- Se favoreció y estimuló para que cada uno de los participantes hablara de las cualidades que veía en sus demás compañeros.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

Se trabajó con la segunda parte de autoestima en la que los niños lograron construir un mejor concepto de sí mismos, a través de la ayuda de sus demás compañeros.

El grupo cada vez muestra mayor cohesión y ha disminuido el supuesto de ataque-huida, predominando el grupo de trabajo.

Cada integrante logró sentirse valioso, único y se dio cuenta de que sus demás compañeros también veían cualidades en ellos, lo cual incremento su autoestima e hizo que se sintieran más aceptados.

En general la mayoría manifestó sentirse feliz y contento cuando descubrieron que eran el tesoro más bonito.



Asimismo comentaron haber sentido que eran buenos amigos cuando cada uno de sus compañeros les dijeron las cosas positivas que veían en ellos.

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Trabajar su enojo y agresión.
- Dejar de repasar las reglas del grupo, dado que se observa una mayor tolerancia y respeto entre los miembros del grupo.

FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 21/06/04

SESIÓN No. 7

PSICÓLOGAS: P1 Karina

P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Elizabeth
Ezequiel
Jessica
Martín
Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Manifiestan todo su enojo contenido
- Expresan disgustos, enfados, frustraciones y agresión.
- Afirman sentirse mejor después de haber logrado golpear a sus agresores o aquellas personas hacia quienes sentían mucho odio.

Dinámicas Propiamente Grupales



Al igual que en la sesión anterior predominó el grupo de trabajo, observándose cohesión entre los integrantes y buen nivel de participación. Se mantuvo un ambiente de confianza que les permitió expresar todas sus frustraciones, enojos, rencores y resentimientos a través de golpes, gritos, groserías, rayones en una hoja, romper periódico, etc. Al concluir la dinámica de relajación los niños manifestaron haber sentido bonito y rico.

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se favoreció y estimuló para que cada uno de los participantes lograra sacar todo su enojo contenido.
- Se hizo mención de que nos sentimos mejor cuando sacamos los sentimientos malos y no los mantenemos dentro, pero, de una forma que no hagamos daño a los demás.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

El grupo cada vez muestra mayor cohesión y adecuado nivel de participación, predominando el grupo de trabajo.

Los niños lograron descargar sus emociones de coraje, resentimiento, enojo, frustración, odio, rencor, etc. Y manifestaron sentirse mejor después de haber podido golpear a sus agresores o aquellas personas hacia quienes sentían mucho odio. Entre los comentarios más sobresalientes encontramos los siguientes:

- Ezequiel: "Me siento bien feliz porque me desquite del coraje que tenía con Diego de ahorita que nos peleamos y del coraje que tenía de cuando me pegaba mi mamá".
- Alison: "Saqué las lagrimas que tenía con mi padrastro.... me sentí bien, bonito, alegre".
- Dalia: "Me siento contenta porque me desquite del señor que me hizo daño.... me sentí bien feliz".
- Jessica: "Me siento bien, porque saqué todo el coraje que traía dentro de mi, de cuando mi mamá me hizo mucho daño.... me voy bien feliz".



- Elizabeth: "Me siento orgullosa de que rompí el periódico, me desquite del coraje que traía aquí en el corazón, veía al señor que me ... violó.... sentí... bonito y me siento feliz de estar aquí".
- Martín: "Me sentí bien feliz mami cuando estuve rompiendo el periódico, porque así me pegaban allá en mi casa... sentí como si me desquitara yo con el periódico".
- Diego: "Me siento bien feliz como una lombriz porque rompí el periódico y porque tengo felicidad en mi corazón".

A pesar de que todos los niños lograron tener un efecto catártico de sus emociones, es importante resaltar a Elizabeth, fue la que hizo un trabajo más fuerte metiéndose a la dinámica y logrando ver a su agresor sexual, a quien golpeó, insultó y finalmente tiró a la basura.

Los niños aprendieron a sacar su coraje de una forma en que no se hace daño a nadie. Disminuyó su enojo.

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Trabajar con los miedos de los niños mencionados casi al final de esta sesión.



FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 24/06/04

SESIÓN No. 8

PSICÓLOGAS: P1 Karina
P2 Marcela

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Elizabeth
Ezequiel
Jessica
Martín
Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Se habla de la despedida de Marcela.
- Muestran tristeza y llanto por la salida de Marcela.
- Hablan de sus miedos, temores, sueños terroríficos, fantasías (monstruos), etc.
- Hablan sobre las diferentes maneras en las que pueden "destruir sus monstruos". Cada uno incluye formas que consideran la "fuente de poder" de los monstruos.



- Hablan con sus monstruos y les piden que den sus poderes a ellos.

Dinámicas Propiamente Grupales

Las características generales de esta sesión fueron similares a la anterior. En un inicio predominó el ambiente de tristeza por la salida de Marcela.

Bryan, Ezequiel y Alison mostraron llanto en un inicio por la despedida de Marcela, sin embargo lograron despedirse de ella, dándole un abrazo, un beso, diciendo y deseándole cosas positivas.

Se mantuvo un ambiente seguro y cálido que les brindó confianza y les permitió expresar sus miedos, temores, frustraciones, etc. Al concluir la sesión los niños manifestaron sentirse a gusto de haber logrado destruir a sus monstruos.

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Marcela hizo especial mención, al comunicarles a los niños que ella ya no podrá continuar dentro del grupo pero si en el Albergue y que la podrán seguir viendo a diario y podrán acercarse a ella cuando necesiten alguna ayuda o apoyo.
- Se favoreció que por medio de la proyección a través de su monstruo de plastilina hablaran sobre sus sentimientos, en algunos casos de temor y miedo.
- Se mencionó que ellos dan poder a esos monstruos y se enfatizó el empoderamiento personal.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

Se observó cohesión entre los miembros y adecuado nivel de participación, predominando el grupo de trabajo.

Cada vez se observa con mayor claridad y congruencia a los integrantes. Tanto cognitiva como afectiva, reconocen más fácilmente sus sentimientos, sin tener que ocultarlos o evitarlos (suprimirlos). El grupo se percibe como un lugar tranquilo y seguro donde pueden hablar de todo, hasta aquello que les molesta de los demás. En este sentido considero que se están teniendo muchos avances.

Lograron manifestar sus temores, miedos, deseos de venganza y aniquilación, ya que todos al final terminaron matando a sus monstruos.



Se logro disminuir los sentimientos de desamparo, inseguridad e impotencia, favoreciendo los sentimientos de autoconfianza y poder personal (empoderamiento).

Cada vez más atienden e incorporan los señalamientos que se realizan, ha incrementado la capacidad de insight, mostrándose más estructurados en su discurso y con mayor nivel de espontaneidad e imaginación. En todos ellos disminuyó su ansiedad y sus miedos.

Es importante mencionar a Elizabeth quien sigue haciendo un buen trabajo en relación a su abuso sexual, pues como monstruo hizo un pene de plastilina y dijo lo siguiente: "Esta pinche cochizada me hizo mucho daño y me saco sangre". Para finalmente solucionarlo creando un cuchillo de plastilina y yendo luego por unas tijeras para rebanarlo y aventarlo por la ventana.

Estos son los comentarios que cada uno de los niños realizó en relación a las actividades realizadas:

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.
- Elizabeth: "Esta pinche cochizada me hizo mucho daño y me saco sangre" (SIC). Realizó un pene de plastilina.
- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.
- Elizabeth: Enseñandoselo a todos, declarando que ese puto me hizo daño y pudo hacer daño a las demás niñas, ya no lo quiero volver a ver a ese pene. Esta en la cárcel ese pito con ese señor". Lo solucionó creando un cuchillo de plastilina y yendo luego por unas tijeras para rebanarlo y aventarlo por la ventana.
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.
- Elizabeth: "Me sentí feliz porque pude hacer lo que me hizo daño en mi vida".
- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.



- Elizabeth: "Me sentí contenta porque al fin pude matar a ese monstruo que me hacía daño, me sentí chingón".

- Psicóloga: Gracias Elizabeth.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.

- Jessica: "Es extraño, es una araña con cuatro patas, tiene su vagina, le gusta mandar besitos, pica y cuando te pica te deja veneno y te puedes morir, baja en las noches a picar".

- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.

- Jessica: "Primero lo corte con unas tijeras, lo mate y lo machuque con una lapicera, me gusto mucho".

- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.

- Jessica: "Bien".

- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.

- Jessica: "Me sentí feliz porque lo pude destruir".

- Psicóloga: Gracias Jessica.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.

- Constantino: "Se llama chorrillo, hace mucho del baño y es muy peludo, parece salchicha, tiene dos patas, dos manitas y chorrillo".

- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.

- Constantino: "Sacándole chorrillo, destruyéndolo con mis pompas y arrugándolo".



- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.
- Constantino: "Yo no pensaba hacer mi diablo, me dio miedo hacer mi diablo, yo pensaba que era muy feo ese diablo que yo hice".
- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.
- Constantino: "Me sentí mal porque yo pensaba que me iba a comer".
- Psicóloga: ¿Y qué paso cuando te diste cuenta, que no te comió y lo pudiste destruir y cómo te sentiste?.
- Constantino: "Me sentí feliz".
- Psicóloga: Gracias Constantino.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.
- Stephanie: "Es la llorona, es blanca, es mala porque esta asustando gente y a veces mata y mato a sus hijos y después mato a toda la gente y que es una muchacha muy mala se parece al diablo".
- Psicóloga: ¿Cómo te vas a burlar de ella, cómo la vas a ridiculizar y cómo la vas a vencer?.
- Stephanie: "La voy a destruir con una tijeras y luego la voy a tirar porque mucho me asustaba".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.
- Stephanie: "No me gusto hacerlo porque tenía miedo".
- Psicóloga: Tenías miedo, de qué tenías miedo?.
- Stephanie: "Porque me podía hacer daño".



- Psicóloga: ¿Y qué paso cuando te diste cuenta de que la podías destruir?.
- Stephanie: "Sentía que la podía matar, pero no he podido". Posteriormente logra matarla y aventarla por la ventana.
- Psicóloga: Gracias Stephanie.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.
- Ezequiel: "Es mi diablo que siempre hace chorrillo".
- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.
- Ezequiel: "Cantándole, matándolo con mi cabeza e inyectándole coca cola".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.
- Ezequiel: "Mal, porque yo siento que en las noches me puede matar"
- Psicóloga: ¿Y qué paso cuando te diste cuenta que tu lo podías destruir?.
- Ezequiel: "Pues de que ahí me podía desquitar de todo lo que me hacía aventándole piedritas".
- Psicóloga: ¿Y sí pudiste desquitarte de él, destruirlo y burlarte de él?.
- Ezequiel: "Si".
- Psicóloga: ¿Y eso cómo te hizo sentir?.
- Ezequiel: "Feliz".
- Psicóloga: Gracias Ezequiel.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.



- Bryan: "Son puros chorrillos de autopista él los hizo... este nunca se va a despegar son chorrillos de pipi".

- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.

- Bryan: "Con unas buenas ligeras lo mate y luego lo eche para afuera para que se le quite que no debería hacer travesuras".

- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.

- Bryan: "Feo porque me quitaron mi plastilina roja".

- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.

- Bryan: "Feo".

- Psicóloga: Gracias Bryan.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.

- Dalia: "Mi monstruo es chistoso porque sus ojos los tiene chuecos, sus manos las tiene chiquitas y sus pies son verdes, espanta, es negro y ya esta en su casa".

- Psicóloga: ¿Cómo te vas a burlar de él, cómo lo vas a ridiculizar y cómo lo vas a vencer?.

- Dalia: "Matándolo con un cuchillo".

- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.

- Dalia: "Bien feliz, porque yo hice mi monstruo para que ya no me espantara otra vez".

- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.

- Dalia: "Feliz y contenta porque ya no me podrá hacer daño".

- Psicóloga: Gracias Dalia.



- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.
- Alison: "Este es un monstruo que raspa en las noches, en las puertas y ventanas y es un monstruo gordo, es una mano peluda".
- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.
- Alison: "Con el cuchillo lo destruí, lo mate, sintió feo, estaba como muy enojado y le dije de groserías, lo tuve que matar y sacar las tripas".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.
- Alison: "Mal".
- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.
- Alison: "Mal".
- Psicóloga: ¿Porqué te sentiste mal?.
- Alison: "Porque si".
- Psicóloga: Gracias Alison.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.
- Martín: "Era el diablo y mataba gente y luego se convertía en víbora, luego nació otra víbora que defendía gente; era una buena y una mala".
- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.
- Martín: "Destruyéndolo con mis manos".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.



- Martín: "Mal, porque pensé que no lo iba a poder hacer".
- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando te diste cuenta que si lo pudiste hacer?.
- Martín: "M sentí bien".
- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.
- Martín: "Bien feliz".
- Psicóloga: Gracias Martín.

- Psicóloga: ¿Qué hiciste de monstruo?. Preséntamelo.
- Diego: "Es el jinete sin cabeza".
- Psicóloga: ¿Cómo te burlaste de él, cómo lo ridiculizaste y cómo lo venciste?.
- Diego: "Aventándolo al baño y bajándole la cabeza".
- Psicóloga: ¿Cómo te sentiste cuando hiciste tu monstruo?.
- Diego: "Mal, porque Stephanie me lo destruyó".
- Psicóloga: ¿Y cómo te sentiste cuando lo pudiste destruir?.
- Diego: "Feliz".
- Psicóloga: Gracias Diego.

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Trabajar con la confianza en ellos mismos y en los demás.
- Trabajar relaciones interpersonales.



FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 28/06/04

SESIÓN No. 9

PSICÓLOGAS: P1 Karina

Participantes: Alison

Bryan
Constantino
Dalia
Diego
Elizabeth
Ezequiel
Jessica
Martín
Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Muestran seguridad y confianza en cada una de las dinámicas.
- Hablan de su experiencia en el paseo por las nubes.
- Hablan y dicen cosas favorables a sus compañeros.

Dinámicas Propiamente Grupales

El grupo permaneció unido mostrando agrado en cada una de las actividades realizadas. En la dinámica "sauce al viento" pidieron que se repitiera varias veces el ejercicio en cada uno de ellos.



El grupo se observó muy tranquilo en la dinámica “paseo por las nubes”. Al final expresaron cosas favorables a sus demás compañeros, sin mostrar dificultad como en sesiones anteriores. Se mantuvo un ambiente seguro, cálido y de confianza que les permitió realizar cada una de las actividades con agrado y sin mayor dificultad.

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se participó activamente en las actividades favoreciendo la participación y proporcionando con ello seguridad y confianza a los niños.
- Se estimuló para que los niños continuaran expresando cosas favorables a sus demás compañeros.
- Después de esta sesión se reunió al grupo en otro día no contemplado dentro de las sesiones, para despedir a aquellos compañeros que se retiraban del Albergue para ser canalizados a otra institución.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

Se ha observado que a lo largo de las sesiones todos niños han aprendido a confiar en algunos de los integrantes, ya sea en otro niño o las terapeutas, lo cual les han permitido recuperar algo de confianza y credibilidad en otras personas. Cada niño a su manera, ha sabido aprovechar de manera positiva sus capacidades para desarrollar habilidades nuevas para relacionarse con ellos mismos y con otros.

Al parecer conforme reconocen que hay personas en las que pueden confiar, esto fomenta su propia autoconfianza. Cada vez se muestran con mayor espontaneidad, soltura y fluidez al hablar y actuar.

