



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

**“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BREVE DE TIPO COMBINADO  
CON UN MENOR VÍCTIMA DE MALTRATO E INSTITUCIONALIZADO”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :  
MARÍA MONTSERRAT CEBALLOS OCHOA**

DIRECTOR DEL REPORTE: Dra. Luisa J. Rossi Hernandez

COMITÉ TUTORIAL: Dra. Bertha Blum Grynberg

Mtra. María Fayne Esquivel Ancona

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Mtra. Susana Eguía Malo

Dra. Patricia Andrade Palos

MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 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.

## *A G R A D E C I M I E N T O S*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, por proporcionarme el espacio y las condiciones necesarias para continuar con mi preparación profesional.*

*A mis compañeras y maestros, por el tiempo y los aprendizajes que compartimos.*

*A la Dra. Blum, por su escucha y su orientación. Su invaluable consejo y guía fueron factores claves que permitieron dar forma a este trabajo.*

*A la Dra. Rossi, por su dedicación y apoyo; pero sobre todo por sus valiosas enseñanzas y aportaciones para realizar este trabajo.*

*A mi gran amiga Roxana, compañera de trabajo, confidente y apoyo; porque juntas caminamos un largo camino de sueños, alegrías y frustraciones. Espero que la vida me brinde la oportunidad de continuar cultivando tu amistad.*

*A mi papá. Porque toda mi vida he vivido acogida en tu inmenso amor. Gracias por ser el motor de mis sueños, tu ejemplo y consejo guían siempre mis pasos.*

*A mi mamá. Presencia silenciosa pero siempre constante. Yo sé que tu siempre estás a mi lado en cada paso que doy y cada uno de mis logros siempre irá dedicado a ti.*

*A Paco, mi hermano. Porque tu compañía siempre me brindó alegría y consuelo, sobre todo en los momentos difíciles. Te quiero.*

*A mi abuelita. Por tu amor incondicional. Por estar tan orgullosa de mí.*

*A Angel. Por amarme sin condiciones, por permanecer a mi lado a pesar de la distancia y los obstáculos. Gracias por atreverte a vivir este sueño conmigo. Te amo.*

*A Adolfo y a todos los niños del Albergue por permitir que mi voz fuera representante de sus historias. Admiro enormemente su fuerza, valentía y amor a la vida. Su ejemplo me aportó grandes enseñanzas.*

## INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
I. FUNDAMENTOS TEORICOS	9
1.1 Maltrato Infantil	9
1.1.2 Albergue Temporal de la P.G.J. del D.F.	21
1.2 Psicoterapia con Orientación Psicoanalítica	25
1.2.1 Desarrollo Psicológico Infantil	25
1.2.2 Psicoterapia de Grupo	37
1.2.3 Psicoterapia Breve	44
II. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	47
2.1 Objetivo General	47
2.2 Participante	47
2.2.1 Historia Personal	49
2.2.2 Problemáticas Identificadas	52
2.3 Escenario	53
2.3.1 Escenario de Psicoterapia Grupal	53
2.3.2 Escenario de Psicoterapia Individual	54
2.4 Instrumentos	55
2.5 Materiales	55
2.6 Procedimiento	56
2.6.1 Diseño de la Estrategia de Intervención Grupal	57
2.6.2 Diseño de la Estrategia de intervención Individual	59
III. ANÁLISIS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO	61
3.1 Fase Introdutoria	61
3.1.1 Primera Subfase. Temáticas centrales y análisis	61
3.1.2 Viñeta. Sesión 2 (Grupal)	64
3.1.3 Segunda Subfase. Temáticas centrales y análisis	69
3.1.4 Viñeta. Sesión 1 (Individual)	74
3.2 Fase Intermedia	78
3.2.1 Temáticas centrales y análisis	78
3.2.2 Viñeta. Sesión 4 (Individual)	82
3.3. Fase Integradora	85
3.3.1. Temáticas centrales y análisis	85
3.3.2. Viñeta. Sesión 6 (Individual)	89
IV. DISCUSIÓN	91
V. CONCLUSIONES	97
VI. BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS	104

## RESUMEN

El presente Reporte de Experiencia Profesional se desarrolló durante el curso de la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del proceso formativo que se tuvo en el Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil; el escenario que fungió como Sede para realizarlo fue el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados y alcances obtenidos a través de la aplicación de una intervención psicoterapéutica con un niño de edad escolar, víctima de maltrato y acogido en el Albergue Temporal.

La intervención psicoterapéutica estuvo basada en un enfoque psicoanalítico, de tipo breve y combinado (terapia grupal e individual). Los objetivos de la intervención fueron: 1) Disminuir el sufrimiento psicológico; 2) Proporcionar un espacio terapéutico seguro y continente; 3) Apoyar y fortalecer elementos intrapsíquicos: favorecer el desarrollo del Yo y el fortalecimiento de instancias psíquicas (Super Yo e Ideal del Yo); facilitar la simbolización de las experiencias traumáticas a través de verbalizaciones, de la expresión lúdica y creativa de los acontecimientos y sentimientos relacionados; 4) Promover la articulación de la historia e identidad, al unir su pasado, presente y futuro.

El grupo psicoterapéutico fue de tipo abierto y estuvo a cargo de 2 terapeutas; formado por niños y niñas de 9 a 11 años, participaron en él un total de 6 integrantes durante un periodo de 12 sesiones. De manera simultánea, la intervención individual se realizó a lo largo de 6 sesiones, a partir de la 2ª sesión grupal.

En general, la intervención favoreció la disminución del sufrimiento y malestar en el niño cuyo caso es expuesto; pero sobre todo, los resultados obtenidos proporcionan evidencia respecto a la pertinencia de tratamientos combinados en niños víctimas de maltrato y que además se encuentren en acogimiento temporal, mismos que manifiesten tal intensidad en sus problemáticas psicológicas que comprometan seriamente la estabilidad de su presente y su futuro; y donde, además, el tiempo para intervenir sea limitado y escaso.

## INTRODUCCION

El marco legislativo de nuestro país considera a la Salud como un derecho fundamental del ser humano y, por lo tanto, es parte implícita del desarrollo social. En la actualidad un aspecto esencial del concepto de Salud Integral lo constituye la Salud Mental, la cual se define como “el resultado dinámico y estructural del aparato psíquico funcionando adecuadamente” (Knobel, 1977).

Se considera que el desarrollo de personalidades emocionalmente maduras es un factor imprescindible para la construcción de una vida plena y satisfactoria.

Esta visión, además de promover la participación conjunta de diversos profesionales especializados en el tratamiento de las problemáticas relacionadas con esta área, ha generado desde la esfera específica de lo psicológico, un renovado interés por el estudio e investigación de las cuestiones relativas a la salud mental del ser humano; por buscar ante todo, ampliar la comprensión de lo normal y esperado y de lo considerado patológico. De esta forma, se han logrado obtener importantes progresos en el conocimiento de las causas y mecanismos que operan los procesos de las enfermedades mentales. Dado que, en la actualidad el grupo poblacional menor a los catorce años ocupa alrededor del 33% de la población total de México, es de suponerse que muchas de las investigaciones relacionadas con esta área hayan centrado su foco de atención en este importante grupo de edad.

Es así, que a través del conocimiento de las pautas esperadas de crecimiento, han surgido una serie de modelos que facilitan el entendimiento de la psicopatología infantil. Se considera que para una comprensión más amplia del niño y su comportamiento deben tomarse en cuenta los factores interrelacionados en su desarrollo, muchos de los cuales pueden constituirse en elementos de riesgo para la estabilidad y adaptabilidad del menor.

En nuestro país, en sectores amplios de la sociedad, la población infantil mexicana se encuentra en una posición alarmantemente vulnerable, puesto que situaciones difíciles como la violencia familiar y social, la desintegración familiar, la falta de valores, la inseguridad pública, la sobrestimulación, el maltrato y el

abandono, colocan en riesgo a los menores al propiciar el desarrollo de trastornos emocionales y de adaptación.

Tal es el caso específico del maltrato, fenómeno sumamente complejo y de alta incidencia en México, donde se ha observado que ante la angustia que experimenta un menor como consecuencia de la experiencia traumática, a nivel intrapsíquico se pueden llegar a producir graves fallas en la organización psicológica, es decir: “en las relaciones existentes entre las diversas instancias psíquicas y en las pulsiones y fantasías conscientes o inconscientes” (Arjuriaguerra, 1996). Lo cual está intrínsecamente relacionado con la aparición de múltiples déficits cognitivos y de adaptación social (Kolko, 2002).

Lo anterior es sustentado por diversas investigaciones y estudios epidemiológicos, los cuales revelan que en nuestro país, el perfil de la familia se encuentra gravemente influenciado por una situación socioeconómica difícil, lo que ha favorecido la frecuencia del alcoholismo y la violencia dentro de la misma y por lo tanto, eleva el riesgo para los menores de sufrir algún tipo de maltrato. Tan sólo en 1999, el DIF atendió una cifra aproximada a 24, 927 niñas y niños maltratados (Rodríguez y Ortega, 2002). Datos proporcionados por organismos como el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática en México, reportan que 38 % de los menores de 19 años vive en hogares donde hay violencia emocional, intimidación, golpes y ataques sexuales.

En México, la forma mas frecuente de violencia se manifiesta en el ámbito domestico, en la familia, constituyéndose en el factor social de riesgo más importante del presente siglo, ya que los principales receptores del maltrato son los niños (Santana y Sánchez 1998).

En un intento por atender esta alarmante problemática en nuestro país se han creado diversas instituciones que brindan ayuda a los niños víctimas de maltrato y que además no cuentan con más redes de apoyo social. Tal es el caso de las casas cuna, internados para niños y adolescentes, casas hogar y hogares sustitutos; sitios que proporcionan albergue temporal o permanente a los individuos que padecen abandono por diferentes motivos.

Entre esas instituciones se encuentra el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, lugar de estancia que recibe a los menores que son víctimas de exclusión y abuso (Documentos oficiales del Albergue Temporal de la PGJDF, 2003).

Entre sus departamentos cuenta con un área de Psicología, sitio que atiende y brinda apoyo psicológico a los menores durante su estancia en el Albergue. No obstante, a pesar de que día a día se emprenden constantes esfuerzos por ofrecer los servicios psicológicos necesarios, usualmente la demanda de atención psicológica rebasa por mucho al personal disponible. Esto ocasiona que la atención se centre mayoritariamente en aspectos relacionados con la evaluación y el psicodiagnóstico, siendo escasos los tratamientos psicológicos, poco sistemáticos o brindados en instituciones externas.

Lo anterior hace aún más evidente la necesidad de contar con más psicoterapeutas infantiles especializados en atender los correlatos psicológicos productos de éste y otro tipo de problemáticas. Ante necesidades como ésta, es que surge en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Programa de Maestría en Psicología y la Residencia en Psicoterapia Infantil, el cual se planteó desde sus inicios el objetivo de formar psicoterapeutas capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales asociados a diferentes trastornos que presentan los niños de 0 a 14 años, empleando los avances más recientes de la psicoterapia infantil. (Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, 2003).

De manera general, las actividades de la Residencia en Psicoterapia Infantil fueron estructuradas en 3 ejes temáticos que integraron actividades teóricas, de investigación y de servicio (prácticas en Sede), siendo éstos: 1) Desarrollo normal y anormal en la infancia; 2) Estrategias de evaluación y diagnóstico de los trastornos infantiles; 3) Tratamiento e intervención de los trastornos infantiles. Las actividades planteadas dentro de dicho programa abarcaron clases de tronco común y de residencia, supervisiones clínicas, tutorías y la observación y trabajo en Cámara de Gessell dentro del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El objetivo central del programa curricular de formación profesional teórico – práctico fue que los estudiantes, además de recibir una formación teórica, se entrenaran a través de la práctica supervisada, con el fin de desarrollar las habilidades, actitud ética y competencias profesionales de excelencia necesarias para trabajar profesionalmente en el diagnóstico, tratamiento e investigación clínica de los problemas emocionales en la infancia. Con este propósito se creó un vínculo de cooperación mutua con el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, mismo que en la actualidad funciona como Sede en la formación de especialistas clínicos infantiles.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, ya que el estudio del maltrato infantil como un factor que coloca en riesgo la preservación de la salud mental debe de ser de interés fundamental para los especialistas en el área, el presente Reporte, además de representar la integración de la experiencia que se tuvo dos años como residente en dicho programa, muestra el interés por la psicopatología en el niño víctima de maltrato y que se encuentra además institucionalizado como medida de protección.

En su contenido se exponen los conocimientos, habilidades y la competencia profesional adquiridos durante el proceso formativo, aplicados a la experiencia clínica resultante de las prácticas profesionales realizadas en el Albergue Temporal de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal.

Para ello y como una manera de ejemplificar el ejercicio profesional llevado a cabo durante la Residencia en Psicoterapia Infantil, en uno de los apartados del Reporte, se describe el trabajo psicoterapéutico realizado con un menor de 10 años víctima de maltrato, atendido durante su estancia en el Albergue Temporal.

De esta forma, se pretende documentar y comunicar los alcances de una estrategia de intervención breve de tipo combinado; es decir, psicoterapia de grupo y psicoterapia individual aplicadas de manera simultánea, estructuradas bajo un enfoque teórico predominantemente psicoanalítico y de tipo breve.

Este Reporte muestra el intenso, pero satisfactorio desarrollo de este proceso de intervención y pretende ser una propuesta confiable de tratamiento

para la población infantil que ha experimentado abuso y que además se encuentre institucionalizada como medida de protección.

Por último, y en un intento por brindar al lector una panorámica del contenido y de su organización se ofrece una breve descripción de cada capítulo contenido en el trabajo:

En el capítulo I se exponen los fundamentos teóricos que sustentaron el diseño de la estrategia de intervención. Como parte de los antecedentes se describe la definición, incidencia, etiología, prevalencia y tratamientos psicológicos en materia de maltrato infantil e institucionalización. Se incluye una breve descripción del Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. En este mismo apartado se expone el sustento teórico de la intervención psicoterapéutica realizada, la cual se centra en los principios básicos de la psicoterapia con orientación psicoanalítica, la psicoterapia de grupo y la terapia breve.

En el capítulo II se expone la Metodología en que se basó la implementación de la estrategia de intervención psicoterapéutica.

El capítulo III presenta la descripción y análisis de los resultados obtenidos de la intervención psicoterapéutica realizada, tanto en el espacio de intervención individual, como en el grupal.

En el capítulo IV se discute con respecto a los resultados obtenidos, las implicaciones y pertinencia de la aplicación de dicha estrategia psicoterapéutica.

Para finalizar, el capítulo V presenta las conclusiones derivadas de la experiencia profesional y personal obtenida durante la formación en el Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil.

## I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### 1.1 Maltrato Infantil

El maltrato infantil es uno de los problemas sociales que tiene mayores repercusiones, las consecuencias que se derivan no sólo afectan al menor sino a su familia y a la sociedad en conjunto. Por ello, para su estudio y tratamiento deben de tomarse en cuenta toda la variedad de factores biopsicosociales con los que se ve relacionado.

A pesar de que en la actualidad contamos con mayores avances en cuanto a la definición e intervención en materia de malos tratos, el término maltrato infantil aún resulta complejo y difícil de conceptualizar, sobre todo porque implica una valoración social de lo que resulta peligroso o inadecuado para el niño. Autores como Arrubarena y De Paúl (1994) consideran que el **Concepto de Maltrato Infantil** debe incluir tanto las acciones físicas o psicológicas por parte de un tercero que provocan un daño al menor, como la omisión de las acciones necesarias para lograr el bienestar del mismo.

Dada la complejidad del fenómeno y en un intento por clasificar los malos tratos al menor, a lo largo del estudio del maltrato infantil han surgido diversas categorías, sin embargo se puede decir que todas ellas se han organizado en torno a dos grandes dimensiones: activo/pasivo y físico/emocional. Por lo tanto, podemos hablar del maltrato activo como una acción física o psicológica por parte de un tercero que provoca daño al menor y del maltrato pasivo como la omisión de acciones necesarias para el bienestar del mismo.