Se logro fomentar la confianza en los demás y aprendieron a mostrar interés y afecto.

Así mismo se ha observado que cada uno de los integrantes busca apoyarse en alguno de sus compañeros que le da confianza, por ejemplo: Stephanie lo demostró en esta sesión, cuando quiso escribir una carta a uno de sus compañeros que se retiraba del grupo y del Albergue y pidió apoyo a Jessica para que se la escribiese, debido a que ella aún no ha aprendido a escribir en español.



Al concluir la sesión cada uno de los niños manifestó cómo se sintió dentro del grupo:

- Bryan: "Me sentí feliz como una lombriz". - Jessica: "Me sentí feliz y contenta porque aprendimos una cosa más". - Dalia: "Me sentí contenta". - Alison: "Me sentí feliz". - Ezequiel: "Me sentí feliz porque ahora estuvimos jugando mucho". - Stephanie: "Me sentí feliz porque descubrí que soy buena y soy buena gente". - Elizabeth: "Me sentí chingón". - Constantino. "Me sentí contento". - Martín: "Me sentí feliz mami porque aprendí algo más". - Diego: "Hoy me sentí bien mal porque una niña del Albergue que me gustaba ya se fue y dentro del grupo me sentí feliz".

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- Continuar fomentando el trabajo en equipo.
- Trabajar con el tema de Anhedonia.
- Preguntar a los niños cuales son los bocadillos que desean para el día del cierre.



FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 01/07/04

SESIÓN No. 10

PSICÓLOGAS: P1 Karina

Participantes: Bryan

Dalia

Diego

Elizabeth

Jessica

Martín

Stephanie

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Hablan sobre lo que a ellos les hace sentir bien, lo que les da placer y las cosas que más disfrutan hacer.
- Se realizan juegos que son propuestos por los integrantes del grupo.
- Muestran alegría, felicidad y un mejor estado de ánimo al realizar las dinámicas.

Dinámicas Propiamente Grupales

En esta ocasión predominó el grupo de trabajo, en el que se mantuvo un ambiente agradable y de confianza que les permitió desenvolverse adecuadamente en cada una de las actividades. Por un momento se retira del grupo Stephanie, argumentando que no encuentra nada que le agrade en las revistas, sin embargo después de un lapso de



tiempo se reintegra a las actividades, después de que se le ofreció otra revista para que buscara cosas.

Al concluir la sesión los niños manifestaron sentirse contentos y felices después de haber estado realizando cosas que a ellos les agradan.

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se les explicó que a veces se nos olvida que hay cosas que nos hacen sentir bien y siempre es bueno recordar cuales son aquellas cosas y realizarlas para estar y sentirnos bien.
- Se favoreció para que los niños recordaran aquellas cosas que disfrutaban hacer.
- Se participó activamente en las actividades favoreciendo la participación y un mejor estado de ánimo.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

Se mantuvo el grupo de trabajo, observándose cohesión entre los integrantes y adecuado nivel de participación.

Se observó que los menores han logrado establecer el trabajo en equipo, en el que muestran apoyo entre ellos y han logrado experimentar la sensación de éxito, descubriendo que "si pueden lograr" aquello que se propongan.

El grupo se mostró sonriente, alegre, contento y mejoro su estado de ánimo. Cada vez muestran mayor creatividad e iniciativa para el juego.

Lograron darse cuenta de que hay muchas cosas que disfrutaban hacer y que les pueden ayudar a sentirse mejor. Al finalizar la sesión cada uno expresó como se sintió estando dentro del grupo, éstos fueron algunos comentarios:

- Dalia: "Yo me sentí contenta". - Diego: "Me sentí feliz". - Martín: "Me sentí feliz mami, porque estuve recortando". - Elizabeth: "Me sentí muy bien, contenta porque recorte cosas muy bonitas". - Stephanie: "Me sentí bien". - Jessica: "Me sentí feliz y contenta".

Sugerencias para Sesiones Posteriores



- En la próxima sesión que es el cierre, enfatizar en los logros que han tenido y en los recursos con los que cuentan para seguir adelante, hablar del futuro.

FORMATO DE OBSERVACIÓN

FECHA: 05/07/04

SESIÓN No. 11

PSICÓLOGAS: P1 Karina

Participantes: Diego

Jessica

Martín

TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y Latentes del Grupo)

- Hablan acerca de la salida de Stephanie, manifestando agrado por ella.
- Se habla acerca de la ausencia de Bryan, debido a hospitalización, ya que presenta incontención gástrica.
- Hablan sobre sus sentimientos en relación al cierre del grupo. La mayoría sentía varias cosas a la vez, entre dichas emociones destacaron la tristeza, alegría y enojo. Tristeza por terminar el proceso grupal y alegría por lo vivido durante esta última sesión. Enojo porque les gustaría que hubiera más sesiones.
- Se habla y reflexiona sobre lo vivido en el grupo.
- Cada integrante verbaliza a sus compañeros cuáles son las cosas que van a recordar de ellos y en ese sentido se dan elementos de permanencia a los recuerdos y de parte de ellos mismos en los demás, ya que ellos también depositaron afectos en los demás.
- Se realizan juegos que fueron propuestos por los integrantes del grupo.



- Se habla sobre la despedida y nos despedimos.

Dinámicas Propiamente Grupales

Fue una sesión sumamente emotiva, donde se retomaron los logros del grupo y sus limitaciones, entre ellas la duración, ya que a todos les hubiera gustado que durará más. Se les mencionó que en dado caso de tener la necesidad de compartir con alguien lo que les sucedía contaban con sus psicólogas designadas y que recordaran lo trabajado en el grupo.

Se realizó una despedida matizada de gratitud, afecto, buenos deseos y acompañamiento. En este sentido esta despedida fue diferente a las que habían tenido hasta ahora, ya que en general habían sido huidas, efecto de los ataques de otros y en el Albergue pocas veces tienen la oportunidad de hablar sobre la salida de sus compañeros y de despedirse, ahora se dio esa oportunidad y los niños respondieron favorablemente. Sin embargo hubo compañeros que no tuvieron acceso a esta oportunidad, debido a que como en el caso de Stephanie salió de manera repentina una noche anterior con destino hacia su país natal, donde se reuniría con sus abuelos; motivo por el cual los niños están muy contentos.

Principales Tendencias e intervenciones Terapéuticas Realizadas

- Se favoreció para que los niños expresaran sus sentimientos en relación al cierre del grupo.
- Se participó activamente en las actividades favoreciendo la participación y un adecuado cierre.

Reflexiones y/o Comentarios (Análisis del Contenido de la Sesión)

Dado el proceso grupal, puede decirse que en general se han cubierto los objetivos propuestos para cada una de las sesiones de tratamiento, notándose cambios importantes tanto en el proceso grupal como en el individual.

A pesar de que hubo salidas repentinas sin un cierre adecuado y se esperaba que se hubiesen generado aspectos negativos tanto en los que se quedan como en los que se van, es esta ocasión fueron percibidas las pérdidas de manera diferente, ya que incluso llegaron a sentir agrado por quienes se fueron como en el caso de Stephanie. Esto se puede relacionar a los pequeños cierres que se fueron trabajando con cada uno



de los niños de los que se sabía probablemente se retirarían en cualquier momento, además de que aprendieron a ver de manera diferente las pérdidas, ya que hubo una muy importante dentro del grupo y fue la de Marcela, pero que sin embargo se trabajó.

Entre los comentarios que los niños hicieron respecto a que fue lo que más les agrado de haber estado en el grupo, tenemos los siguientes:

- Jessica: "Me gusto entrar a la terapia porque me gusta y me voy a llevar un bonito recuerdo de mis compañeros".
- Martín: "Al inicio me sentí mal y triste, pero después bien feliz porque aquí jugamos, nos pone a pintar, nos pone a jugar con plastilina. Lo que más me gusto fue desquitarme con el periódico y hacer la figura con plastilina".
- Diego: "Me sentí contento... lo que más me gusto fue hacer la figura con plastilina... era mejor estar aquí que en el patio. Lo que más me hizo sentir bien fue derrotar al que más nos afectaba, me sentí feliz".

Sugerencias para Sesiones Posteriores

- A pesar de haber concluido con el proceso terapéutico, se sugiere pedir a los integrantes que aun permanecen dentro del Albergue, escriban cartas a sus compañeros que ya se fueron; ya que serán visitados por mí haciéndoles llegar sus cartas y llevando de regreso correspondencia.



CAPITULO VII

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación se encontró que es posible aminorar la sintomatología depresiva en niños víctimas de maltrato, que han sido institucionalizados; a través de una intervención diseñada con dinámicas de grupo.

Los niños que ingresan al Albergue, sufren un gran estrés al ser maltratados severamente en su hogar y al ser separados de su familia, casa, escuela, barrio o comunidad; y al ingresar en un mundo institucional al lado de adultos y otros niños, a los que desconocen totalmente; pasan de un estado crítico de estrés a una depresión, respondiendo así, ante la pérdida de su mundo anterior.

Institucionalmente es poco lo que se puede hacer, sobre todo porque no se sabe cual será el destino de los menores y porque no se cuenta con el apoyo de familiares cercanos a los niños; sin embargo, lo poco que se puede hacer por éstos niños, resulta reconfortante y satisfactorio para ellos; además de que les permite hacer más llevadero el proceso de institucionalización, es por ello que se pensó en un modelo de intervención que les permitiera aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas del motivo de su ingreso, mediante sesiones grupales; a través de un conjunto de dinámicas diseñadas expresamente para ellos.

Recordemos que con respecto a la edad, se manejó una población de entre siete y once años, que muestra que el tratamiento es efectivo en niños de edad escolar.

En cuanto a los delitos cometidos en los menores y motivo de ingreso, se presentaron varios: abuso sexual, violación, lesiones, abandono de persona, omisión de cuidados, disposición, maltrato, violencia familiar, familiar detenido; por lo que la efectividad de este tratamiento se da en niños victimizados no importando el tipo de maltrato.

A continuación se explican los resultados obtenidos en este estudio:



VALORACIÓN PSICOLÓGICA

En relación a los indicadores clínicos de inicio, reportados en la valoración psicológica, los síntomas que se observaron con mayor frecuencia fueron: anhedonia, falta de apetito, tristeza, culpa, insomnio, dificultad para relacionarse con sus compañeros, aislamiento, llanto, cefaleas, baja autoestima, desgano e ideas suicidas; todos ellos relacionados al cuadro depresivo; los cuales han sido descritos por diversos autores (Calderón, 1985; Bruce y Shaffer 2003; Solloa 2001) en la depresión infantil. Esto confirmó que los niños víctimas de maltrato que se encuentran institucionalizados sufren de depresión.

También se encontraron otros indicadores clínicos que puntuaron alto como son: desamparo, soledad, pesadillas, vómito, ideas de abandono, desconfianza, miedo, enojo, rabia e impotencia que no son descritos en la literatura como característicos del cuadro depresivo infantil; lo cual en este caso, quiere decir que dichas características son particulares de los niños que presentan sintomatología depresiva; pero que además ésta se debe al maltrato vivido y al proceso de institucionalización que trae consigo la separación de sus figuras parentales, la ruptura de vínculos afectivos que habían logrado establecer con familiares cercanos, amigos y/o alguna otra persona cercana a ellos, la separación de su escuela, barrio o comunidad y el saber que se encuentran en un lugar lejos de su hogar, sin poder regresar por sus propios medios.

A los anteriores síntomas y circunstancias en las que se han visto "atrapados" los niños, hay que agregar la violencia y el abuso sexual. Cuatro de las menores refirieron agresión sexual y en tres de ellas el generador fue una figura masculina (solo una refirió ser agredida por su figura materna); mientras que ninguno de los niños la sufrió; lo cual no quiere decir que los varones no sean agredidos, si no que existe un mayor porcentaje de casos en los que las niñas son molestadas sexualmente y violadas, por un hombre adulto, lo cual coincide con investigaciones y estudios que se han realizado en México y otros países (Buchelli, 1999).

Las niñas que sufrieron abuso sexual manifestaron sentir: rechazo o temor hacia la figura masculina y al contacto físico en general, lo que indica que éstas características son especialmente particulares en menores que ha sido abusadas sexualmente; lo que concuerda con lo reportado por Buchelli (1999).



Las niñas reportaron mayor número de síntomas al inicio del tratamiento, con una media de 22.2, en tanto que los niños obtuvieron una media de 16.8, lo que indica que las niñas tienden a somatizar más que los varones. También se observó que las menores puntuaron más alto que los varones en los síntomas de soledad y disminución del apetito; lo cual parece indicar que éstas características que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres durante la adolescencia y la edad (cuando hay problemas psicológicos), comienzan a manifestarse desde la niñez. Después de la intervención grupal, las niñas obtuvieron una media de 3.4 en los síntomas y los niños una media de 3.2, lo que indica que el tratamiento tuvo igual efectividad en ambos sexos.

El ambiente en su hogar lo percibían, según manifestaron: tenso, inseguro y amenazante; es decir, un ambiente familiar violento, agresivo y disfuncional; dentro del cual eran víctimas de maltrato.

En lo que se refiere a la dinámica familiar violenta, en este grupo de estudio, nueve de los menores se refirieron a la dinámica familiar violenta. Sólo una niña no lo manifestó así, pues el motivo de su ingreso al Albergue; es que sus padres estaban detenidos por narcotráfico y no porque se haya denunciado violencia en contra de la menor. Esta niña de 8 años de edad habla de un ambiente familiar cálido y flexible; pues ignoraba la ocupación de sus padres. La condición de esta niña nos deja ver que la depresión que sufría era tan seria como la de los maltratados, pues se encontraba ante la dolorosa pérdida de sus padres, en un ambiente para ella hostil. Cabe mencionar que sus condiciones socioeconómicas eran de abundancia, ella era de raza negra, dominaba otra lengua (inglés) y eso la hacía sentirse rechazada por los niños, quienes hacían muy marcadas éstas diferencias. Este caso ilustra que los menores que se encuentran dentro del Albergue Temporal, llegan muy deprimidos por el maltrato vivido, pero la separación de sus figuras paternas con las que, a pesar del maltrato, habían logrado establecer vínculos afectivos cercanos es lo que en durante su estancia en el Albergue, hace que se acentúe esa depresión que ya estaba presente en su hogar.

Con respecto al tipo de violencia, los menores manifestaron a través de sus entrevistas, haber sido víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual. Como lo expresa Azaola (2003), el maltrato nunca se presenta de manera pura. Cualquier tipo de violencia afecta el desarrollo físico y emocional del niño; sin embargo, para esta población en particular, el maltrato se ha dado en forma agravante por los tipos de



maltrato que se han cometido en ellos, lo que los hace aún más propensos a manifestar los síntomas depresivos.

Éstos menores no tienen satisfechas sus necesidades básicas, afectivas y emocionales, sin embargo sólo una de seis necesidades reportadas puntuó alto (como se muestra en la tabla 8), lo que muestra que las necesidades de afecto como cariño, amor, comprensión y aceptación tienen una mayor importancia para ellos.

En cuanto a la relación de los generadores de violencia hacia los menores fueron, en el siguiente orden de incidencia: madre, padrastro, conocido, padre, madrastra, abuelo, tío y hermano que coinciden con lo reportado por el DIF para una población más amplia (2004).

Así, con base en los resultados de este estudio que se analizaron a través de una T de Wilcoxon, encontramos que: "si existen diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención", lo que comprueba la afectividad del tratamiento diseñado.

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Con base a los indicadores clínicos citados y detectados con el DFH, antes de la intervención, encontramos que al igual que otros investigadores (Chong, 1986; León 2003) que han realizado investigaciones con el DFH en niños víctimas de maltrato; observamos la presencia de elementos cualitativos de depresión, en el dibujo (figura pequeña, brazos cortos, omisión el cuello, omisión de la nariz y sombreado) que indican tendencia al retraimiento, timidez, baja autoestima, dificultad en el contacto social, dificultad en el control de impulsos y ansiedad; indicadores característicos en niños que han sufrido maltrato. También se detectaron otros elementos cualitativos (figuras inclinadas, integración pobre de las partes) que indican inestabilidad emocional, inseguridad y un yo pobremente integrado. Estos no han sido reportados en investigaciones anteriores, lo que da la pauta para decir que son indicadores clínicos característicos en menores que han sido víctimas de maltrato, pero que además sufren de depresión, no sólo por la violencia vivida, sino por haber sido institucionalizados y por haber sido separados de las personas con las que habían logrado establecer lazos afectivos importantes.



En una segunda aplicación del DFH al final de las sesiones grupales, observamos que hubo aumento del tamaño de la figura, una mejor integración de las partes, menor inclinación de las figuras, ausencia de indicadores de agresividad, menor sombreado de las partes, un trazo menos fuerte y una extensión de los brazos normal; lo que da la pauta para decir que el tratamiento grupal diseñado a través de dinámicas de grupo para aminorar la sintomatología depresiva, tuvo un efecto positivo en niños víctimas de maltrato que se encuentran institucionalizados; mejorando en su habilidad para establecer relaciones interpersonales y conectarse con su medio exterior, incrementando su autoestima y creando un mejor autoconcepto, obteniendo mayor seguridad y estabilidad emocional, teniendo a un yo más integrado, disminuyendo su ansiedad y agresividad.

FORMATO DE OBSERVACIÓN (OBSERVACIONES DIRECTAS DENTRO DEL GRUPO)

Los factores que favorecieron el éxito de la psicoterapia fueron: el conocer previamente su situación, condición depresiva y comprender su problemática. Otros elementos no menos importantes, fue que el grupo les dio un sentido de pertenencia, al sentirse identificados con sus compañeros (al compartir y hablar de su dolor), el apoyo, la confianza y comprensión que ofrecía la terapeuta y el sentir que fueron tomados en cuenta (al hacer caso de sus temores y conflictos iniciales, de sus peticiones y al tomarlos en cuenta para establecer las reglas del grupo).

Dentro de los logros que se fueron observando de manera progresiva a lo largo de las actividades del grupo tenemos que:

1. Mejoraron las relaciones con sus grupos de pares.
2. Adquirieron iniciativa al juego.
3. Desarrollaron su creatividad y espontaneidad.
4. Incrementaron su autoestima.
5. Mostraron interés por actividades que inicialmente no les resultaban significativas.
6. Lograron vencer algunos de sus miedos.
7. Recobraron seguridad y autoconfianza.
8. Lograron poner en palabras sus sentimientos y opiniones sobre los demás, por lo que disminuyó la agresividad entre ellos.



Algo muy positivo que fue favorecido por el grupo, a través de las dinámicas vivenciales, fue que pudieran expresar su enojo, frustración, impotencia, coraje, resentimiento, odio y rencor los cuales venían manifestando en actitudes agresivas. Así mismo, pudieron expresar sus sentimientos de tristeza, desamparo, melancolía, abandono y miedo.

Dentro de las primeras sesiones, se observó gran hiperactividad y agresiones verbales y físicas entre los compañeros, actitudes muy relacionadas a la "depresión enmascarada" descrita por Glaser (1968) y Malmquist (1977) citados en Solloa (2001). Lo que indica que algunos niños víctimas de maltrato padecen la depresión en forma enmascarada.

En relación a las pérdidas que se tuvieron dentro del grupo, en las dos primeras sesiones, se dio el egreso de dos menores, y la cooterapeuta con la que también habían establecido cercanía y confianza tuvo que retirarse en la séptima sesión por cuestiones personales. Se esperaba que éstas salidas hubieran tenido un efecto negativo en la intervención, sin embargo no fue así, pues el mismo hecho de esas pérdidas favoreció al grupo, en el sentido de que se trabajaron los duelos y los niños aprendieron a despedirse y a ver esas pérdidas desde otra perspectiva.

No todas las sesiones en el grupo fueron armoniosas. En la primera, una niña y un niño mostraron llanto incontenible y manifestaron no querer regresar al grupo, por lo que se tuvo que trabajar de manera individual con ellos antes de la siguiente sesión para reintegrarlos al grupo, lo que nos indica lo necesario que es trabajar con esos casos de manera individual fuera de la sesión grupal, para luego reintegrarlos.

En relación a las observaciones y comentarios de los menores durante las sesiones, cómo por ejemplo el preguntar de manera constante por sus familiares, ¿cuándo se irían?, ¿cuándo recibirán visitas de sus familiares?, ¿a dónde se van los compañeros que salen?, etc.; se deduce que lo que más les preocupa y hace que se deprimen no es el maltrato vivido, sino el estar lejos de sus familiares. Esto incluye no sólo la incertidumbre de lo que va a pasar con ellos, sino el desconocimiento del estado actual de su familia.

Al quedar demostrada la efectividad del tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo para aminorar la sintomatología depresiva en niños víctimas de maltrato; se puede decir que los temas a incluir en cada una de las sesiones, en el siguiente orden son: 1) Presentación e integración grupal, 2) Integración Grupal y



Expresión de Afectos, 3) Expresión de Sentimientos, 4) Expresión de Afectos, 5) Autoestima, 6) Autoestima, 7) Enojo y agresión, 8) Miedos, 9) Relaciones Interpersonales y Aprendiendo a Confiar, 10) Anhedonia y 11) Cierre. Además de los temas emergentes como puede ser la salida no prevista de un miembro del grupo.

Es importante mencionar que en esta investigación no se indagó sobre la efectividad del tratamiento después de su egreso a otra institución. No obstante, se observó que los menores se fueron más fortalecidos, lo que les permitió aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas de su traslado a otra institución. Esto se sabe gracias a que se tuvo la necesidad de acudir a cuatro casas hogares, debido a que los menores fueron egresados de manera repentina (sin previo aviso) y se les tuvo que visitar dentro de las tres primeras semanas posteriores a su traslado, para la evaluación del tratamiento; lo cual al parecer no repercutió demasiado en los resultados porque aún así se observó mejoría en todos ellos, sin embargo habían vuelto a recaer, aunque no llegando al grado de depresión que presentaban, mostrándose tristes y no contentos con su situación; lo que también pudiera deberse al periodo de adaptación por el cual estaban pasando. También se observó en una de las menores, que a pesar de mostrar mucha mejoría en todas las áreas a evaluar, mostraba una profunda tristeza.

Los resultados de esta investigación son generalizables a niños con las características de la muestra y pueden servir de base para estudios posteriores en el tratamiento de niños víctimas de maltrato



CAPITULO VIII CONCLUSIONES

8.1 CONCLUSIONES

En la presente investigación, se mostró la efectividad de un tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo, para aminorar la sintomatología depresiva en niños víctimas de maltrato, llegando a las siguientes conclusiones:

Primero. Es posible modificar la presencia de indicadores emocionales observados a través del DFH mediante la intervención diseñada con dinámicas de grupo, a niños víctimas de maltrato.

Segundo. Existen diferencias estadísticamente significativas, en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo, reportados a través de la valoración psicológica, antes y después de la intervención grupal.

Tercero. La intervención grupal tiene un efecto positivo sobre los síntomas depresivos en niños víctimas de maltrato.

Cuarto. La atención a las necesidades psicoemocionales a través de dinámicas de grupo de intervención breve es un método de tratamiento para síntomas y problemas de depresión que es eficaz en niños víctimas de maltrato (se entiende por eficaz, el alivio de síntomas en un lapso de tiempo corto).

En relación a los procedimientos grupales tenemos que:

1) El terapeuta que trabaja de manera grupal con niños deprimidos, debe disponer de un tiempo extra para trabajar de manera individual, con los menores que así lo requieran.

2) Cuando un niño se deprime y muestra llanto incontenible, no es posible integrarlo a grupo en ese momento.



3) Cuando un niño se deprime demasiado, es necesario trabajar con él de manera individual fuera del grupo, para luego reintegrarlo.

4) Las pérdidas que se viven dentro del grupo tienen que ser trabajadas y elaboradas.

5) La catarsis es un elemento fundamental que se debe favorecer a través del juego, del dibujo y de la representación de roles mediante las actividades planeadas.

6) El terapeuta debe tener una participación activa dentro de las dinámicas grupales.

7) Los temas que se deben incluir en cada una de las sesiones, en el siguiente orden son: a) Presentación e integración grupal, b) Integración Grupal y Expresión de Afectos, c) Expresión de Sentimientos, d) Expresión de Afectos, e) Autoestima, f) Autoestima, g) Enojo y agresión, h) Miedos, i) Relaciones Interpersonales y Aprendiendo a Confiar, j) Anhedonia y j) Cierre.

8) El grupo da contención, apoyo, identificación, confianza y sentido de pertenencia a los menores.

En relación a los menores tenemos que:

1) Los niños se deprimen cuando no están cerca de su familia.

2) Lo que más les preocupa a los niños y lo que más hace que se depriman, no es el maltrato vivido, sino el estar lejos de sus familiares y no saber por cuanto tiempo; por ello es importante que a la brevedad posible se autoricen los permisos para que puedan ser visitados por familiares cercanos a ellos (cuando los haya), permanezcan el menor tiempo posible institucionalizados dentro del Albergue y se agilicen los trámites para los posibles soluciones; de manera que se le pueda brindar en el menor tiempo posible un ambiente estable al niño.



Por todo lo anterior se concluye que:

El tratamiento diseñado a través de dinámicas de grupo, para aminorar la sintomatología depresiva en niños víctimas de maltrato; debe ser implementado como un modelo de intervención dentro del Albergue Temporal, para aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas del motivo de su ingreso, se favorezca el bienestar de los menores y se mejore su salud mental.

8.2 SUGERENCIAS

Dentro de esta investigación aún quedan muchas interrogantes por resolver, como qué otras consecuencias puede traer el hecho de que se queden sin tener a alguien con quien identificarse por falta de relaciones estables, qué pasará con su personalidad y con su sentido de identidad, que tipo de autoestima pueden tener, qué consecuencias tendrá esto en sus relaciones interpersonales y en sus futuras relaciones de pareja. Con lo anterior se muestra la necesidad de hacer un seguimiento de casos, entrevistando a adolescentes, jóvenes y adultos que pasaron por esa circunstancia. Estos casos podrían ser objeto de una línea de investigación en la Facultad que integrará una serie de tesis sobre el tema.

De acuerdo a las necesidades observadas dentro del Albergue Temporal y de acuerdo a los registros de población, se ha visto, que un gran porcentaje de las menores que ingresan han sido violadas y abusadas sexualmente; por lo que se sugiere diseñar un modelo de intervención, enfocado a tratar esta problemática. Dentro del grupo de trabajo, cuatro de las menores refirieron agresión sexual y mostraron mejoría en muchas de las áreas a evaluar; sin embargo, no era el objetivo de la presente investigación, el trabajar con una población de éstas características en particular, por ello se sugiere lo antes mencionado. Además de que los resultados de ésta investigación sirven de base para el estudio que se propone.

Es importante que la atención que se brinde a los menores sea una atención profesional, por lo que se aconseja hacer una rigurosa selección y capacitación del personal que labora con los niños, realizándoles un estudio psicológico completo.

Se sugiere impartir cursos para conscientizar y sensibilizar al personal que labora con los menores dentro del Albergue Temporal, para que el trato que reciban de éstos; sea un trato digno, humano, cálido y de confianza, que los provea de esas necesidades afectivas que tanto requieren. Además, es importante que el niño se sienta tranquilo y



seguro dentro de éste ambiente y no sea tratado como un “número más o un ser despersonalizado, como desgraciadamente suele ocurrir”.

También se sugiere al Albergue permitir a los niños que se despidan de sus compañeros de los que ellos ya tienen conocimiento de que se van a retirar, no importando que muestren llanto incontenible, pues esto será momentáneamente, pero les permitirá ir cerrando ciclos.

Conscientizar y sensibilizar a los profesionales para que y estén dispuestos a trabajar y cooperar de manera interdisciplinaria e interinstitucional (PGJ, PSDF, DIF, Sector Salud, etc.) en programas comunes de prevención, diagnóstico y tratamiento; hay que buscar la forma en que se pueda tener acceso a los menores alojados en las casa hogar, residencias o albergues; a fin de poder realizar estudios de casos y seguimientos que sean apoyados por las propias instituciones; ya que de acuerdo a mi experiencia y a la necesidad a la que me enfrente de visitar algunas casas hogar, me percate de que muchas de éstas no cuentan con las condiciones favorables para un adecuado desarrollo.

Se considera de fundamental importancia, crear cursos para el personal que trabaja en el Ministerio Público tales como abogados, médicos psicólogos y trabajadores sociales a fin de brindarles información calificada y procurar sensibilizarlos acerca de cómo son los problemas generales de éstos niños y de que manera se les puede ayudar, modificando así, su severidad al decidir acerca del destino de éstas criaturas y propiciar juicios certeros al integrar una averiguación previa.

Por último, es importante que se implemente un conjunto de políticas que orienten todos los programas de atención y las acciones a favor de los niños en los albergues.

REFERENCIAS

- Azaola Elena. (2003). Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. México: Ediciones Corunda.
- Bellak M. D. y Small S. D. (1990). Psicoterapia Breve y de Emergencia. México: Pax.
- Bleichmar Hugo B. (1988). La Depresión: Un Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Bowlby John. (1993). El Vínculo Afectivo. México: Paidós.
- Bowlby John. (1993). La Pérdida Afectiva: Tristeza y Depresión. España: Paidós.
- Bowlby John. (1998). El Apego. España: Paidós.
- Bradford L. P. et al. (1948). Dinámica del Grupo de Discusión. Buenos Aires: Colección Hombre y Sociedad.
- Buchelli Sierra G. (1999). Un Acercamiento al Abuso Sexual Infantil. Psicología Iberoamericana, (Vol. 7 No. 1), pp. 49-55.
- Calderón G. (1999). Depresión: Un Libro para Enfermos Deprimidos y Médicos en General. México: Trillas.
- Cirillo Stefano. (1991). Niños Maltratados: Diagnóstico y Terapia Familiar. México: Paidós.
- Clark Robin y Clark Freeman. (2001). The Encyclopedia of Child Abuse. Nueva York: Facts On File, Inc.
- Diario Oficial de la Federación. (1989, abril).
- Díaz Calvo A. (1995). Depresión Infantil: Infinito de tristeza. En periódico Reforma, México, lunes 9 de octubre, 1995.
- DSM-IV (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson.
- Feldman Jean R. (2002). Autoestima Para Niños: Juegos, Actividades, Recursos, Experiencias Creativas. México: Alfaomega.