En años recientes y en un esfuerzo por intentar ser más específicos, diversos autores han propuesto múltiples **Categorías de Maltrato Infantil**, mismas que abarcan las esferas de lo físico y lo emocional y que comprenden desde el maltrato físico hasta el abuso sexual. A continuación se presentan las principales categorías propuestas por algunos de ellos:

- a) *Maltrato Físico*. Arrubarena y de Paúl (1994) lo definen como: “cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño, o le coloque en grave riesgo de padecerlo”. De acuerdo a Cantón y Cortés (2002) pueden distinguirse dos formas de maltrato físico: los malos tratos habituales en el contexto de la disciplina y las conductas abusivas infrecuentes y episódicas.
- b) *Maltrato Psicológico*. Se refiere a: “la hostilidad verbal o crónica en forma de castigo, crítica, culpabilización, insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono, bloqueo constante de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro), por parte del adulto del grupo familiar o responsable del cuidado del menor” (Simón y cols., 2000). Cantón y Cortés (2002) distinguen 5 subtipos de maltrato psicológico:

Tipo de Maltrato Psicológico	Descripción
1. Rechazo / Degradación	Comprende todas aquellas conductas en donde el adulto o cuidador se niega a brindar ayuda, no hace caso de las peticiones o demandas del menor y desprecia o humilla públicamente al niño.
2. Aterrorizar	Manifestado a través de actos de amenaza al menor, con alusiones a matarlo, lesionarlo o abandonarlo si no se comporta de acuerdo a la demanda.
3. Aislamiento	Relacionado con aquellas conductas del cuidador que privan al niño de las oportunidades de establecer relaciones sociales (tal es el caso del encierro).
4. Corrupción	Implica modelar actos antisociales o estimular creencias desviadas, como la delincuencia o la exposición del niño a la pornografía.
5. Explotación	Relacionado con el hecho de asignar al niño la realización de trabajos domésticos o de otro tipo, mismos que deberían ser realizados por los adultos y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del menor

**Tabla 1.** Clasificación del Maltrato Psicológico

- c) *Abandono o Negligencia.* Tipo de maltrato considerado como: “toda situación en que las necesidades físicas y emocionales del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo en el que convive el niño, provocando el descuido de sus necesidades de apoyo, protección y estimulación” (Arrubarena y de Paúl, 1994); también es entendido como: “la ausencia o incongruencia de las respuestas por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño” (Loredo, 2002). En sus investigaciones Simón y cols. (2000) hacen mención de dos tipos de abandono:

Tipo de Abandono	Descripción
<b>Abandono emocional</b>	Se refiere a la ausencia de respuestas por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño (como el llanto o la sonrisa), así como el bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles.
<b>Negligencia en el cuidado psico – afectivo</b>	Se consideran dos aspectos: la ausencia parcial y las respuestas incongruentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño, lo que provoca un descuido de las necesidades de apoyo, protección y estimulación.

**Tabla 2.** Clasificación del Abandono

Cantón y Cortés (2002) distinguen ocho subcategorías de abandono físico, tales como: el abandono de los cuidados de la salud física y mental, el abandono en las funciones de supervisión, el abandono de la custodia, la expulsión o negación del hogar, la negligencia en la alimentación, el abandono de la higiene personal y por último el abandono educativo.

- d) *Abuso Sexual.* En esta categoría es considerado todo contacto o interacción entre un menor y un adulto en la que el niño es utilizado para la obtención de estimulación sexual (Cantón y Cortés, 2002). Se incluyen los

tocamientos intencionados en zonas de naturaleza sexual con o sin agresión y la masturbación en presencia del menor. Legislativamente se estipula, que el abuso sexual también puede ser cometido por un menor de 18 años cuando es significativamente mayor a la víctima o cuando se encuentra en una posición de poder o control sobre el otro (Hartman y Burgess, 1989). Estos autores, hacen la distinción del abuso de la explotación sexual, categoría que suma a lo ya descrito un motivo económico, como lo es la utilización de los menores en la pornografía, la prostitución y el exhibicionismo.

Arrubarena y De Paúl (1994) distinguen cuatro tipos de categorías para clasificar el abuso sexual:

- 1) Incesto
- 2) Violación
- 3) Vejación sexual
- 4) Abuso sexual sin contacto físico

La clasificación anterior, no sólo ejemplifica las múltiples modalidades en que puede presentarse el maltrato infantil, sino también demuestra lo difícil que resulta tratar de agrupar los malos tratos en una u otra categoría, puesto que es común que en la mayoría de los casos de menores maltratados, las víctimas sufran violencia agrupable en varias de ellas.

Respecto a la ***Etiología***, también son diversas las explicaciones que se han formulado en relación a lo que origina el maltrato infantil. Aunque no todas ellas han sido capaces de definir con exactitud las principales causas que lo originan, algunas teorías psicológicas y el estudio de los factores de riesgo pudieran ofrecer alguna explicación útil al respecto.

*1.- Teoría psicoanalítica sobre la agresión.* De manera general, esta teoría ha descrito que probablemente los sentimientos de culpa, la identificación con el niño y el desplazamiento de la agresión pudieran constituir la razón de algunos actos agresivos. Independientemente de los mecanismos responsables, esta teoría

presupone la presencia de personalidades inadecuadas y síntomas de estrés en los padres, combinación que hace que vuelvan a utilizar mecanismos de defensa primitivos para reducir la ansiedad (Garraida, 1980).

2.- *Teorías conductistas o de “aprendizaje social”*. La explicación que ofrecen estas teorías es que la probabilidad de que un niño o un adulto manifiesten agresividad o incrementen la fuerza e intensidad de su comportamiento agresivo, dependerá del tipo de recompensas o castigos que hayan recibido en el pasado; por lo tanto, en función de la presencia e influencia de modelos agresivos y del grado en que la agresión haya conseguido aliviar su enojo y su hostilidad y les haya llevado a canalizar los fines a los que aspiraban es que el maltrato puede perpetuarse y repetirse una vez más (Garraida, 1980).

3.- *Factores de riesgo*. Para autores como Arrubarena y De Paúl (1994) “la familia es un escenario de ‘socialización primaria’, especialmente importante por su relevancia y provisión de apoyo (...) es en ella, en donde cobran especial significación los principales factores de riesgo y de protección para el maltrato”. En función de esta consideración, Simón y cols. (2000) propusieron una serie de factores de riesgo presentes en el ámbito familiar que deben de ser considerados para el estudio del maltrato infantil:

- Alcoholismo y / o drogadicción de alguno de los padres.
- Problemas de salud mental de alguno de los padres.
- Ausencia de uno de los padres en el hogar.
- Estilos educativos autoritarios.
- Historia parental de malos tratos.
- Falta de redes de apoyo social.
- Graves problemas de apoyo material en la familia.
- Problemas de violencia marital.
- Progenitores con historia sexual o emocional traumática.
- Madre no protectora.
- Actitudes de devaluación o rechazo hacia la infancia.

Un aspecto primordial en el estudio del maltrato infantil, es aquel relacionado con las **Repercusiones y Consecuencias** del mismo. Santana y Sánchez (1998) mencionan que existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de maltrato y el desarrollo biopsicosocial del niño. Por lo tanto, los síntomas que presentan las víctimas de estos tipos de abuso no ocurren de manera aislada. Un menor que ha experimentado una historia de maltrato comúnmente manifiesta una combinación de síntomas que reúnen los criterios para el diagnóstico en el DSMIV: desorden de estrés postraumático, desorden de estrés agudo, o desórdenes disociativos. Bajo esta perspectiva, desajustes y déficits personales o sociales en la infancia bien pudieran tener como causa relacionada una experiencia de maltrato previa (García, 1995).

Contrario al pensamiento común, no todos los niños maltratados son dóciles y se muestran ansiosos por agradar. La gran mayoría desarrollan comportamientos negativistas, muestran agresividad y con frecuencia exhiben una conducta hiperactiva (Kempe, 1979).

Autores como Zeanah y cols. (2001) mencionan como consecuencia inmediata de una situación de maltrato el deterioro de las relaciones padres – hijos cuando son éstos los que propician o permiten los malos tratos. Estos autores consideran que: “puesto que el vínculo establecido entre ellos no sólo facilita el desarrollo del niño sino que lo protege de diferentes factores de riesgo ambientales, fallas importantes en el establecimiento del mismo genera a su vez en el infante problemas de regulación de las emociones, interacciones conflictivas y dependientes con las madres, auto evaluaciones negativas y dificultades para expresar sentimientos de manera verbal”. Gallardo y cols. (1997) estudiaron los efectos del maltrato y del rechazo sociométrico sobre la adaptación social y afectiva en los infantes. Sus resultados arrojaron diferencias significativas entre ambos, ya que a pesar de que el ser maltratado físicamente y presenciar violencia familiar produjo un patrón de conducta muy similar, los maltratados físicamente se caracterizaron por presentar una conducta externalizada y en menos medida internalizada; mientras que los que presenciaron violencia presentaron tanto problemas depresivos, internalizados, como por conducta externalizada.