- GACETA de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (1983, noviembre).
- González N. J. J. (1969). Un Grupo Dinámico de Adiestramiento (Educación de Adultos). México: UNAM. Tesis de Maestría.
- González Núñez J. J. et al. (2002). Dinámica de Grupos: Técnicas y Tácticas. Colombia: Pax.
- Guarner E. (1978). Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. México: Porrúa.
- Heredia Ancona C. et al. (1999). Psicodiagnóstico Clínico del Niño. México: Manual Moderno.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (1986/2002). Investigación del Comportamiento. México: McGraw-Hill.
- Koppitz Elizabeth. (1984). El Dibujo de la Figura Humana en los Niños: Evaluación Psicológica. Buenos Aires: Guadalupe.
- Krueger A. Richard. (1991). El grupo de discusión: Guía Práctica para la Investigación Aplicada. Madrid: Pirámide.
- León Vásquez R. (2003). Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz en Niños Maltratados y no Maltratados. Psicocentro.com 2003.
- Lever M. Elsa. (2004). Maltrato Infantil: La invisibilidad de lo común. Revistafem.com 2004.
- Manual de Organización: Específico del Albergue Temporal del Distrito Federal. Agosto de 1997.
- Mata Villalba F. (2002). Depresión y Nivel de Maduración en Niños Víctimas de Maltrato Físico. México: UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Monroy M. y Moreno C. (1994). Influencia de la Carencia Afectiva en el Desarrollo de la Personalidad de los Menores Institucionalizados (Investigación Documental). México: UNAM. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología.
- Polaino Lorente A y cols. (1988). Las Depresiones Infantiles. España: Morata.

Rangel Saucedo M. (2001). Investigación Sobre Depresión en Niños Institucionalizados a Través del Cuestionario Infantil (C. D. I.). México: UNAM. Tesis de Maestría.

Rodríguez L. B., Ruíz P. y Ortega A. (2002). Factores de Personalidad en Menores Institucionalizados y No Institucionalizados. México: UNAM. Tesis de Licenciatura.

Ruiz P. y López. (2002). Los rasgos de Personalidad de niños que residen en el Albergue Temporal, Casas de Protección Social y con sus Familias. México: UNAM. Tesis de Licenciatura.

Sardinero G. y Pedreira M. (1994). Características del Maltrato en la Edad Escolar. Psiquis. (Vol. 15 No. 10), pp. 41-50.

Shaefer y O'Connor. (2001). Manual de Terapia de Juego. Vol. 1. México: Manual Moderno.

Shaffer D. y Waslick B. (2003). Las Múltiples Caras de la Depresión en Niños y Adolescentes. Barcelona: Ars. Medica.

Sher B. (1999/2001). Juegos Para Mejorar la Autoestima en los Niños. México: Selector.

Solloa García Luz M. (2001). Los Trastornos Psicológico en el Niño. México: Trillas.

Páginas de Internet

<http://www.psicocentro.com>

<http://www.revistafem.com>

ANEXO 1

ANEXO 1

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN GENERAL DEL ALBERGUE TEMPORAL
SUBDIRECCIÓN DE PSICOLOGÍA



VALORACION PSICOLÓGICA

Fecha de ingreso _____ Egreso _____
Caso No. _____ Av. P. _____
Delito _____
Fecha evaluación: _____
Psicólogo/a: _____
Grupo etéreo _____

I. IDENTIFICACIÓN V.D () V.I ()

NOMBRE _____ EDAD: _____ SEXO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCOLARIDAD: _____ RELIGIÓN _____
LUGAR DE ORIGEN: _____
MOTIVO DE INGRESO: _____

II. EXPLORACIÓN

1. VERSIÓN DEL NIÑO DEL MOTIVO DE SU INGRESO _____

2. AREA COGNOSCITIVA:

Presenta desarrollo psicomotor esperado si () no () Edad a la que corresponde _____

Ubicación en esferas vitales: Tiempo () Espacio () Persona () _____

Memoria inmediata: Conservada () Disminuida () **Memoria mediata:** conservada () disminuida ()

Curso de Pensamiento: Coherente () Congruente () Bloqueado () Disgregado () Retardado ()

Fuga de Ideas () _____

Forma del pensamiento: Rígido () Tangencial () Obsesivo () Recurrente ()

Contenido del Pensamiento: Ideas de abandono () Preocupación por lo sucedido () Culpabilidad ()

Preocupación por lo que pasará con su familia () Recuerdos desagradables () Recurrentes e invasores ()

Recuerdos agradables () Ideas suicidas () Ideas delirantes () Revivenciación de experiencia traumática ()

Ideas obsesivas () Sensación de acortamiento del futuro ()

otro _____

Atención y concentración: dispersa () fija () adecuada () _____

Lenguaje verborreico () mutismo () tartamudeo () normal () **Tono** bajo () alto () adecuado ()

Ritmo lento () rápido () adecuado ()

Actitud en la primera entrevista y respuesta inmediata al internamiento _____

3. AREA SOMÁTICA

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| () hipersomnia | () aumento del apetito | () desmayos |
| () insomnio | () disminución del apetito | () tensión muscular |
| () sonambulismo | () anorexia | () febril |
| () noctilalia | () bulimia | () taquicardia |
| () bruxismo | () úlceras | () sensación de opresión en el pecho |
| () pesadillas | () diarrea | () sudoración excesiva |
| () terror nocturno | () dermatitis | () gastritis |
| () estreñimiento | () cefalea | () colitis |
| () encopresis | () enuresis | () vómito |
| | () otro | |

4. AREA DE LA CONDUCTA

- () Hiperactividad () Hipoactividad () Apatía () Hipervigilia () Sumisión () ebeldía () Aislamiento
() Deficiente control de impulsos () conductas regresivas () onicofagia
() Comportamientos autoagresivos o riesgosos () Agresión al exterior () Intento suicida
() Establece apego ansioso o inseguro () Bajo rendimiento en actividades académicas
() Dificultad para relacionarse con sus compañeros () Ausencia de límites o dificultad para seguir normas

- Respuesta de alarma ante _____
- Desinterés en actividades significativas, cuales _____
- Dificultades o incapacidad para vincularse con figuras de autoridad _____

Herramientas adaptativas para salir de la crisis o enfrentar la situación: _____

5. AREA AFECTIVA:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> irritabilidad | <input type="checkbox"/> angustia | <input type="checkbox"/> deseo de venganza |
| <input type="checkbox"/> frustración | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> disminución de asertividad |
| <input type="checkbox"/> impotencia | <input type="checkbox"/> soledad | <input type="checkbox"/> desesperanza |
| <input type="checkbox"/> aislamiento | <input type="checkbox"/> humillación | <input type="checkbox"/> explosiones de ira |
| <input type="checkbox"/> desamparo | <input type="checkbox"/> autodevaluación | <input type="checkbox"/> retraimiento |
| <input type="checkbox"/> inseguridad | <input type="checkbox"/> culpa | <input type="checkbox"/> limitación de afecto |
| <input type="checkbox"/> miedo | <input type="checkbox"/> negación | <input type="checkbox"/> desapego |
| <input type="checkbox"/> labilidad | <input type="checkbox"/> resentimiento | <input type="checkbox"/> desgano |
| <input type="checkbox"/> enojo | <input type="checkbox"/> tristeza | <input type="checkbox"/> vergüenza |
| <input type="checkbox"/> desconfianza | <input type="checkbox"/> aplanamiento | <input type="checkbox"/> conflicto de lealtades |
- ambivalencia afectiva, hacia quien _____
- desplazamiento de sentimientos _____
- sentimiento de perdida cuáles _____
- OBSERVACIONES _____

6. AREA DE LA SEXUALIDAD

- Hipersexualidad _____
- Conductas autoestimulantes _____
- Rechazo o temor a la figura masculina _____
- Rechazo o temor a la figura femenina _____
- Rechazo o temor al contacto físico _____
- Conocimientos sexuales no propios de su edad _____
- Juegos sexuales no acordes a su edad _____
- Masturbación compulsiva _____
- e.t.s. ¿cuál? _____
- Roles de género estereotipados _____
- Refiere agresión sexual _____

OBSERVACIONES _____

7. ÀREA FAMILIAR

Para el/a niño/a quienes constituyen su familia _____

Quienes le tratan bien _____ edad _____
 Por que _____
 Quienes le tratan mal _____ edad _____
 Por que _____
 Familiares alternos que el niño señala _____

Percepción del ambiente familiar.

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Restrictivo | <input type="checkbox"/> Con normas |
| <input type="checkbox"/> Inestable | <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Competitivo | <input type="checkbox"/> Cooperativo |
| <input type="checkbox"/> Tenso | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Amenazante | <input type="checkbox"/> Cálido |
- Por que _____

Insatisfacción de necesidades.

- Afecto _____ Vivienda _____
- Vestido _____ Alimentación _____
- Recreación _____ Educación _____
- Salud _____

Refiere dinámica familiar violenta Si No

Receptores _____ parentesco _____
 Generadores _____ parentesco _____
 Comportamiento del niño/a ante la situación _____
 Sentimientos frente a la situación _____

Tipo de violencia

física _____ psicológica _____ sexual _____ negligencia _____
Describe situación _____

Frecuencia

reiteradas ocasionales un solo evento Desde cuando sucede _____

Adicciones

fármacos, quien _____ alcoholismo, quien _____ tabaquismo, quien _____

8. PERCEPCIÓN DE SU ENTORNO SOCIAL

III. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

IV. OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS:

V. PLAN TERAPÉUTICO

NÚMERO DE SESIONES DE PSICOTERAPIA PROGRAMADAS _____

MODALIDAD PSICOTERAPÉUTICA _____

NOMBRE Y FIRMA DE PSICÓLOGA/O _____

VoBo.
SUBDIRECCIÓN PSICOLOGÍA

FECHA: _____

ANEXO 2

DFH

Antes y Después de la Intervención

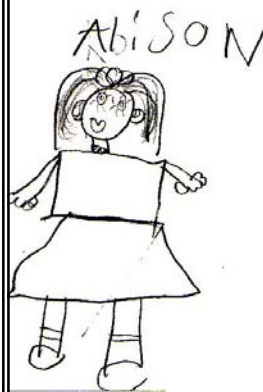
1



**FIGURA 1
ANTES**

La menor utilizó la hoja en forma horizontal.

2



**FIGURA 2
DESPUÉS**

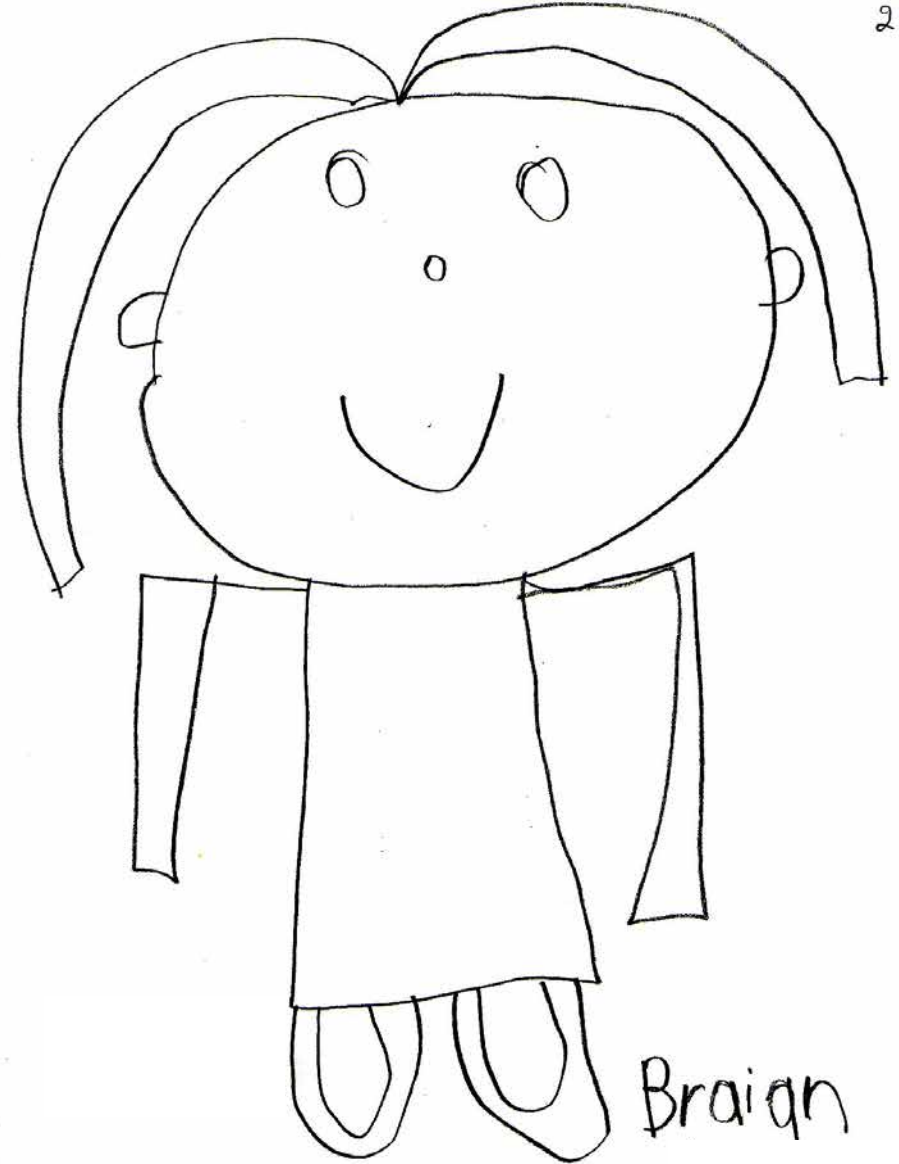
Braion

1



**FIGURA 1
ANTES**

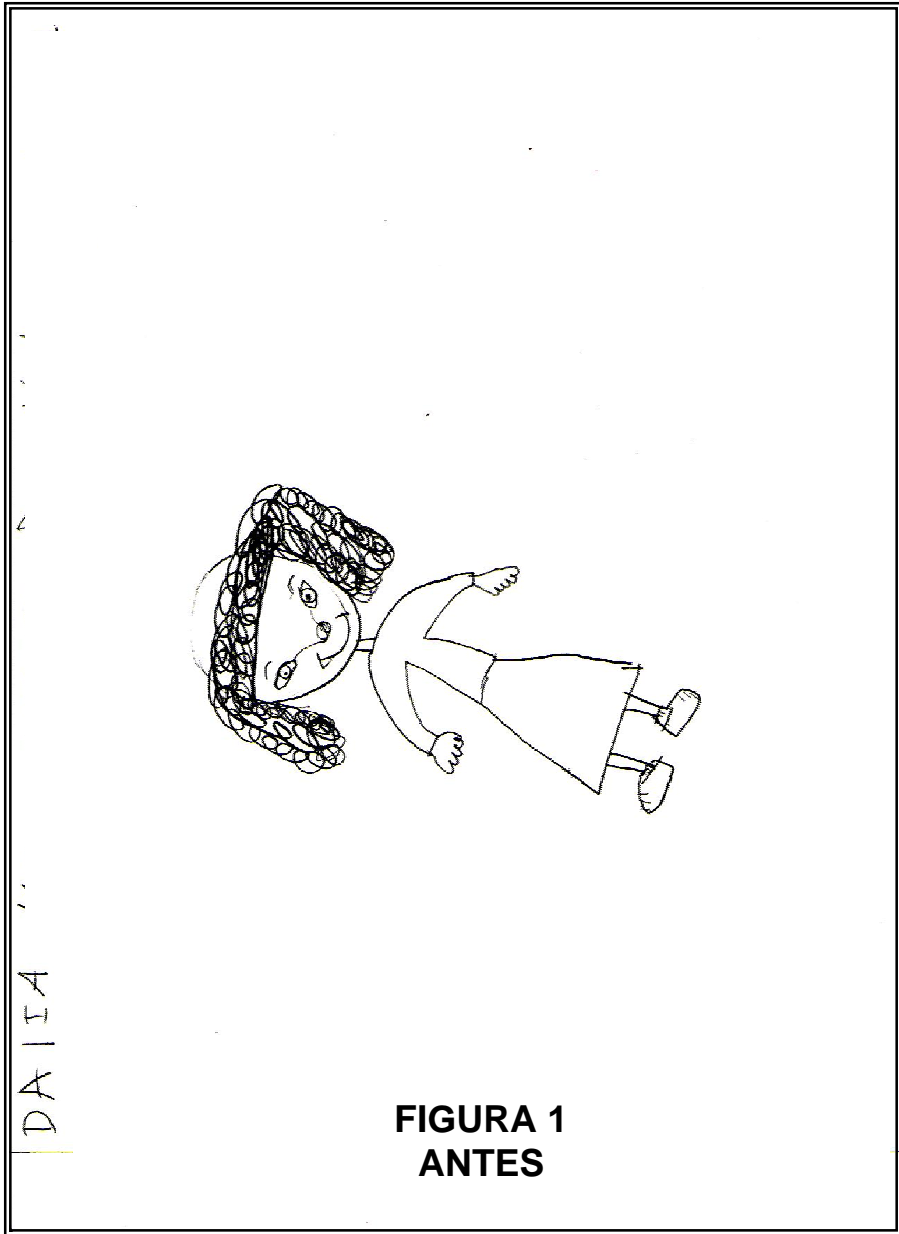
2



Braion

**FIGURA 2
DESPUÉS**



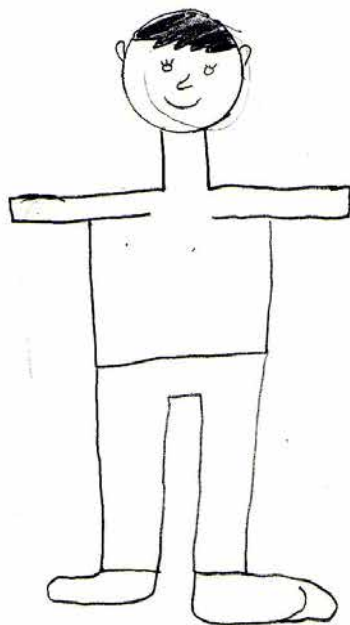


La menor utilizó la hoja en forma horizontal.



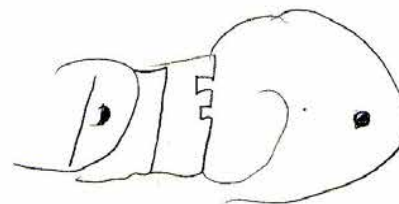
DIEGO

1



**FIGURA 1
ANTES**

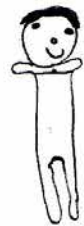
2



**FIGURA 2
DESPUÉS**

Elizabeth

1



**FIGURA 1
ANTES**

Elizabeth

2



**FIGURA 2
DESPUÉS**

Ezequiel C.

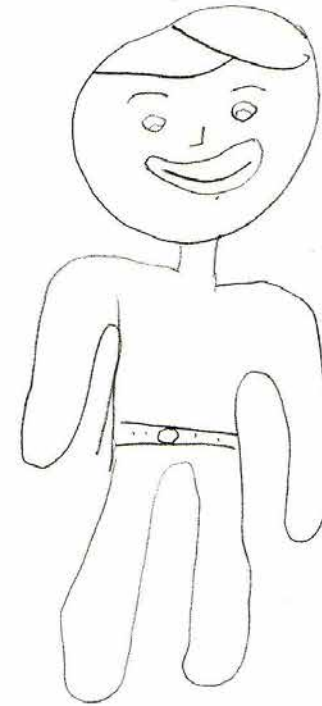
1



**FIGURA 1
ANTES**

Ezequiel C.

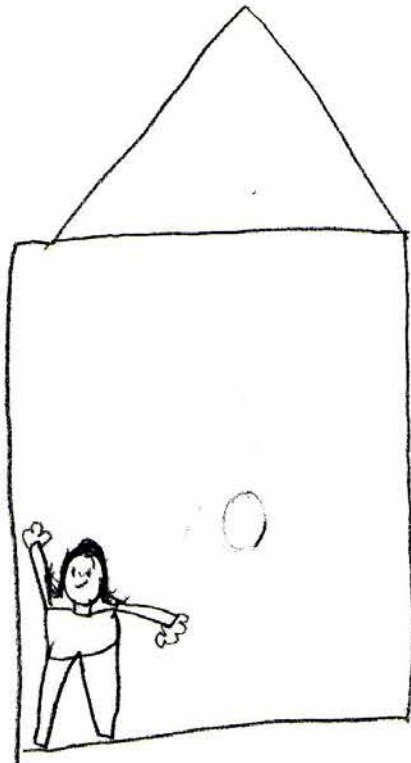
2



**FIGURA 2
DESPUÉS**

Martin

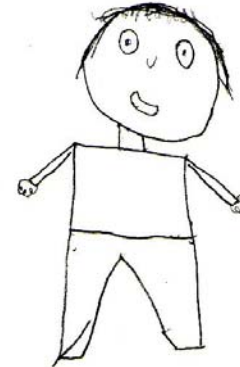
1



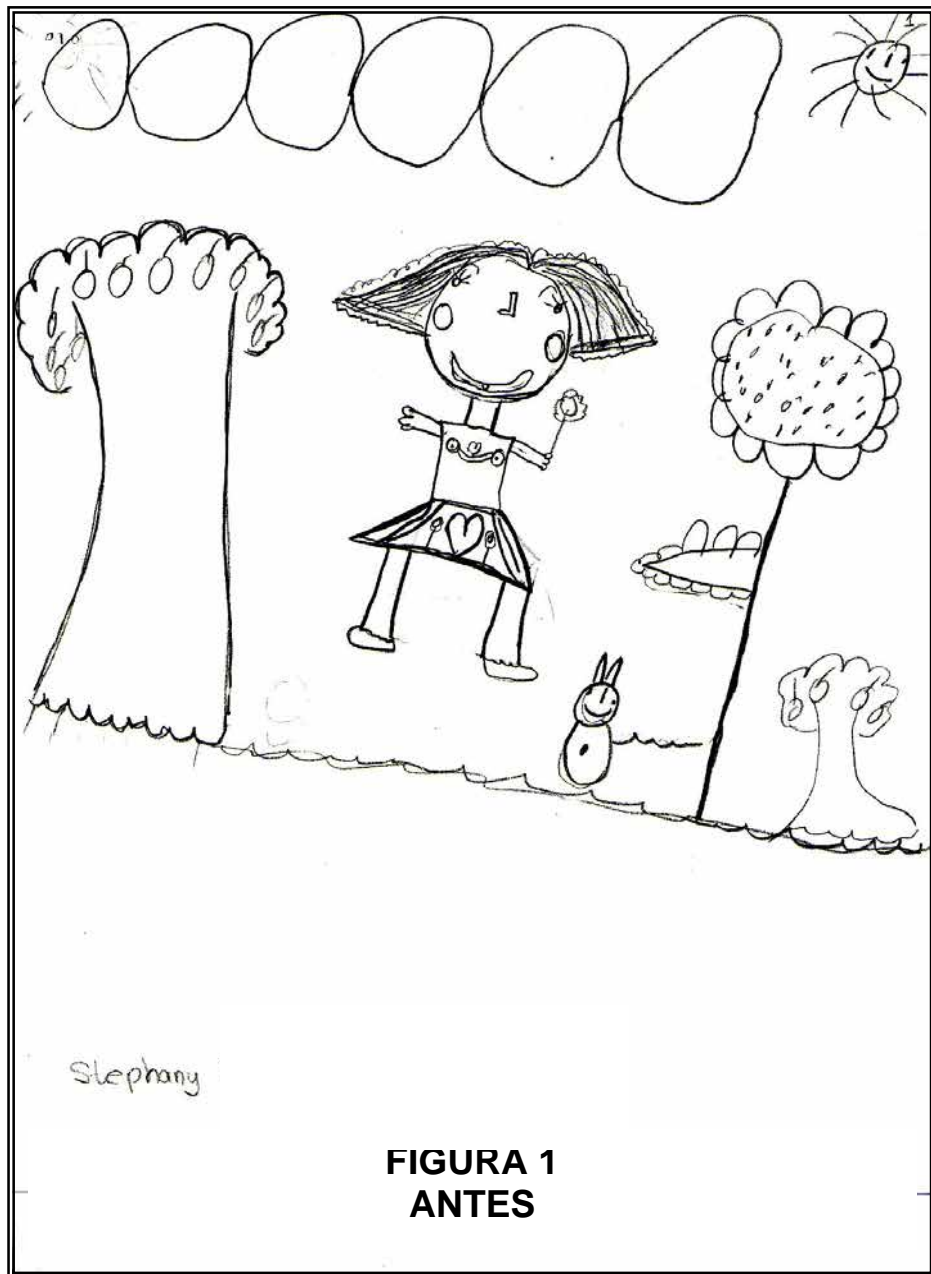
**FIGURA 1
ANTES**

2

Martin



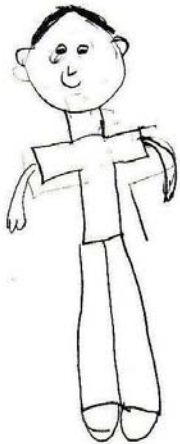
**FIGURA 2
DESPUÉS**



La menor utilizó la hoja en forma horizontal.

yessica

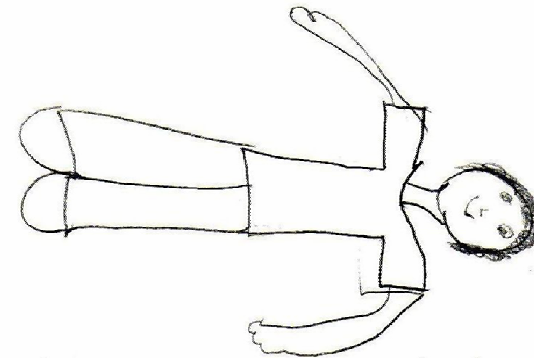
1



**FIGURA 1
ANTES**

yessica

2



**FIGURA 2
DESPUÉS**

La menor utilizó la hoja en forma horizontal.

ANEXO 3

**Entrevistas con los Niños
y
Breve Historia Clínica**

Este anexo contiene los 10 casos de los menores maltratados que participaron en la investigación, particularmente en la intervención grupal diseñada expresamente para ellos. En primer lugar se presentan las características de cada uno de los menores, derivadas de la lectura del expediente que se maneja dentro del Albergue Temporal, tomando en cuenta: datos periciales, la demanda legal, los reportes de trabajo social, el informe psicológico, las entrevistas clínicas realizadas antes y después de la intervención grupal y las observaciones realizadas durante el tratamiento; derivando así, una breve historia clínica. Los comentarios de los menores durante las entrevistas, fueron transcritos con sus propias palabras y los nombres de los niños, así como de sus familiares fueron cambiados para cubrir su identidad.

CASO NÚMERO 1: DALIA

I. DATOS PERSONALES:

Dalia es una niña de 10 años de edad, que ingresó al Albergue Temporal en abril del 2004, debido a que fue víctima de violencia familiar. En ella se había cometido el delito de lesiones y ya en el Albergue se detectó que también había sido víctima de abuso sexual.

II. ANTECEDENTES:

La menor ingresó al Albergue después de que la Directora de la escuela para Educación Especial iniciara la denuncia, en la que refirió que una mujer llegó con Dalia a su oficina solicitando apoyo y aseguró que la niña había sido lesionada por "María", la mujer con la que vivía la menor, ya que su madre se fue a Estados Unidos, dejándola a cargo de dicha señora.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso Dalia se mostró triste, tímida, callada y con dificultades en la relación con sus compañeros del sexo opuesto.

Al momento de la evaluación, la menor presentó una actitud cooperadora, con disponibilidad a contestar lo que se le pedía y a realizar lo indicado. En las observaciones hechas en el Albergue, se ha visto que es una niña que tiende a retraerse y aislarse parcialmente de los niños, continua siendo tímida, callada y le es difícil establecer relaciones con los iguales y los adultos.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES:

De acuerdo al expediente que se maneja dentro del Albergue, la menor proviene de un núcleo familiar desintegrado, disfuncional y desorganizado, donde la madre abandonó a sus hijos reintegrándolos a otro contexto familiar ajeno a ellos. Desempeñando el rol de figuras paternas el señor Pedro y la señora María a los que percibe abastecedores, pero poco protectores y agresivos. La menor refiere desconocer al padre biológico y menciona que su madre ha tenido varias parejas con las que ha procreado dos hijos.

Acerca de su dinámica familiar con la madre biológica, la menor refiere: “Mi mamá trabajaba de sirvienta en dos casas, pero también metía hombres a la casa, los señores le tocaban el cuerpo, se emborrachaba, tomaba con mi tía Enriqueta, me pegaba con la mano”. Este entorno no le brindó los cuidados, atención, protección, guía y afecto que necesita la menor, ya que al parecer la madre le daba mayor importancia a sus propias necesidades, ignorando las de Dalia y sus hermanos a quienes abandonó. “Mi mamá regaló a mi hermano Iván con la señora María, primero lo metió a un orfanato pero lo sacaron porque se orinaba y se lo regaló a la señora Mary, ella es amiga de mi mamá. Mi mamá se fue a Estados Unidos el 4 de mayo y me dejó con la señora María y a mis hermanos, con los hijos de la señora María”.

A pesar de la cercanía con su hermano Iván, el cambio de entorno familiar y de figuras de autoridad le han generado enojo, angustia, tensión emocional y sentimientos de inseguridad, sobre todo, al estar junto al señor Pedro, que ha abusado sexualmente de ella: “El señor Pedro toma, se emborracha, me dormía con la señora May porque decía que el señor Pedro me podía hacer algo, como agarrarme. Si me agarró; le decía a mi hermano Iván que fuera a regar las plantas, “déjame a Dalia”, me abrazaba como si fuera bebé, me tocaba las pompas, me bajó los calzones como cinco veces, otras por arriba de la ropa, se movía adelante y atrás, la señora no sabía que el me abrazaba y me decía “cuidadito si le dices a la señora te voy a pegar”. Mi hermano si veía y le decía que me quitara las manos de ahí y él le decía ¡a ti que te importa!”.

Respecto al maltrato refiere: “Me pegaban los dos, más la señora, casi todos los días, me estaba ahorcando; con el palo me estaba picando, yo agarré el palo, me dijo que me iba a matar porque ya le caía mal, agarró mis trenzas y me pegó contra la pared. . . . sí me daba de comer bien, me compraba cosas, la señora me cuidó cuando me operaron en Noviembre”. En resumen, durante casi un año de convivencia y de estar inmersa en otro sistema familiar ajeno al suyo, encontró alimentación, vivienda y apoyo para la escuela, pero ninguna respuesta a sus necesidades afectivas, ni protección a su integridad física y sí amenazas y maltrato.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La menor presenta una marcada necesidad afectiva, sentimientos de inseguridad e inferioridad, ansiedad, rasgos depresivos, temor a sufrir algún ataque sexual, es cautelosa en cuanto al contacto, percibe en peligro su integridad física, generándole tensión emocional y ansiedad. La conducta de su madre le produjo inestabilidad e insatisfacción familiar, sus sentimientos hacia ella son ambivalentes, siente rabia, enojo, coraje y dolor por el rechazo y abandono, así como necesidad de su afecto, protección y reconocimiento.