Mann y McDemott (1998) describieron en sus escritos algunos tipos de psicopatología observada en niños víctimas de maltrato físico, tales como: “el daño total en el funcionamiento del Yo relacionado con defectos intelectuales y cognoscitivos, estados de pánico como resultado de traumas infligidos o temidos, distorsiones graves de las relaciones objetales con falta de confianza en los demás, control de impulsos alterado, auto concepto bajo, conductas autodestructivas, dificultades con la separación y en la adaptación escolar”. Estos mismos autores mencionan que: “a pesar de que se presentan diferencias claras en las maneras en que cada niño enfrenta un ambiente de maltrato y la sintomatología que éste genera, es posible definir áreas comunes de trauma psicológico”:

- a) Temor al ataque físico o abandono que conduce a la depresión y ansiedad. Que a su vez produce defensas de agresión, desconfianza y problemas con el control de impulsos.
- b) El fracaso que se genera al tratar de cumplir las expectativas distorsionadas de los padres conduce a relaciones objetales defectuosas, luchas por la dependencia e internalización de una auto imagen negativa (lo que aumenta aún más la depresión ya existente).
- c) Dificultad para lograr la separación y autonomía. El niño se mantiene “escindido” entre el Yo y los demás, basado en experiencias de ser recompensado en forma alterna o rechazado de formas arbitrarias, se percibe como totalmente bueno o totalmente malo.
- d) Si existen múltiples rechazos, ubicaciones fuera de casa (ya sea por hospitalizaciones u otras causas), la ansiedad de separación y la ambivalencia sobre el apego de los cuidadores se ven incrementadas.

Otra de las consecuencias frecuentes del maltrato infantil es la depresión y la ideación suicida. Finzi, y cols. (2001) refieren que los síntomas depresivos son comunes y de mayor gravedad en los niños que han sufrido maltrato físico que en aquellos que no han sido víctimas del mismo. Lunts y Spatz (1994) relacionan los malos tratos infantiles con el abuso de sustancias tóxicas, delincuencia, criminalidad y suicidios.

Si pensamos en las consecuencias a largo plazo, podemos hacer referencia a investigaciones como las de Mac – Millan y cols. (2001) quienes abordan en sus escritos la relación entre la exposición a uno o más tipos de maltrato infantil y el rango de secuelas posteriores, tales como: desórdenes de la personalidad, daños físicos, utilización de fármacos y correlatos neurobiológicos. Wolfe (2001) realizó un estudio similar e investigó sobre la relación existente entre el maltrato infantil y el riesgo de presentar problemas de desajuste y/o violencia en la adolescencia. Reportó que: “los niños con historial de maltrato presentaron durante su adolescencia mayores niveles de depresión, estrés postraumático y personalidades disociadas en comparación con aquellos que no lo sufrieron”.

Mostrar datos como los anteriores nos hace constatar las graves consecuencias que el Maltrato Infantil acarrea consigo y genera la urgencia de contar con un diagnóstico claro y preciso. Por tal razón, en la actualidad se han incrementado el número de investigaciones que centran sus esfuerzos por encontrar **Indicadores Físicos y Conductuales de Maltrato**, mismos que faciliten una adecuada valoración que permita una intervención a tiempo y eficaz.

Simón y cols. (2000) refieren diferentes indicadores físicos y psicológicos del abandono físico, maltrato físico y maltrato psicológico, mismos que son descritos en la siguiente tabla:

Indicadores	Abandono o Negligencia	Maltrato Físico	Maltrato Emocional
<b>Físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suciedad o desaliño extremos</li> <li>- Hambre Habitual</li> <li>- Apariencia física demacrada</li> <li>- Falta de protección contra el frío</li> <li>- Problemas físicos desatendidos</li> <li>- Necesidades médicas ignoradas</li> <li>- Accidentes domésticos repetidos debido a negligencia por parte del adulto</li> <li>- Periodos prolongados sin supervisión del adulto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones cutáneas (moretones, mordeduras, heridas, cortes, pinchazos, pellizcos, marcas de cables, marcas de cinturones o quemaduras)</li> <li>- Lesiones internas (dislocaciones, lesiones en glóbulos oculares, lesiones neurológicas o viscerales)</li> <li>- Lesiones óseas (fractura de huesos)</li> <li>- Intoxicaciones no accidentales, asfixia o ahogamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraso en el crecimiento</li> <li>- Enfermedades psicosomáticas</li> <li>- Accidentes frecuentes</li> </ul>
<b>Conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El niño se duerme en clase o está siempre somnoliento</li> <li>- Ausentismo escolar</li> <li>- Roba o pide comida</li> <li>- Faltas continuas de puntualidad y/o asistencia</li> <li>- Permanencia prolongada en lugares públicos o en la escuela</li> <li>- Fugas de casa</li> <li>- Manifestaciones afectivas extremas</li> <li>- Pesimismo</li> <li>- Muestras de desconfianza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recelo por parte de los niños para ir a su casa</li> <li>- Recelo del contacto con sus padres u otros adultos</li> <li>- Viste ropas inadecuadas para el tiempo (para cubrir lesiones)</li> <li>- Puede presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento o agresividad</li> <li>- Se queja excesivamente o se mueve con incomodidad</li> <li>- Se siente rechazado y no apreciado</li> <li>- Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades en el desarrollo evolutivo (lenguaje, psicomotricidad y socialización)</li> <li>- Muestras de pesimismo, ansiedad y/o depresión</li> <li>- Desórdenes conductuales como retraimiento y conducta antisocial</li> <li>- Excesiva rigidez y conformismo</li> <li>- Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad</li> <li>- Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Fugas de casa</li> <li>- Trastorno de control de esfínteres y/o desórdenes del sueño</li> </ul>

**Tabla 3.** Indicadores físicos y conductuales del maltrato

Aunadas a las consecuencias derivadas exclusivamente del maltrato, se encuentran aquellas que tienen que ver con una situación de **Institucionalización** o acogimiento residencial. Los niños víctimas de malos tratos y que se encuentran además en acogimiento residencial dentro de cualquier institución de asistencia social es probable que hayan experimentado pérdidas importantes en sus vidas. Estas pérdidas y los sentimientos asociados, no sólo tienen que ver con la separación de sus principales afectos (como sus padres, hermanos, parientes o amigos), sino con la pérdida o alejamiento de otras situaciones o contextos sociales (como la escuela) y físicos (como sus objetos personales) a los que el niño se siente vinculado.

Autores como Swanson y Shaefer (1998), citados en Fernández y Fuentes, (2000) clasifican estas pérdidas de la siguiente manera:

- a) *Pérdidas de tipo físico y material*. Consideran que aunque el niño no haya vivido en condiciones adecuadas en su hogar, se le separa de todo aquello que le es familiar y conocido, desde su ropa hasta de los objetos que pueden constituir su principal fuente de seguridad y control de su vida.
- b) *Pérdidas psicosociales*. Debido a que el menor es separado de su familia y de otras personas a las que se siente vinculado (ya sean niños o adultos).
- c) *Pérdidas socioculturales*. Ya que el niño recién institucionalizado se enfrenta a un ambiente con diferentes hábitos, rutinas, normas, valores y costumbres de todo tipo, desde las de tipo educativo hasta las recreativas.

Aunque existen investigaciones como la de James y cols. (2003), donde establecen que el acogimiento residencial puede constituir un factor que contribuya a decrementar el cuadro clínico producto del maltrato; Zeanah y cols. (2001) encontraron evidencia que sostiene que los niños institucionalizados presentan problemas cognitivos, sociales y conductuales; aunque pudiera suponerse que muchos de estos problemas se desprenden de la situación de maltrato, los resultados de su investigación reportan que la institucionalización en sí misma contribuye a una adaptación pobre. Esta postura aunque es sostenida por Lawrence (2002) difiere en el hecho de que los efectos que la institucionalización tiene en los niños dependerán estrechamente del tipo de

institución, de la historia de maltrato de cada niño y de las institucionalizaciones previas. Este autor afirma que: “en algunos casos, los aspectos de la institucionalización sirven para incrementar la severidad, tipo y frecuencia de los problemas de conducta”.

Por último, si además agregamos la cualidad “temporal” del acogimiento que ofrece este tipo de instituciones podemos sumar al cuadro clínico que rodea a esta población en específico, síntomas relacionados con el temor, la incertidumbre y la desesperanza respecto a lo que pueda ofrecerles el futuro.

Respecto al **Tratamiento** y a pesar de lo alarmante que resultan los efectos de este fenómeno social, aún son escasos los estudios que describan resultados referentes a intervenciones psicoterapéuticas realizadas con niños víctimas de maltrato y que se encuentren además en acogimiento residencial. Probablemente porque hasta hace tan sólo unos años el maltrato aún no había sido conceptualizado como una forma de victimización que requiriera intervenciones psicológicas centradas en el niño (Schaefer y O’connor, 1988).

La evidencia empírica encontrada señala que el principal tipo de intervención esta basado en programas en los que se trata al niño y a los padres, siendo recomendable el uso de la terapia familiar (Cirillo y Blassio, 1991).

Desde el marco cognitivo – conductual autores como Webb (1991) y Cantón y Cortés (2002), han sugerido tratamientos enfocados en el trauma, mismos que permitan un adecuado abordaje en la prevención secundaria y terciaria. La meta principal en ambos tratamientos es el procesamiento cognitivo y emocional del evento, por lo tanto, las intervenciones están diseñadas para cambiar pensamientos, sentimientos ‘mal adaptativos’ y comportamientos asociados con el evento traumático.

Recientemente, ha sido evidente la aparición de un mayor número de investigaciones relacionadas con el uso de la técnica de juego como fundamento de intervenciones psicológicas en niños maltratados. Casi todos los autores revisados coinciden en que las principales aportaciones de este tipo de terapia consisten en que el juego proporciona a este tipo de niños un ambiente

sumamente estable, pues permite establecer un tipo de relación en donde el niño se sienta seguro para expresar sus sentimientos. Como ejemplo podemos mencionar la investigación realizada por Schaefer y O'connor (1988), quienes consideran que el juego puede fungir como una herramienta útil en el tratamiento del maltrato, puesto que: "facilita la expresión de sentimientos y fantasías profundas de manera más rápida que a través de la verbalización".

En casos de maltrato infantil donde además exista institucionalización el diseño y aplicación de tratamientos psicológicos se vuelve aún más complicado, ya que no se cuenta con la presencia de los padres. Quizás es por eso que la evidencia teórica se vuelva más escasa.

En este contexto se encontraron trabajos de Kot (1995), Landret y Sweeney (2001), quienes estudiaron la efectividad de la terapia de juego individual intensiva con niños víctimas de maltrato. Los resultados de sus investigaciones reportaron mejorías significativas en relación al auto concepto y disminución de problemas conductuales externalizados.

Zeanah y cols., (2001) pusieron a prueba la efectividad de un programa de intervención diseñado para mejorar la situación de infantes y pequeños maltratados en vías de adopción, para prevenir situaciones de abuso posteriores. Sus resultados reportaron que, el practicar intervenciones con infantes y pequeños maltratados en hogares de adopción, contribuyó a reducir substancialmente los índices de reincidencia

Howe y Fearnley (2003) centraron sus intervenciones terapéuticas en los desórdenes del apego y como estos influyen en el comportamiento de los niños institucionalizados y mostraron también resultados exitosos.

Gómez, (1994) en su trabajo de tesis, abordó el manejo de la agresión en un grupo de psicoterapia infantil, al respecto mencionó: "para un niño que ha sido objeto de maltrato, que ha sido muy frustrado o duramente castigado, o cuyos padres y niñeras han sido personas frías y restrictivas, los grupos terapéuticos le pueden proporcionar la posibilidad de establecer relaciones saludables y reidentificaciones". En ese sentido, los grupos son de especial valor para los niños que, como autoprotección, se han apartado con hostilidad de los adultos. Bajo

esta misma perspectiva Tyndall – Lind (1999) encontró que los grupos de terapia de juego intensiva con niños que habían experimentado violencia doméstica maximizaban los efectos de la terapia de juego en una intervención. Los resultados que reportó están relacionados con mejorías respecto al auto concepto, reducción de conductas problemas de tipo externalizado y decremento en los niveles de agresión, ansiedad y depresión.

#### 1.1.1 Albergue Temporal de la P.G.J. del D.F.

En nuestro país la atención primaria a las víctimas infantiles de la violencia o maltrato se realiza a través la Dirección General de Protección y Defensa del Menor, “Organismo de protección que como parte de su legislación ha contemplado la creación de hogares sustitutos o centros temporales de acogimiento residencial como una medida para evitar la perpetuación del maltrato y proteger al menor víctima del mismo”. Bajo esta premisa el Estado coloca al menor maltratado bajo la protección de las instituciones públicas: “sustrayéndolo de ser necesario del influjo pernicioso de sus agresores y decidiendo sobre la responsabilidad de los mismos y resolviendo sobre la custodia, tutela, patria potestad y pensión alimenticia a beneficio del menor afectado” (Documentos oficiales del Albergue Temporal de la PGJDF, 2003).

Para cumplir con esta atribución, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal cuenta con un Albergue Temporal -escenario sede del trabajo que se expone- organizado como un órgano con autonomía técnica y operativa. Su objetivo es el acogimiento de menores e incapaces canalizados por el Ministerio Público. Su función central es la de: “otorgar asistencia y protección social, brindando atención integral, humana, empática y profesional a niños y niñas menores de doce años relacionados con averiguaciones previas y procesos penales, familiares y civiles, cuando exista para ellos una situación de abandono, conflicto, daño o peligro” (Documentos oficiales del Albergue Temporal de la PGJDF, 2003).

Considerado como un lugar de “estancia temporal” el Albergue recibe a los niños que son víctimas de exclusión y abuso mientras se define su destino permanente. Sus políticas sólo permiten a los menores un tiempo de estancia aproximado a los 3 meses mientras se resuelve su situación legal; si sobrepasan este tiempo límite sin que se haya resuelto su situación jurídica, se les canaliza a otra institución de asistencia social o a una casa hogar. Sólo los lactantes que son considerados candidatos viables para ser adoptados pueden permanecer en la Institución un año o más.

Durante este tiempo de estancia y para brindar una atención integral a los menores que ahí se encuentran, el Albergue contempló desde su creación, la organización de diversas áreas o departamentos encargados del cuidado físico y emocional de los mismos. Entre ellas se puede mencionar:

1. Trabajo Social
2. Psicología
3. Pedagogía
4. Nutrición
5. Odontología

Puesto que el Albergue fungió como Sede de la Residencia en Psicoterapia Infantil, es necesario describir con mayor detalle el área de Psicología, ya que ahí se ubicó el núcleo y escenario de la intervención que se expone en este trabajo.

El objetivo general de la Subdirección de Psicología es: “planear, programar y supervisar la atención especializada en materia de psicología a los menores que ingresan al Albergue Temporal”. Las funciones específicas de este departamento son: “ofrecer apoyo psicológico a los problemas emocionales y conductuales derivados del motivo de ingreso de los menores que se encuentran en el Albergue, así como cuidar y estimular su adecuado desarrollo emocional” (Documentos oficiales del Albergue Temporal de la PGJDF, 2003)

Para lograr los objetivos anteriores el área de Psicología se encarga de:

- a) *Evaluación inicial*. Conocida también como *Perfil de Ingreso*, consiste en la elaboración de un documento que incluye el motivo de ingreso del menor,

se especifica si cubre o no el perfil para ser aceptado dentro del Albergue. El perfil básico que se requiere para ingresar es que el niño sea menor de 12 años y que no presente conductas agresivas que pongan en riesgo su integridad o la de otros. Este documento además debe señalar si el menor requiere atención especializada y en su caso por que tipo de profesional debe de recibirla. Cuando estos requisitos no son cubiertos el menor debe ser canalizado a otra institución similar.

- b) *Valoración Psicológica*. Tras su ingreso el menor es asignado a un psicólogo para que elabore un *Reporte de Evaluación*, mismo que contiene: datos personales, técnicas o pruebas empleadas, antecedentes, motivo de estudio y análisis o resultados de las pruebas aplicadas (agrupados en área: intelectual, psicomotora y socio-afectiva). Por último esta valoración debe de incluir un pronóstico, recomendaciones y conclusiones.
- c) *Atención Psicoterapéutica*. En caso de que se determine que el menor necesita atención psicológica, el psicólogo asignado deberá agregar al expediente un *Reporte de Sesión*, mismo que especifique el número de sesión, la fecha, el (los) objetivo (s), así como la técnica empleada, los logros o evolución y los eventos relatados por el niño en cada una de las sesiones. En caso de no poder brindar la atención psicológica dentro del Albergue, es posible la canalización a otras instituciones con las cuales se tenga convenio, entre las cuales se encuentran: el CTA (Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales), ADEVI (Centro de Apoyo Socio jurídico a Víctimas de Delito Violento), CARIVA (Centro de Atención a Riesgos Victimales y Adicciones), CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar), el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, entre otras.
- d) *Observación de Convivencias*. En caso de ser determinada la observación de la interacción de los padres o responsables con el niño, es necesario realizar un *Reporte de Convivencia*, mismo que deberá describir brevemente la conducta y actitud del menor antes, durante y después de la visita. De igual manera se describen las conductas del visitante.