Se advierten alteraciones psicológicas en sus manifestaciones de miedo y coraje hacia la señora María y al hombre que abusó sexualmente de ella, también presenta ansiedad, depresión, retraimiento, aislamiento, demandas de afecto y protección; sintomatología que de acuerdo a especialistas, se asocia con menores que han sido víctimas de abuso sexual, de maltrato físico y maltrato por omisión (de su madre), que ponen en riesgo su integridad (Azaola, 2003).

Ante la invitación de participar en el grupo, se mostró muy dispuesta y animada. Al inicio su atención y concentración era dispersa, pero fueron mejorando paulatinamente, su nivel de participación fue incrementando, logró expresar sus emociones, se amplió su autoestima, disminuyó su enojo y agresividad, adquirió una mayor estabilidad emocional y logró establecer mejores relaciones interpersonales con sus pares. Dalia participó dentro del grupo hasta la sesión nueve, pues fue trasladada a una casa hogar, pero antes se le evaluó al tener conocimiento de su egreso.

CASO NÚMERO 2: JESSICA

I. DATOS PERSONALES:

Jessica, niña de 9 años de edad, víctima de violencia familiar, cometida por la madre de la menor. La niña ingresó al Albergue en abril del 2004, debido al maltrato vivido. En las valoraciones realizadas dentro del Albergue y de acuerdo a sus relatos se detectó el abuso sexual cometido en su contra.

II. ANTECEDENTES:

La menor fue presentada al Ministerio Público de la 59ª Agencia, adscrita a la Fiscalía para menores, por unos policías preventivos que se encontraban laborando en la estación del metro Pantitlán. Informaron que la niña se les acercó para preguntarles cómo podía llegar al domicilio de su abuela materna, ya que se salió de su casa porque su madre la maltrataba física y verbalmente; externó el deseo de vivir con su abuela.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso se le percibió triste, pero con capacidad para adaptarse e integrarse a situaciones nuevas, ya que deseaba ir a vivir con su abuela materna. Durante la evaluación, la menor se encontraba en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, integrada y conformada físicamente. La actitud mostrada fue de cooperación y disponibilidad.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

Jessica proviene de un núcleo familiar desintegrado, desorganizado y disfuncional, cuyos miembros han tenido que abandonar, debido a la violencia que ahí prevalece. Sus dos hermanos mayores prefirieron reintegrarse con la figura paterna, debido al maltrato que recibían de su madre.

La niña refiere que ha tenido que escaparse de su casa varias veces, por la agresividad de su madre hacia ella, comentando: "Me he salido en varias ocasiones, me he ido a vivir con vecinos, señoras o con mi abuelita, pero regreso a mi casa. Actualmente mi mamá tiene varias parejas, antes vivía con el señor Ramón, peleaban, se pegaban, ella le pegaba con la pala, entonces el señor la descalabró dos veces, le salió sangre... . . . Mi mamá esta enferma de los ataques, se pone mal, la metieron en un lugar donde están los locos, me quedé con mi abuelita, mi mamá se escapó del Hospital y se fue a la casa de mi tía Lupe, fueron por ella y se la llevaron; dos veces estuvo internada, mi abuelita pagaba las consultas pero luego ya no pudo".

"Mi mamá no trabaja, le gusta andar con los señores, los engaña, a todas horas entran hombres y se deja agarrar por ellos. En la casa de Ramón fui al baño, me asomé y estaban haciendo cosas malas, dos veces los vi; otra vez los vi en el colchón. Un día un señor trató de golpear a mi mamá, su cierre del pantalón estaba abajo, tenía como cinco o seis años, mi mamá me tenía abrazada y el señor estaba enseñando su pene, estaba sentado frente a nosotras yo lo veía y me volteaba y mi mamá me decía ¿qué te pasa?, como no le tengo confianza no le decía nada, ahora entran los hombres y le tocan a mi mamá su cuerpo y ella a ellos".

La menor proviene de un núcleo familiar donde la madre presenta conductas antisociales de exhibicionismo sexual ante la niña, además de ponerla en un alto riesgo con su promiscuidad; que además, con gran indiferencia, deja que Jessica se maneje como pueda. Es evidente que la niña no logra cubrir sus necesidades básicas de protección, guía y afecto.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La menor presenta una marcada necesidad afectiva, sentimientos de inseguridad e inadecuación, ya que la conducta de su madre le produce inestabilidad e insatisfacción afectiva, percibe en peligro su integridad física, lo que le genera una gran tensión emocional. Presenta rasgos de personalidad caracterizados por inseguridad, ansiedad, su egocentrismo se ha exacerbado y también su necesidad de reconocimiento externo, lo cual es sano, pues tiene la alternativa de una vida mejor con la abuela (esta posibilidad la colocaría en una posición favorable para el cambio de vida que se le avecina), muestra muy poca tolerancia a la frustración, hay gran resentimiento y hostilidad, con dificultad para el control de impulsos, se maneja a su libre decisión, se siente inadecuada ante su entorno, con temor a sufrir abuso sexual.

Dada su historia personal, la menor ha aprendido a comportarse de manera firme, ocultando la inseguridad y frustración que le produce su inestabilidad familiar, se ha vuelto observadora y está atenta a lo que ocurre a su alrededor, ya que percibe en peligro su integridad física, compensa el miedo que le produce su medio ambiente, adoptando una actitud desafiante. Dada su necesidad de aceptación y reconocimiento trata de dar una buena imagen de sí, comportándose ante terceras personas de manera atenta y seductora, pero a la vez, demandante y manipuladora. Con esto se corrobora que la niña tiene recursos y fortaleza para defenderse y huir del maltrato, así como para socializar, y la manipulación es una estrategia que ella ha utilizado para salir adelante; por lo tanto su pronóstico sería favorable siempre y cuando se le coloque en un medio óptimo que le brinde los cuidados y las atenciones que ella requiere, como podría ser la abuela.

Presenta grandes conflictos con la figura materna a la cual devalúa y desvaloriza, por no satisfacer sus necesidades de protección y afecto. No hay apego a esta figura y muestra enojo y coraje en contra de ella.

Los indicadores emocionales que presenta Jessica Jazmín son alteraciones que se asocian a omisión en sus cuidados y a maltrato, de acuerdo a especialistas en la materia (Azaola, 2003).

Ante la invitación de participar en el grupo, se mostró muy dispuesta y animada. Al inicio su atención y concentración era dispersa, pero fue mejorando paulatinamente, su nivel de participación se elevó, logró expresar sus emociones, incrementó su autoestima, disminuyó su enojo y agresividad, adquirió una mayor estabilidad emocional, logró establecer mejores relaciones interpersonales con sus pares y mostró iniciativa al juego e incremento su creatividad. Jessica fue una de las menores que logró concluir la intervención grupal. Durante las primeras sesiones se mostraba apática, sin embargo, esto fue disminuyendo hasta mostrar interés por las actividades.

CASO NÚMERO 3: ELIZABETH

I. DATOS PERSONALES:

Elizabeth es una niña de 9 años de edad, que ingresó al Albergue Temporal en abril del 2004, debido a que fue víctima de abuso sexual. El delito fue cometido por su padrastro, quien vive con ella y su madre. Hace aproximadamente un año que empezó abusar sexualmente de ella.

II. ANTECEDENTES:

La menor fue presentada en el Albergue Temporal por personal de la 59 Agencia del Ministerio Público; después de iniciar una indagatoria por Abuso Sexual en contra del señor Fernando padrastro de la menor.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso manifestó sentimientos de desamparo, soledad, tristeza, aplanamiento afectivo y tendencias depresivas. Conductualmente se le observó sumisa, con tendencias al aislamiento y presentó dificultades para integrarse a su grupo. Durante la valoración mostró una actitud de cooperación y disponibilidad a lo que se le pedía. De acuerdo a lo que relata, percibe un medio familiar agresivo y tenso, que no le proporciona sentimientos de seguridad y confianza.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

Proviene de una familia reconstituida y disfuncional. Su padre murió hace unos años a causa de diabetes, por lo que su madre inició una nueva relación con el señor Fernando, de quien la menor dice saber, se encuentra separado de su anterior esposa ya que actualmente vive con ella y con su madre. La niña también manifestó recibir malos tratos por parte de su padrastro como son golpes.

En cuanto al abuso sexual del que refiere haber sido víctima señala: “Desde que tenía ocho años Fernando me tocaba mis bubis y mi colita (señalando pecho y vulva), y mis pompitas, y mi mamá primero no sabía, pero yo le dije un día y ella me dijo que lo iba a dejar, pero no lo dejó. Me llevaba a la cocina y me sentaba en una silla y se bajaba el cierre del pantalón y yo le decía que no quería y el me obligaba a que yo le chupara su pene, le salía algo así como blanco y sabía feo, decía que era un secreto, su pene era grande. El me decía que nos íbamos a llevar muy bien, a veces me lo hacía en la cocina cuando mi mamá salía al mercado, me agarraba en la cocina o en la sala, a veces me quitaba el pantalón o mi ropita y me tocaba por donde hago pipi con su pene, se movía adelante y atrás, luego a meterme su pene y en una ocasión me salió sangre.

En una ocasión mi mamá se dio cuenta y pregunto ¿qué pasa?, y luego le dejo de hablar, pero luego ya no, le siguió hablando. También le preguntó por qué hacía eso, él le dijo que ya no lo haría, pero siguió haciéndolo". La menor refiere que ella nunca decía nada ni gritaba ya que su padrastro siempre la amenazaba con golpear o matar a su mamá si decía algo.

Ante esta situación y al ver que su mamá no hacía nada a pesar de saber lo que sucedía, decidió platicarles a sus maestras lo que le sucedía y estas le dicen que la van ayudar, por lo que le piden que realice dibujos de lo que su padrastro le hace y también que lo escriba. Posteriormente al encontrarse en su casa, llegaron unos policías judiciales, entregándole un citatorio a su mamá para presentarse a la Delegación en compañía de la menor. Al acudir a la cita, le enseñaron sus dibujos y le preguntaron si ella los había hecho y si escribió lo que ahí decía, respondió afirmativamente, por lo que le indicaron que la enviarían a un Albergue en tanto, detuvieran a su padrastro.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

De acuerdo a la entrevista, a la valoración psicológica aplicada, y las observaciones directas hechas dentro del Albergue, la niña presentó los siguientes indicadores emocionales: ansiedad, timidez, inseguridad, dificultad para conectarse con el medio, baja autoestima, sentimientos de culpa, aislamiento y depresión. Percibe el núcleo familiar amenazante, sin contacto entre sus miembros, a su madre indiferente, lejana e incapaz de protegerla. Además de los indicadores emocionales ya mencionados, también se encontraron manifestaciones psicósomáticas tales como disminución del apetito, pesadillas e insomnio, asociadas a menores que han sido objeto de abuso sexual, así como el relato de experiencias donde refiere haber sido agredida por su padrastro el señor Fernando.

Ante la invitación de participar dentro del grupo se mostró entusiasta y con gran disponibilidad. Elizabeth fue de las menores que mostró grandes avances progresivos a lo largo del tratamiento. Pues no sólo aumentó su autoestima y mejoró su integración corporal, sino que además la intervención le permitió trabajar su abuso sexual y expresar su enojo, coraje y frustración relacionados a éste. Entre otras mejorías, tenemos que se mostró con mayor seguridad, confianza en sí misma, estableció mejores relaciones interpersonales con sus pares, trabajó algunos de sus miedos y logró superar varios de ellos. La menor permaneció hasta la sesión 10, pues fue trasladada a una casa hogar de manera repentina, motivo por el cual se le tuvo que visitar en esa institución dentro de las tres primeras semanas posteriores a su egreso, para la evaluación final del tratamiento con el DFH y la entrevista.

CASO NÚMERO 4: ALISON

I. DATOS PERSONALES:

Alison es una niña de 7 años de edad, quien ingresó al Albergue Temporal en febrero del 2004; debido a que fue víctima de maltrato por parte de su madre y padrastro. En ella se había cometido el delito de lesiones y de acuerdo a las valoraciones realizadas dentro del Albergue y a sus relatos, se detectó el abuso sexual cometido en contra de la menor por parte de su padrastro.

II. ANTECEDENTES:

La señora Maribel, tía materna de la niña, realizó la denuncia en contra del padrastro de la menor y refirió que su sobrina se encontraba llorando, pues aparentemente, Federico (padrastro), le pegó con la mano abierta en el pecho y la amenazaba, por lo que le reclamó al señor y a su hermana (madre de Alicia), originándose una riña, después de la cual la madre de la menor y su pareja abandonaron la casa. La tía se dirigió al Ministerio Público para denunciar los hechos y refirió que anteriormente Federico fue denunciado por la niña, pues le hacía tocamientos en sus partes íntimas, pero como se encontraron contradicciones, la menor fue entregada a la madre.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

Durante la valoración se muestra accesible y cooperadora, pero cuando se toca el tema sobre el abuso sexual su conducta cambia, se vuelve más cautelosa, se angustia, hay llanto, su actitud corporal cambia a una posición defensiva, sus respuestas son breves y pausadas, pero logra contestar.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

Alison proviene de un núcleo familiar reconstituido, desorganizado y disfuncional, donde no han sido cubiertas sus necesidades básicas de protección, guía, afecto y reconocimiento. No hay sentido de pertenencia a su núcleo familiar.

No conoció a su padre biológico, pues éste nunca vivió con su madre, se fue a trabajar a Oaxaca como militar y nunca regresó. Actualmente vive con su madre, su padrastro (Federico) y sus dos hermanos, refiriendo: "Federico no sé en donde trabaja, a veces trabaja y a veces no, se queda en mi casa, se emborracha, me pega con el cinturón, chancla, zapato y con la mano, le pega más a mi hermano Ariel, también a su hijo. Federico y mi mamá discutían, me manoseaba, me mete su pene (señala área genital) lo que tiene aquí, me baja los chones, mi mamá se va a trabajar. Muchas veces

me lo hizo, le dije a mi mamá, me dijo: ¡Ah ahorita lo mandamos a la cárcel!, después se lo dije a mi tía. El me enseña películas en donde están encuerados los hombres y las mujeres para que me haga cosas igual; me enseñó sus revistas como cinco veces. Tengo una hermana que se llama Mayra de 11 años, ella vive con mis tíos, se fue de la casa porque mi padrastro le pegaba. Después de la denuncia sí me ha tocado, por eso me quiero ir con mi tía o con mi mamá, pero que no este con mi padrastro”.

Percibe a su hermana mayor fuerte y autosuficiente, alguien importante para ella, por lo que se puede inferir que su relación afectiva con ella es adecuada, aunque están separadas físicamente. A la madre la descalifica y devalúa, lo que demuestra que su relación con ella no es favorable, hay enojo y coraje hacia ella y a su poca capacidad para dar afecto y protección. Al padrastro lo anula de su entorno familiar (en el dibujo de la familia) como una forma de devaluarlo.