- e) *Evaluación de Egreso*. Conocida también como *Reporte de Egreso* debe ser realizada cada vez que un menor egresa del Albergue, ya sea porque haya sido canalizado a otro Albergue o Casa Hogar, o porque sea reinsertado a su hogar o colocado a cargo de algún familiar alternativo. En este reporte deberá de nuevo describirse el caso (especificar motivo de ingreso, impresión diagnóstica, objetivos terapéuticos, modalidad de trabajo psicoterapéutico y asuntos relevantes), además de incluir los logros terapéuticos, las recomendaciones finales, los pendientes y el motivo de alta.

Este recuento de funciones muestra como el Área de Psicología, dirige sus esfuerzos principalmente hacia la valoración y psicodiagnóstico de los niños que permanecen en esta institución. Antes de fungir como escenario sede de la Residencia en Psicoterapia Infantil, el registro de casos atendidos con algún tipo de tratamiento psicológico dentro del Albergue era bastante escaso. Una demanda excesiva en contraparte con un personal insuficiente imposibilitaba la atención psicoterapéutica dentro del mismo e incrementaba la canalización de casos para su atención a instituciones externas.

Al insertarse el programa de Residencia de Psicoterapia Infantil al escenario del Albergue Temporal se abrió la oportunidad de elaborar diferentes propuestas de intervención aplicables a este tipo de población. En ese sentido podemos mencionar a Ruiz (2004) quien realizó un trabajo de grupo con niños y niñas (entre 9 y 11 años de edad) víctimas de maltrato, desde un abordaje multimodal. En esta misma línea, Pérez (2004) trabajó con un grupo de niñas (entre 9 y 11 años de edad) víctimas de abuso sexual. Por su parte, Rojas (2005) también realizó una intervención psicoterapéutica grupal pero desde un enfoque psicoanalítico, con niños entre 6 y 8 años, víctimas de maltrato. De manera general, estas autoras reportaron una disminución del malestar y mayores recursos para el manejo de la angustia en los niños atendidos; resultados favorables para la atención psicológica especializada en ésta población.

## 1.2 Psicoterapia con Orientación Psicoanalítica

Con base en las necesidades observadas en el menor atendido dentro del Albergue Temporal de la P.G.J. del D.F., el diseño de la estrategia de intervención retomó aspectos relacionados con el desarrollo psicológico infantil, aportaciones de la psicoterapia de grupo y la psicoterapia breve. Todo ello desde un marco teórico predominantemente psicoanalítico.

### 1.2.1 Desarrollo Psicológico Infantil

Melanie Klein consideró que los niños y las personas en general atraviesan por dos posiciones: la esquizo-paranoide y la depresiva. Definió la *posición* como una configuración integrada por una determinada angustia, cierto tipo de relaciones objetales, mecanismos de defensa e integración del Yo.

Bajo esta línea de pensamiento Klein (1946-1988) observó que desde el nacimiento existe en el infante un Yo rudimentario capaz de experimentar ansiedad, utilizar mecanismos de defensa para contrarrestarla y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Para esta autora, “la ansiedad surge de la actuación del instinto de muerte dentro del organismo, es sentida como temor a la aniquilación (muerte) y toma la forma de temor a la persecución” (Klein, 1946-1988, pág. 14).

Aunque este Yo no se encuentra aún suficientemente organizado, paulatinamente y a la par que avanza el desarrollo fisiológico y psicológico se espera que logre su integración total (Klein, 1952–1988).

Para un bebé recién nacido la realidad externa supone un mundo de objetos, mientras que la realidad interna supone la existencia de pulsiones libidinales y agresivas que requieren de ciertos objetos mentales, es decir representaciones, para poder ser expresadas. La forma en que se establece este proceso es a través de la fantasía inconsciente, entendida como: “formaciones psíquicas asociadas a la realización de los impulsos instintivos” (Heimann, 1951-

1972, pág. 41). Por lo tanto, estas fantasías constituyen procesos dinámicos ya que las experiencias con la realidad influyen en ellas y viceversa.

Durante los primeros meses de vida, una parte esencial de la vida psíquica del bebé está determinada por la lactancia. Sea cual fuere la calidad de los cuidados, este acto en sí mismo se caracteriza por la sucesión y repetición de experiencias de pérdida y reencuentro. De esta forma, las primeras experiencias del lactante con el alimento y la presencia de la madre inician una relación de objeto, pero de naturaleza parcial, puesto que todas las pulsiones van dirigidas hacia el pecho de la madre en particular. Las vivencias recurrentes de gratificación y frustración son, por lo tanto, fuertes estímulos de las pulsiones destructivas y libidinales, del amor y del odio. Bajo esta premisa: “en la medida en que satisface el pecho es amado y sentido como ‘bueno’ y en periodos de hambre o dolor, es decir, como fuente de frustración es odiado y sentido como ‘malo’” (Klein, 1952-1988, pág. 72).

Esta polaridad afectiva es producto de la falta de cohesión del Yo temprano pero también de los procesos de escisión dentro del Yo y en la relación con el objeto.

Paralelamente a estas experiencias que implican factores externos, procesos intrapsíquicos como la proyección y la introyección contribuyen a reforzar el clivaje del objeto primitivo. Las pulsiones son proyectadas hacia afuera: las de amor son atribuidas al pecho gratificador y las destructivas son atribuidas al pecho frustrador. De manera simultánea, por introyección, un pecho gratificador y uno frustrador son asimilados en el interior (Klein, 1946-1988).

La ansiedad persecutoria, predominante en este primer periodo, surge por el temor de que el objeto investido agresiva y persecutoriamente se introduzca en el Yo y lo aniquile tanto a él como al objeto ideal. No obstante, aún durante este estadio primitivo, la gratificación y el amor experimentados a través de la relación del bebé con el pecho bueno ayuda a contrarrestar la ansiedad persecutoria y fortalece su confianza en este objeto ideal. Para esta autora: “un pecho idealizado y poseído omnipotentemente es un pecho perfecto, inagotable y siempre gratificador” (Klein, 1946-1988, pág.16).

El pecho idealizado constituye el corolario del pecho perseguidor y “en la medida en que la idealización deriva de la necesidad de protección contra los objetos perseguidores, es un medio de defensa contra la ansiedad” (Klein, 1952-1988 pág. 74).

De igual forma, a través de la proyección original del instinto de muerte, surge la identificación proyectiva, misma que funciona como mecanismo de defensa al escindir y apartar partes del Yo y objetos internos que se proyectan a su vez en el objeto externo, quien queda entonces poseído y controlado por las partes proyectadas e identificado con ellos. Sus principales propósitos son dirigirse hacia el objeto malo para obtener el control de la fuente de peligro o proyectar partes buenas para evitar la separación y mantenerlas a salvo de los ataques agresivos. Aunque este mecanismo de defensa aparece desde la relación de objeto parcial con el pecho, muy a menudo se intensifica cuando se percibe a la madre como un objeto total y la identificación proyectiva penetra en todo su cuerpo (Klein, 1952-1988).

Aunque pareciera que los mecanismos de defensa que predominan en este estadio pudieran obstruir el proceso de integración, son necesarios para el total desarrollo del Yo porque ofrecen protección contra las ansiedades tempranas al mantener alejado al objeto persecutorio del objeto bueno e ideal.

Todas estas características de la ansiedad llevaron a Melanie Klein a denominar este periodo como Posición Esquizo – Paranoide, ya que la ansiedad que predomina es de tipo paranoide (temor a ser atacado) y el estado del Yo y de sus objetos se caracterizan por la escisión llamada esquizoide.

Es así que durante los primeros meses de vida el paulatino progreso del proceso de integración depende directamente de la supremacía temporal de las pulsiones de amor por sobre las destructivas. Estos estados alternados de integración y desintegración conducen a estados transitorios en los que el Yo sintetiza en un mismo objeto ambas pulsiones, disminuyendo en consecuencia la ansiedad persecutoria. A medida que el Yo reintroyecta un mundo externo más tranquilizador se producen progresos esenciales en la organización del Super Yo, puesto que disminuyen la discrepancias entre el mundo interno y externo.

Gradualmente la relación del bebé con partes del cuerpo de la madre (centrada básicamente en su pecho) se transforma en una relación con ella como persona. Ello contribuye a que la ambivalencia afectiva sea ahora experimentada predominantemente hacia un objeto total (Klein, 1952-1988).

Cuando el bebé comienza a comprender que el objeto de su amor está representado por el mismo objeto de su odio y efectúa la síntesis, surge la angustia de tipo depresivo, ante la posible pérdida y destrucción de ese objeto ocasionada por sus instintos agresivos. Como consecuencia de este temor se produce una mayor identificación con el objeto dañado, aparece el sentimiento de culpa y junto con él la imperiosa necesidad de reparar, preservar o revivir el objeto amado dañado (Klein, 1946-1988). El impulso a la reparación, puede ser considerado como: “la consecuencia de un mayor insight de la realidad psíquica y de una creciente síntesis e integración de su Yo” (Klein, 1946-1988, pág. 24)

El amor cumple un papel clave en este proceso porque es el encargado de controlar tanto la destructividad como el deseo de reparar el daño realizado. Conforme se adquiere la capacidad y el deseo de restaurar ese objeto bueno, el Yo se vuelve capaz de conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades. Cuando el bebé fantasea o realiza actividades reparatorias se libera de la ansiedad y además, surgen sentimientos de esperanza, mismos que inician un proceso que acrecenta su confianza en si mismo y en la capacidad que tiene de restaurar el objeto interno (Klein, 1952-1988).

Sin embargo, durante los momentos en los que la ansiedad se eleva incontrolablemente el Yo también puede utilizar defensas de tipo maniaco como la idealización o la negación o regresar a la posición esquizo – paranoide, reactivando los procesos de clivaje.

Por tal motivo la Posición Depresiva desempeña un rol sumamente importante en el desarrollo temprano del niño, puesto que si los procesos que la subyacen son resueltos de manera exitosa el Yo será capaz de introyectar y establecer el objeto total de su amor; lo cual demuestra su creciente integración y estabilidad. En ese sentido, aún en estadios de la vida posterior la evolución de un duelo y su salida, normal o patológica, estarán determinadas por la manera en que

el bebé haya superado la pérdida de su primer objeto de amor, es decir en la medida que haya elaborado o no la posición depresiva (Klein, 1952-1988).

Durante el transcurso de la Posición Depresiva conforme se amplia la órbita emocional e intelectual del infante se advierte el vínculo entre su padre y su madre. Esta relación recién descubierta se convierte en un factor altamente significativo en su vida y marca el comienzo de las etapas tempranas del Complejo de Edipo (Klein, 1946-1988).

Para Klein (1952-1988, pag. 87) este inicio: “está relacionado con cambios fundamentales en la organización sexual”, y aunque los deseos orales predominan aún, las tendencias uretrales, anales y genitales cobran fuerza. Ello implica una confluencia de distintas fuentes de líbido y agresión, lo cual significa que se amplíe la gama de fantasías y aparezcan situaciones nuevas de ansiedad. A raíz de sus propias pulsiones el bebé fantasea que sus padres intercambian gratificaciones orales, anales, uretrales o genitales y esto le genera gran frustración, celos y envidia porque esas gratificaciones las desea para el mismo. De ahí surge el deseo de destruirlos (Heimann, 1951-1972).

Estas teorías sexuales conforman la base de las “figuras parentales combinadas”, puesto que aún y cuando el bebé sea ya capaz de reconocer a la madre como un objeto total, la figura parental no se encuentra totalmente diferenciada. Por lo tanto, la fantasía omnipotente de la “figura parental combinada” es un mecanismo para negar la relación con sus padres. En la medida en que se desarrolla una relación más real con ambos padres y se les considera como individuos separados, la primitiva “figura parental combinada” tiende a desaparecer. El temor de perder a la madre como objeto amado primario contribuye a crear sustitutos y hace posible la integración de la figura paterna como persona total (Klein, 1952-1988, pág.88).

Los estadios tempranos del Edipo se caracterizan también por una marcada ambivalencia, ya que ambos padres representan objetos de amor y de odio, los ataques se dirigen a la relación mutua y la elección de un objeto sexual es aún incierta.

En el niño las fantasías se centran básicamente alrededor del coito con la madre y los temores de castración. En la niña en el coito con el padre y el miedo de ser atacada por la madre (Heimann, 1951-1972).

Aunque las fluctuantes posiciones del Complejo de Edipo despiertan renovadamente ansiedades persecutorias y depresivas, se espera que a través del proceso de elaboración de los conflictos edípicos y el logro de la primacía genital, el niño sea capaz de establecer firmemente los objetos buenos en su mundo interior y desarrolle una relación estable con sus padres.

De acuerdo a Klein (1930-1990, pág.226) “con el comienzo de la posición depresiva el Yo como un mecanismo producto de la angustia se ve llevado a proyectar, desviar y distribuir sus pulsiones en nuevos objetos e intereses”.

No obstante, ello sólo constituye un primer proceso de identificación y en la medida en que se continúa desarrollando es que surge la simbolización como fundamento de toda fantasía y sublimación. Sobre ella se construye la relación del niño con su mundo exterior y con la realidad en general. Sin embargo, como una condición previa para el desarrollo exitoso de estas sublimaciones es necesario que el amor hacia los objetos primarios predomine por sobre el odio y los deseos agresivos. De no ser así los objetos sustitutos se convertirán en objetos de angustia y ello pudiera producir inhibiciones en la curiosidad intelectual, en el aprendizaje y en general en la relación con los objetos que corresponden al mundo externo (Klein, 1930-1990).

Una vez que se ha instaurado el proceso de simbolización, el bebé es capaz de distinguir con mayor claridad entre sus propias fantasías y los hechos que conciernen a la realidad, entre los objetos instalados en su interior y aquellos que lo rodean en el exterior.

Sin embargo, este importante paso no ocurre de manera espontánea. Como tantos otros sucesos concernientes al desarrollo psíquico infantil, el proceso que inicia a partir de la incapacidad del bebé para reconocer y aceptar la realidad hasta la adquisición de la capacidad para reconocerla requiere de una transición gradual.

En esa transición, Winnicott (1953 - 1999) centra su atención sobre una zona intermedia de experiencia entre lo subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva. Para él, este momento de transición constituye un punto medio entre lo interno y lo exterior.

Según la concepción de Winnicott (1953-1999, pág. 19) “el ser humano tiene la posibilidad de transitar desde la dependencia absoluta del medio ambiente a una independencia relativa, desde la subjetividad total no organizada a un mundo compartido”. En todo este recorrido, enfatiza Winnicott (1953-1999) a diferencia de Klein, el papel de la madre resulta fundamental.

Esto implica que en el recorrido el bebé deberá aceptar la existencia de un mundo que no sea el propio Yo, es decir, el mundo no-Yo. Su hipótesis es que lo hace a través de la constitución de un tercer espacio ilusorio o virtual, un área intermedia de experiencia, en la que concurren participativamente tanto la realidad interna como la externa.

Winnicott (1953 - 1999) describió que el bebé, en los estadios tempranos del desarrollo humano, se vincula con el mundo externo a partir de sí mismo, de sus propios gestos, de su creatividad primaria, siempre y cuando sea sostenido por el otro en una relación de dependencia que él ignora, de tal forma que lo exima de reconocer o de negar la situación de dependencia. El tipo de vinculación que establece desde la subjetividad, que Winnicott (1953-1999, pág.28) denominó "ilusión", le permite generar una continuidad entre sus propios gestos y el objeto externo. En ese sentido, el aporte de funciones que ocurren por la adaptación de la madre a las necesidades del bebé, posibilitan el espacio de ilusión del niño, zona virtual que se produce por una situación paradójica estructurante del psiquismo en la que el niño crea lo que ya está ahí. Winnicott (1953-1999, pág.30) dice: "cuando su adaptación (la de la madre) a las necesidades del bebé es lo bastante buena, produce en el niño la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear". En otras palabras, hay una superposición entre lo que la madre proporciona y lo que el bebé puede concebir al respecto. Para el observador, éste percibe lo que la madre le presenta, pero eso no es todo. Sólo percibe el pecho en la medida en que es posible crear uno en ese

momento y lugar. No hay intercambio entre él y la madre. En términos psicológicos, el bebé se alimenta de un pecho que es parte de él y la madre da leche a un bebé que forma parte de ella.