En el certificado médico legal, se informa que la niña presenta lesiones que por su naturaleza no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de 15 días.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

En la evaluación se detectaron indicadores emocionales que se asocian con omisión en su cuidado, maltrato y abuso sexual. Presenta alteraciones psicológicas tales como rabia y temor a su agresor, demandas de afecto y gratificación, ansiedad, experimenta sentimientos de soledad, manifestando una conducta reservada y conocimientos sexuales no propios a su edad, es reiterativa en cuanto al hecho de ser víctima de abuso sexual, presenta sentimientos de inadecuación, inseguridad e inferioridad, tiende al retraimiento y presenta dificultad para relacionarse.

Se siente inadecuada en su entorno, ineficiente y con sentimientos de minusvalía. Hay buen control de impulsos y adecuada tolerancia a la frustración. Su agresión no es manifiesta, porque la maneja de forma intrapunitiva. Tiende a mentir, tal vez como una forma de protegerse y llamar la atención. Es conveniente señalar que la menor tiende a contradecirse en algunos aspectos, pero en cuanto al maltrato y abuso sexual, es constante.

Después del tratamiento, Alison mostró mejoría en todas las áreas a evaluar. En el área somática: mejoró se apetito, disminuyeron sus dolores de cabeza y desaparecieron sus pesadillas; en el área de la conducta: disminuyó su dificultad para relacionarse con sus compañeros y logró establecer mejores relaciones interpersonales con sus pares. En el transcurso de las sesiones fue mostrando menor hiperactividad, era cada vez más participativa, tenía iniciativas en el juego y mayor creatividad.

En el área afectiva disminuyeron sus sentimientos de soledad, desamparo, culpa, enojo y tristeza. La menor no concluyó su tratamiento debido a que fue trasladada a

una casa hogar (sin previo aviso), estuvo presente en el grupo hasta la sesión 9, por lo que hubo necesidad de visitarla dentro de las dos primeras semanas posteriores a su egreso, para realizar la valoración final. En esta visita se detectó que la menor había recaído, pues manifestaba una profunda tristeza debido a que se sentía rechazada dentro de ese nuevo ambiente, extrañaba a sus compañeros del Albergue con los que había logrado establecer vínculos afectivos y tenía la esperanza de que su madre o familiares fueran por ella, ante lo cual adoptaba un comportamiento repetitivo que consistía en pararse frente a la ventana, con una mirada de marinerito, como si esperara a alguien o tuviera la esperanza de ver que se aproximaba algún familiar conocido.

Sin embargo, la valoración con el DFH nos arrojó información que nos dice que la menor, a pesar de su egreso presentaba una mejor autoestima, a un “yo” más integrado y menor ansiedad, lo cual indica que el tratamiento logró que la menor se fuera más fortalecida y la permitiera aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas de motivo de su traslado a otra institución.

CASO NÚMERO 5: STEPHANIE

I. DATOS PERSONALES:

Stephanie es una niña de 8 años de edad, de raza negra, nacionalidad Brasileña y con dominio del idioma inglés; quien ingresó al Albergue Temporal en marzo del 2004; debido a que se inició una denuncia de hechos en la que se manifestó, sus padres se encontraban detenidos por narcotráfico. Por lo que ella quedó a disposición del Ministerio Público en tanto se resolvía la situación jurídica de sus padres o bien se encontraba a algún familiar alterno que pudiera hacerse responsable de ella.

II. ANTECEDENTES:

La menor ingresó al Albergue Temporal por una indagatoria iniciada en el aeropuerto de la Ciudad de México, luego de que cinco adultos de nacionalidad Brasileña fueron interceptados por llevar droga en el interior de su maleta, quedando a disposición de la autoridad. La menor, junto con dos de sus primos, fueron canalizados a esta institución. Posteriormente sus primos fueron entregados a personal de la Agencia 59ª, informando que a su vez, serían entregados al personal del Consulado Británico, para que los reintegraran a su núcleo familiar, Stephanie quedó así en el Albergue, sin conocido alguno.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso se le observó confundida, refiriendo dificultades para adaptarse e integrarse a su grupo. Durante la entrevista se le percibió afectivamente aplanada, ansiosa, triste, hipoactiva, asumiendo una actitud sumisa e indefensa, tratando de reprimir el llanto; mostró desconfianza, que paulatinamente fue desapareciendo, conforme transcurrió la entrevista, manifestó una gran dificultad para adaptarse al medio sociocultural y por lo tanto también a relacionarse con sus compañeros. También refirió algunas alteraciones psicosomáticas tales como taquicardias, tensión muscular y estreñimiento.

Su proceso de adaptación fue lento y complicado, pues el entorno cultural en el que ha crecido es muy diferente, lo que dificultó la aceptación de costumbres, juegos, actividades, comida, compañía, etc.; no obstante, logró un desempeño aceptable en las actividades diarias y estableció relaciones de manera selectiva con algunas de sus compañeras.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

Stephanie es de nacionalidad Brasileña, de raza mestiza, habla y entiende el idioma inglés y poco a poco está aprendiendo el español. Ha crecido en un entorno sociocultural completamente diferente al mexicano, de ahí su mayor dificultad para adaptarse y relacionarse con sus pares y adultos; presentando, abatimiento en su estado de ánimo, aislamiento, indefensión, impotencia, fragilidad y sensibilidad aguda (ella refiere sentimientos de abandono, desamparo, desesperanza, angustia, tristeza continua y desgano).

La menor mencionó vivir en Brasil, con sus padres y cinco hermanas (no proporcionando datos concretos de ellas). En su escuela le daban clases de español, pero no lo logra entender, ni hablarlo. Al preguntarle a qué se dedican sus padres inmediatamente responde inquieta "drogas no". Finalmente insistió en que desea regresar al lado de su madre ó algún familiar.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

De acuerdo a las técnicas empleadas, la menor presenta los siguientes indicadores psicoemocionales: baja autoestima, inseguridad, retraimiento, ansiedad, sensibilidad, sentimientos de culpa y vergüenza, dificultad para relacionarse y establecer contacto con el medio, controlar impulsos, expresar afectos y necesidades. Se percibe agredida, abandonada, teme la pérdida de su familia y de figuras afectivamente significativas que le daban seguridad y reafirmaban su identidad, todos estos factores mencionados explican que sufra depresión.

Además, muestra problemas para aceptar y adaptarse al medio sociocultural (comida, horarios, costumbres, actividades, juegos, compañía, lenguaje, etc.), presentando sentimientos de desamparo, soledad, temor y abandono, lo que la lleva a mostrarse aplanada afectivamente, aunado a lo anterior, la dificultad que tiene para identificar sentimientos y expresarse en su idioma, la colocan en riesgo de caer en una depresión severa.

Stephanie permaneció hasta la décima sesión, debido a que se fue a su país natal en compañía de sus abuelos maternos, una vez que ellos demostraron el parentesco que decían tener con la menor y previa autorización de la madre. La menor fue evaluada un día después de la sesión 10, ya que se sabía de su posible egreso.

La integración de Stephanie al grupo terapéutico, fue paulatina y más o menos lenta en relación a sus demás compañeros, ya que dadas sus características personales y circunstancias, tuvo mayores dificultades, no sólo para adaptarse sino también para ser aceptada por sus demás compañeros. Sin embargo, se observaron cambios importantes en la menor, tales como: mayor estabilidad emocional, logrando percibir su ambiente más cálido y seguro; disminuyó su ansiedad y estableció mejores relaciones interpersonales con sus compañeros.

CASO NÚMERO 6: EZEQUIEL

I. DATOS PERSONALES:

Ezequiel es un niño de 10 años de edad, víctima de maltrato físico (golpes) y psicológico (insultos, gritos, desprecios) por parte de su madre. El menor ingresó al Albergue Temporal en Mayo del 2004, debido a que se inició una denuncia de hechos, en la que él mismo manifestó ser agredido por su madre.

II. ANTECEDENTES:

Elvira, madre de este menor, inició la indagatoria manifestando que se encontraba discutiendo en las afueras del Metro con su hijo, quien llegó a insultarla y echó a correr sin que ella pudiera alcanzarlo. Días después logró localizarlo en el domicilio del abuelo paterno que, junto con Adrián, hermano del niño, procedió a presentar a Ezequiel al Centro de Atención a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA), donde el niño declaró recibir maltrato físico y verbal de su madre.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso se mostró dispuesto, pero ansioso, pues se mantuvo a la expectativa de que su hermano Adrián se presentara a recogerlo. Conductualmente presentó algunos problemas para respetar límites, sin embargo los fue asimilando conforme se le señalaban, se observó fuerte necesidad de contacto, pero tuvo dificultades para establecerlo. Su proceso de adaptación fue lento, pero favorable. Durante la entrevista mostró una actitud cooperadora.

En su estancia en esta institución, se hicieron evidentes sus dificultades para asimilar límites, al mismo tiempo que presentó fuertes necesidades de aceptación, afecto, reconocimiento y pertenencia, lo que hizo que reaccionara favorablemente ante la propuesta de reglas y límites. Afectivamente se percibieron sentimientos de enojo, angustia, soledad y resentimiento. Es frecuente observarlo aislado y ante el recuerdo de su hermano muestra llanto contenido.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

Ezequiel proviene de una familia desintegrada y disfuncional, hay ausencia de la figura paterna a la que dice vio por última vez cuando él tenía cuatro años, la figura materna resulta periférica y ambivalente no existiendo una buena relación entre ambos, por las constantes agresiones que dice recibir de ella. Refiere que tiene varios hermanos mayores, sin embargo, la relación con éstos es distante y superficial, pues sólo mantiene contacto esporádico con dos de ellos, de los cuales uno se encuentra en el encuentro en el Consejo Tutelar y el otro ha formado ya su propia familia.

Ezequiel refiere que su madre lo golpea por diferentes motivos, por lo que la relación con ella es difícil, pues casi no la ve, ya que trabaja por las noches de mesera en un bar y en consecuencia él pasa la noche solo, sin supervisión, viendo la televisión hasta altas horas de la madrugada, razón por la que no se levanta por la mañana para ir a la escuela y falta con bastante frecuencia.

Describe entre él y su madre una relación difícil pues ella se enoja mucho y lo golpea: "Ella me pega con el palo de la escoba, a veces porque se altera por lo del dinero, porque yo me como su comida ó por el recibo del teléfono, llega como de \$500 y es que me la paso hablando por teléfono, o dejo prendida la T.V.; por eso se enoja y me grita y me pega, algunas veces pienso que es igual que yo, porque a veces también me pongo así" .

Ante las discusiones constantes que mantiene con su madre, sale a la calle sin ninguna ocupación. Refiere que en algunas ocasiones su madre ha llegado en estado de ebriedad, sin embargo, intenta justificar esta actitud al igual que los golpes que recibe "hay veces que me cuesta trabajo dormir, porque me preocupo, a ella la obligan a

tomar alcohol, por eso llega tomada; pero es buena, me da de desayunar cuando llega..., y me compra lo que le pido, yo creo que sí me quiere, pero por su carácter... ella se desespera". Se observa que su relación afectiva hacia ella es ambivalente, pues percibe su afecto, en tanto satisface sus necesidades básicas, pero no logra percibirla como una figura cariñosa, protectora y amorosa, por lo que es más bien por temor, agradecimiento, necesidad de pertenencia y afecto que le surge esa necesidad de justificarla.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

La situación socioeconómica de su madre, el trabajo que desempeña y el horario que tiene, no facilitan una buena relación. Las carencias materiales generan bajos niveles de tolerancia, deficiente comunicación, ausencia de respeto mutuo y de expresiones de afecto, que generan respuestas agresivas y una dinámica violenta, la cual recae en el menor provocándole ansiedad, temor, culpa, hostilidad, inseguridad, dificultades de contacto, supresión de la expresión de sentimientos, necesidades de protección, pobre control de impulsos, percepción de un ambiente familiar que lo rechaza, falta de sentido de pertenencia y sentimientos ambivalentes hacia su madre, todos ellos factores asociados a menores que han sido objeto de violencia familiar y omisión de cuidados.

Las características antes mencionadas referidas a la dinámica familiar, donde se hace alusión a relaciones violentas y difíciles, falta de afecto, contacto, comunicación, límites y claridad en los roles, sumado a la dificultad que se observa para expresar sentimientos, así como la melancolía, tristeza y rechazo del núcleo familiar, son factores importantes que lo colocan en riesgo de calle y lo hacen susceptible a una depresión.

Ezequiel estuvo presente dentro del grupo hasta la sesión nueve, debido a que fue canalizado a una casa hogar (sin previo aviso), motivo por el que se le visitó dentro de las dos primeras semanas posteriores a su tratamiento para la evaluación final con el DFH y la entrevista.

Su Participación dentro del grupo fue adecuada, pues desde el inicio no mostró dificultades para integrarse a sus compañeros, su atención y concentración fueron siendo cada vez mejores, siempre se mostró protector con Bryan (el más pequeño del grupo), apoyándolo para incorporarlo al grupo y mostraba interés por cada una de las actividades planeadas. Uno de sus mayores logros fue el haber disminuido su agresividad. Durante la visita a la casa hogar, se observó que mostraba cierta inseguridad e inestabilidad emocional, lo cual no reflejaba en el DFH realizado al inicio del tratamiento, esto pudiera deberse a su traslado a una nueva institución en la cual se encontraba en proceso de adaptación, lo que representaba para él un desequilibrio emocional, pues también su peso disminuyó (se le observó notablemente más delgado).

CASO NÚMERO 7: BRYAN

I. DATOS PERSONALES:

Bryan es un niño de 7 años de edad, que ingresó al Albergue Temporal en Abril del 2004, debido a que se inició una denuncia de hechos, en la que de acuerdo a lo narrado, existe abandono de persona hacia el menor por parte de la madre.

II. ANTECEDENTES:

El niño ingresó a este Albergue enviado por la 59 Agencia del Ministerio Público. De la indagatoria se desprende que el 26 de marzo del año en curso, Irene (sin parentesco alguno con el menor) inició la denuncia; en relación a los hechos manifestó que llegaron a su domicilio dos personas y una de ellas dijo llamarse Genaro, quien encontró al menor llorando a un lado de su puesto ambulante; al ver que era tarde, le preguntó donde vivía; el niño lo guió hasta el domicilio de la denunciante y al llegar preguntaron por la madre de éste. Irene indicó que conoce al menor desde hace dos años, porque su hermano Ismael tuvo una relación sentimental con la Lupe, la progenitora del niño y que la madre del menor seguido se cambia de domicilio, por lo que ignora donde localizarla. Agrega que el menor no es hijo de su hermano, ya que cuando éste conoció a Lupe en el año 2000 ella, ya tenía al menor.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso se le percibió tranquilo, aunque confundido, callado y no responde a lo que se le pregunta. Al momento de la entrevista psicológica se mostró tímido, pero con gran disponibilidad y cooperación.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

A través de la denunciante, se sabe que Lupe, la madre del menor, tiene aproximadamente 30 años de edad y actualmente presenta problemas de adicción.

En su declaración, Bryan indica que conoce a Irene, porque vivió en la parte trasera de su casa, pero se cambiaron de domicilio hace mucho tiempo y no recuerda a dónde - Dice que lo llevaron a vivir con sus tíos por el rumbo de Coacalco, Edo. de México. Cursaba el 1er año de primaria en la Escuela Benito Juárez, con la profesora Marcela. Lo sacaron de esa escuela porque se cambiaron de domicilio y que él se salió del domicilio de sus tíos porque éstos ya no lo querían. Empezó a caminar hasta que llegó a Tepito y en un puesto informó que se había perdido. Lo llevaron a la casa de Irene en virtud de que quería regresar a su lado, pues lo trataba bien y le gustaría

continuar con ella, agrega que tiene mucho tiempo que no ve a su mamá y que tampoco sabe donde vive.

Durante la valoración psicológica Bryan manifestó que su mamá y sus tíos lo trataban mal, recibía de ellos, golpes con un cinturón, con un alambre, patadas, groserías como "pinche chamaco joto" y desprecios tales como "no te queremos".

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

De acuerdo a las pruebas aplicadas Bryan es un niño introvertido, tímido y callado, con tendencias a replegarse en sí mismo, presenta una marcada necesidad afectiva y sentimientos de inseguridad, inferioridad e inadecuación, ansiedad y rasgos depresivos; posee una baja autoestima, es sensible a la crítica, tiene una gran necesidad de aprobación y protección de la figura materna. Percibe rechazo y abandono por parte de ella, sintiéndola lejana, inestable y sin capacidad para protegerlo, por lo que no hay sentido de pertenencia al núcleo familiar, que percibe inseguro, hostil, rechazante y "expulsador". Existe un sentimiento de pérdida por el abandono de su madre, situación que lo lleva a presentar alteraciones psicológicas como ansiedad, miedo, culpa, sentimientos de tristeza y rabia.

A lo largo de la intervención grupal, Bryan tuvo dificultades para integrarse al grupo, ya que a la mayoría de sus compañeros no les agradaba la idea de trabajar con él en pareja, por considerar que no lograba hacer bien las cosas (probablemente por ser el más pequeño), sin embargo, Ezequiel lo apoyo mucho y siempre se mostró muy protector con él.

Bryan mostró varios avances a lo largo de su tratamiento, entre ellos: incrementó su autoestima, mostró mayor estabilidad emocional y a un yo más integrado. Participó dentro del grupo hasta la sesión 10, ya que fue hospitalizado por haber presentado incontención gástrica, después de que fue visitado por su madre.

CASO NÚMERO 8: DIEGO

I. DATOS PERSONALES:

Diego es un niño de 9 años de edad, víctima de lesiones. El delito fue cometido por la madrastra del menor, con quien vive desde hace aproximadamente 5 años. El niño ingresó al Albergue Temporal en abril del 2004.

II. ANTECEDENTES:

Se salió de su casa luego de que su madrastra Carmela lo golpeará con un palo, porque no sacó los trastes al lavadero, por lo que camina sin rumbo hasta llegar a la Delegación en donde solicita ayuda, manifestando que no desea regresar a su casa.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso se le percibió desconcertado, triste, asustado, presenta lesiones en el brazo derecho y labio superior, las cuales fueron ocasionadas por su madrastra al quemarlo con aceite caliente. Durante la entrevista se mostró dispuesto y cooperador. Su proceso de adaptación fue favorable, pues dadas sus necesidades de aprobación y afecto se mostró obediente, amable, servicial. Según reportaron sus maestras y cuidadoras, su rendimiento en actividades lúdicas y académicas es adecuado.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

En cuanto a su medio familiar refirió que vivía con su madrastra e hijos de ésta, y que su padrastro vive en E.U. Dijo haber sido regalado a éstos cuando era muy pequeño, ya que su madre no podía hacerse cargo de él porque es prostituta y que el señor lo registró con sus apellidos.

Proviene de un núcleo familiar desintegrado, no sabe nada de su padre biológico y de su madre solo recuerda su nombre, manifestando que cuando tenía 4 años un señor llamado Josué (padrastro) lo llevó a vivir con su tía paterna, sin él conocer las causas. Después su madre fue por él y lo llevó a vivir de nuevo con ella, hasta un año después, cuando su "padrastro Josué" lo busco otra vez y lo llevó a vivir con su actual esposa "Carmela", Diego se refiere a ella como "su madrastra", y tiene hacia ella sentimientos de temor y rabia. Comenta que cuando vivía en su casa, ella solía pegarle con un palo o con el cinturón, cuando no hacía lo que le pedía. Dijo que las quemaduras que presentaba, ella se las ocasionó una vez que le tiró aceite caliente encima "Fue el día que ella me echó el aceite cuando yo me estaba cambiando, entonces me fui de mi casa, porque ya no quería que me pegara...ya no quiero regresar con ella".

Se percibe rechazado por todos los miembros de ese entorno, pues tampoco disfrutaba de los mismos privilegios que los hijos de su madrastra, "Siempre me decía ¡que haces ahí parado con tu carota!, quitate no te quiero ver No me dejaba juntarme con sus hijos, decía que yo era malo, que hacia las cosas mal...nunca me festejaban mis cumpleaños, ellos nunca me regalaban nada".

Señala que recuerda que cuando vivía con su verdadera madre, esta solía pegarle o castigarlo frecuentemente, por lo que tampoco desea regresar con ella.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

De acuerdo a las pruebas aplicadas, Diego es un niño introvertido y tímido, con tendencias a replegarse en sí mismo, ansioso e inseguro, con una baja autoestima, es sensible a la crítica, tiene una gran necesidad de aprobación, protección y de identificación con la figura paterna. Ha devaluado a la figura materna, principalmente por el distanciamiento emocional, rechazo y abandono que percibe de ella, sintiéndola lejana, inestable y sin capacidad para protegerlo. Utiliza la fantasía como mecanismo de defensa y como fuente de satisfacción ante las carencias afectivas y emocionales que le ha generado la interacción con la familia en la que ha crecido. Existe un sentimiento de pérdida por el abandono de su madre, situación que le genera tristeza, enojo y coraje.

Diego ha crecido en un ambiente y dinámica familiar inestable, restrictivo y violento, sus necesidades básicas como afecto, recreación, seguridad y protección no han sido satisfechas. Esa situación ha generado en el menor, sentimientos de tristeza, rabia, temor, impotencia y auto devaluación. Dentro del Albergue su actitud de retraimiento y la auto limitación del afecto han sido utilizadas como herramientas para enfrentar el dolor generado por el maltrato y rechazo vividos. Presenta de indicadores comunes en menores que han sido expuestos a maltrato físico.

Diego fue uno de los menores que logró concluir la intervención grupal. Su participación dentro de éste fue adecuada, mostrándose participativo e incrementando poco a poco su creatividad e iniciativa al juego. Aumentó su autoestima, presentó una mayor estabilidad y seguridad emocional, a un "yo" más integrado, disminuyó su ansiedad y estableció mejores relaciones interpersonales con sus pares.

CASO NÚMERO 9: MARTÍN

I. DATOS PERSONALES:

Martín es un niño de 10 años de edad, quien fue víctima de maltrato físico y psicológico por parte de su madre. El menor ingresó al Albergue Temporal en Marzo del 2004, cuando se inició una denuncia de hechos, en la que el señor Guillermo manifestó que la madre del menor había fallecido, quedando el niño en total desamparo, pues no contaba con otros familiares; motivo por el cual queda a disposición del Ministerio Público.

II. ANTECEDENTES:

El menor fue conducido a la 59 Agencia del Ministerio Público, por el señor Guillermo, quien declaró que hace nueve meses, la madre del menor murió por alcoholismo y al

verlo desamparado acudió a la P. G. J. D. F. a solicitar sus cuidados y atenciones en forma temporal, en tanto se presentaban familiares alternos para entregarles al menor, circunstancia que no ocurrió. Actualmente su esposa se encuentra en estado de embarazo avanzado y él por sus actividades de trabajo, se ve imposibilitado de seguir cuidándolo, además de que ha tenido problemas con Martín que no obedece y no cuenta con documentos para inscribirlo a la escuela, es por ello que lo presenta a realizar la denuncia de hechos.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso se le observó triste, con gran demanda de atención, reconocimiento y protección. Con dificultades para adaptarse al lugar y a sus compañeros, sin embargo, mostró disposición y cooperación para la valoración.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

Martín proviene de un núcleo familiar desintegrado, desorganizado y disfuncional, donde no fueron cubiertas eficientemente sus necesidades básicas de protección y afecto. Sus familiares emigraron del Estado de Veracruz en busca de trabajo. No conoció a su padre biológico, sólo supo por su madre que se llamaba Martín y que murió de Diabetes y Alcoholismo. “Mi mamá me regañaba, me pegaba con varas, cuando estaba tomada me pegaba con las piedras, me las aventaba, tomaba mucho, decía que nadie la quería. Trabajaba en las casas lavando trates y ropa. Mis papeles están en el pueblo con mi tío. Cuando mi mamá estaba enferma, le avisé a mi vecino Memo, cuando regresé ya había muerto y la incineraron. El señor Memo me dijo que me quedara con él, pero ya no podía estar con él, por eso me trajo... El me trataba bien, me enseñó a leer y a escribir porque nunca he ido a la escuela por no tener papeles”.

El Sr. Guillermo refirió que la madre del menor era vecina de ellos y que al niño siempre se le veía en la calle, sin comer y sucio, por lo que su esposa apoyaba al niño dándole de comer.

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

A través de las entrevistas y pruebas aplicadas se encontró lo siguiente:

Presenta una marcada necesidad afectiva por parte de la figura materna, que lo lleva a idealizarla como positiva, fuerte y protectora. Se percibe solo y desamparado, sin sentido de pertenencia, que le produce inestabilidad e insatisfacción familiar. Se encuentra sumamente devaluado y lesionada su imagen corporal y psicosexual. Sin apoyo, vive su proceso de duelo, sin elaborarlo y presenta tono afectivo y rasgos depresivos.

Tiene dificultad para relacionarse y sus pocas relaciones son a nivel superficial, a distancia y sin afecto. Manifiesta gran temor a sentirse dañado y no poder controlar la expresión de su agresión, por lo que utiliza gran energía en reprimirla, ya que cuando se permite expresarla abiertamente, la descarga impulsiva da lugar a sentimientos de culpa. Maneja su agresión de forma intrapunitiva (hacia sí mismo).

Dada su historia personal el menor ha aprendido a comportarse de manera frágil y dócil, para así exigir afecto, protección y atención; proyecta la inseguridad y frustración que le produce su entorno familiar, percibe en riesgo su integridad; su ambiente le resulta tan amenazador, que le genera tensión emocional y una gran ansiedad. En la evaluación se detectaron indicadores emocionales que se asocian con maltrato por omisión en su cuidado.

Martín fue otro de los menores que logró concluir la intervención grupal. A lo largo de las sesiones se mostró dócil y participativo. Logró incrementar su autoestima, mostró mayor seguridad y estabilidad emocional, un "yo" más integrado, disminuyó su ansiedad y logró expresar sus sentimientos de enojo y coraje.

CASO NÚMERO 10: CONSTANTINO

I. DATOS PERSONALES:

Constantino es un niño de 11 años de edad, víctima de violencia familiar por parte de su padre. El menor ingresó al Albergue Temporal en marzo del 2004 debido al maltrato vivido.

II. ANTECEDENTES:

De la Averiguación Previa se desprende que con fecha 12 de marzo de 2004 se presentó a la Agencia del Ministerio Público el señor Jesús, para presentar denuncia en agravio del menor en cuestión y en contra de su padre. Entregó un informe del DIF en el cual se afirma que el niño recibe maltrato y descuido por parte de aquél.

El padre declaró que vivió en unión libre con la Sra. Isabel, procreando a Constantino y que ella los abandonó cuando el niño tenía un año y medio de edad. Desde entonces, él se quedó al cuidado del menor. Por sus problemas de alcoholismo acude a Alcohólicos Anónimos desde hace 10 años.

III. ACTITUD DURANTE EL INGRESO Y LA VALORACIÓN:

A su ingreso Constantino se mostró triste, con fuertes necesidades de contacto, aprobación, aceptación y cariño. Su actitud dócil y sumisa dejó ver algunas dificultades para integrarse a su grupo. Cooperó durante la valoración, con una adecuada atención y concentración. En la entrevista psicológica, el niño comentó que se siente muy bien en el Albergue "Aquí me dan todo, me dan cariño, me van a sacar adelante", "aquí la comida es más rica que en mi casa, mi papá cocina feo".

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y VERSIÓN DE LOS HECHOS:

Proviene de una familia violenta y poco funcional, con un padre que lo maltrató física y psicológicamente, lo descuidaba y le delegaba responsabilidades inadecuadas. El niño manifestó que no conoció a su madre; su padre le dijo que ella se fue con otro hombre, cuando él era muy pequeño y que es hijo único. Su padre siempre lo ha maltratado sin ningún motivo, le pega con el cinturón o con un palo y lo insulta casi a diario.

Cursaba 3º de primaria y se iba solo a la escuela, ahí desayunaba. Al salir, se dirigía a la obra en la que trabaja su papá como albañil. Este lo ponía a cargar materiales y narra que su papá le daba de comer y de cenar. Dice quererlo, pero no desea estar a su lado y que le gustaría irse a vivir con sus padrinos en Colima. Contó que su papá conoció a una señora que próximamente va a tener un bebé de él. No le agrada que se ella se quede en la casa, pues en ocasiones lo insulta y además no le hace caso.

Habla de una hermana a quien extraña, pues se fue a vivir con sus abuelos a Colima desde hace mucho tiempo, porque "ya no quiso ser de la familia porque tuvo un problema" (el padre la maltrataba mucho). Anhela regresar con su hermana: "Ella me apoya, me ayuda, es buena conmigo y se ha portado bien, la quiero mucho, es mi mejor amiga".

V. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

De acuerdo a las pruebas aplicadas, el niño presenta los siguientes indicadores psicoemocionales: baja autoestima, inseguridad, ansiedad, represión de impulsos, rigidez, falta de espontaneidad, sumisión, es dependiente, regresivo, con una fuerte necesidad de afecto. Tiene nostalgia por la madre, idealiza a la figura femenina, anhela una figura materna a su lado: Una madre que lo cuide, proteja y le de cariño, que lo "saque adelante". Al padre lo percibe represivo, hostil, autoritario y violento.

Anhela la felicidad, tener amigos, poder divertirse, desea volver a la escuela. Siente que cuando vivía con su padre tenía muchas responsabilidades, y comenta "Me gusta el Albergue porque aquí no tengo que lavar mi ropa ni hacer el quehacer".

Es notoria su rigidez en el hecho de que siente que tiene que hacer las cosas rápido, comentando que si no, lo castigan. Es posible que la sumisión que presenta se deba a su constante temor al castigo del padre autoritario y violento; "Si me enoja me castiga Dios", de ahí su necesidad de ser complaciente y dócil, especialmente con las figuras de autoridad. Su temor le genera mucha tensión y ansiedad. Los indicadores que presenta están todos, asociados a menores que han sido víctimas de maltrato.

Constantino no concluyó el tratamiento diseñado y sólo participó dentro del grupo hasta la novena sesión, pues fue egresado a una casa hogar, motivo por el cual fue evaluado dentro de la institución en la que ahora se encontraba, después de tres semanas de egresado. Su integración al grupo fue difícil, mostraba conductas regresivas (como el hablar como bebé), que les molestaban a sus compañeros; sin embargo, logró mostrar muchos avances como el aumento de su autoestima, tener un "yo" más integrado, mayor estabilidad emocional y mejorar sus relaciones interpersonales con sus pares. Durante la visita a la Casa Hogar, se le observó triste y decaído, pero sin llegar al grado en el que se encontraba en el Albergue, lo que nos indica que el tratamiento le permitió irse más fortalecido y aminorar las repercusiones psicoemocionales derivadas del motivo de su traslado.