La paradoja que rodea y sostiene al bebé, estructurante del psiquismo y no patógena, implica que el objeto es a la vez creado subjetivamente por el bebé y encontrado objetivamente por él. El objeto transicional es el símbolo de la unión de estos dos puntos de vista en apariencia contradictorios.

El espacio transicional es como un puente que genera, une y separa a la vez el interior y el exterior del niño y sólo importa lo que transita, se intercambia y transforma en él. Entonces, los fenómenos transicionales transcurren en un espacio dentro del cual se puede hallar el objeto transicional.

El objeto transicional es la primera posesión “no-Yo” del infante. Desde el punto de vista objetivo es un objeto “no-Yo” y desde la perspectiva subjetiva, el objeto transicional es una superposición “Yo/no-Yo” (Winnicott, 1953-1999, pág. 20-21). Por lo tanto, podemos considerar que no es ni externo ni interno, aunque tiene materialidad. No es un objeto de la pulsión, ni es natural. Se constituye por pura elección del bebé, al establecer con él una relación estrecha, irremplazable (en el sentido de que tiene que ser ese objeto y no otro) y singular, principalmente en momentos de incremento de angustia de separación de los objetos significativos como en el proceso del destete, las despedidas nocturnas, los traslados, las amenazas de depresión, etcétera.

Funciona por lo que hace ahí, por su valor de realidad y no sólo por lo que significa, aunque represente a la vez la ausencia y la presencia del objeto. No es un sustituto simbólico, aunque sin él no se produce el espacio en el que surgirá el símbolo.

Al objeto transicional no se le complace, sino que se le utiliza y finalmente se le deja. Winnicott (1953-1999, pág. 22) se refiere al modo en que se lo abandona, al destino final del mismo, diciendo que: “no se le olvida ni se hace un duelo por él, sólo se le relega a un limbo (...) la pérdida de sentido es porque los fenómenos transicionales se han extendido a todo el territorio intermedio existente

entre la realidad interior y la realidad exterior". A partir del espacio abierto por el objeto transicional surge el juego, la creación y la experiencia cultural.

Al considerar que el objeto transicional es un eslabón entre la indiferenciación y la diferenciación con el otro, podemos decir que toma la posta entre ellas y representa la unión inicial. Simboliza la unión en el primer momento de separación. Los fenómenos transicionales coincidirían con la posición depresiva. Se puede considerar que el estado de ilusión permite crear-concebir el mundo y el estado de desilusión percibirlo-encontrarlo. El uso de un objeto transicional indica que se ha iniciado el trayecto de vinculación con el mundo externo y que el individuo está personalmente presente, que la experiencia le es real.

La revisión de los primeros estadios del desarrollo emocional infantil, principalmente desde las contribuciones teóricas de Klein, Winnicott y otros, no solo ha incrementado el conocimiento de la vida psíquica de los niños pequeños, sino que ha ampliado positivamente la comprensión del desarrollo infantil en su totalidad.

En ese sentido, en la labor actual del terapeuta infantil, el entendimiento de las ansiedades tempranas, el conocimiento de los mecanismos psicológicos que operan como un medio para refrenarlas, la comprensión del concepto de posición no como fenómenos exclusivos de los estadios tempranos del desarrollo, sino como agrupamientos específicos de ansiedades y defensas que aparecen y reaparecen durante los primeros años de la niñez es una premisa básica para el análisis infantil. Por ello, el juego del niño dentro del escenario terapéutico debe ser concebido: "como un medio de expresión natural que le permitirá al niño simbolizar sus fantasías, angustias y culpabilidades", y por lo tanto, la comprensión del juego debe de ser la base para posibilitar el análisis infantil (Klein, 1932 -1994, pág.28).

A diferencia del adulto, en el análisis infantil lo inconsciente está en más estrecho contacto con lo consciente y los impulsos primitivos trabajan

paralelamente con los procesos mentales, por ello la transferencia existe no como el antes y el ahora, sino como el aquí y el ahora (Klein, 1932-1994). Dicho de otra manera la ampliación del **Concepto de Transferencia** llevó a considerar este fenómeno como una externalización de la realidad psíquica y de las relaciones de objeto internas bajo la operación inmediata del impulso y de la ansiedad, y ya no meramente como la presencia del pasado bajo el empuje de la compulsión a la repetición.

Si bien Klein (1932-1994) no incorporó explícitamente el **Concepto de Contratransferencia** como tal, sus contribuciones teóricas permitieron el estudio detallado de este fenómeno. En ese sentido el abordaje del interjuego entre el mecanismo de identificación proyectiva, la transferencia y la contratransferencia dio como resultado avances importantes en la relación analista – paciente y el papel del terapeuta en el proceso psicoanalítico.

Bajo esa línea de pensamiento, podemos observar la existencia de un vínculo entre el paciente y el analista, en donde éste último a través de la comunicación verbal y de la capacitación que le brinda su experiencia formativa puede facilitar un acto creativo dentro de la terapia.

Sin embargo, aún y cuando se cuente con la preparación y la experiencia suficiente, un paciente siempre representará una pesada carga emocional para su terapeuta.

Para Bion (1977, pág.133) “los ataques fantaseados al pecho, abordados por Klein, son el prototipo de todos los ataques a objetos que sirven de vínculo y la identificación proyectiva es el mecanismo utilizado por la mente para deshacerse de fragmentos del Yo producidos por su propia destructividad”. Por lo tanto, en el análisis el paciente puede recurrir a la identificación proyectiva como un mecanismo para disociar sentimientos que son experimentados de manera muy poderosa para ser contenidos y depositarlos en la figura del terapeuta con el objetivo (fundamentalmente inconsciente) de que él, a través de sus interpretaciones pueda metabolizarlos y devolvérselos para que sean reintroyectados sin peligro (López, 2002).

Bajo esta lógica, las interpretaciones cuyas mayores evidencias reposen no en los hechos observados, sino en las reacciones subjetivas del terapeuta serán más factibles de encontrar otras explicaciones diferentes al hecho de ser depositario de reacciones de los propios pacientes. Por lo tanto las reacciones contratransferenciales del terapeuta, serán en buena medida, dependientes del hecho de que él se encuentra como receptor de identificaciones proyectivas de sus pacientes.

Si el terapeuta no es capaz de tolerar esas proyecciones el único recurso disponible para el paciente será continuar utilizando el mecanismo de identificación proyectiva con más fuerza y frecuencia (al incrementar sus ataques y evacuar todo cuando se encuentra dentro de él). Al percibir al terapeuta a través de sus intervenciones como un objeto incomprensivo e incontinente, el paciente se identificará con él y como resultado la cualidad de este objeto introyectado destruirá el vínculo terapéutico y lo despojará de toda capacidad de comprensión, puesto que será incapaz de recibir lo que el ambiente terapéutico le puede ofrecer (Bion, 1977).

Para Bion (1994), la única forma de emitir una interpretación correcta, en términos de que sea aceptada por el paciente y sirva para contener y elaborar su ansiedad, será experimentar y comprender los sentimientos tanto persecutorios como depresivos que son proyectados en la figura del terapeuta durante la sesión. Ello permitirá que “el terapeuta acceda al sentimiento de ser manipulado a jugar un papel en la fantasía del otro” (López, 2002, pág. 96).

Entonces si la teoría muestra a la contratransferencia como la relación transferencial que el analista tiene respecto a su paciente, es de suponerse que en muchas ocasiones el propio terapeuta ignore esos sentimientos debido a que se hallan en el plano del inconsciente. De acuerdo a Bion (1994, pág.149) “la única opción para poder emplear esos sentimientos contratransferenciales será a través de su análisis en un contexto externo al proceso terapéutico”.

Para Winnicott (1947, 1999) es innegable que en distintos momentos del proceso terapéutico el analista llegue a experimentar odio o temor hacia su paciente. Y en la medida que él sea capaz de reconocer y aceptar esos

sentimientos, menor será la incidencia de ellos en su conducta respecto a sus pacientes.

Si una de las principales tareas de cualquier terapeuta consiste en mantener la objetividad ante cualquier material que le presente un paciente, Winnicott (1947-1999, pág. 266) en su teoría, introduce el término 'odio objetivo' para explicar: "la necesidad del terapeuta de poder odiar objetivamente a su paciente".

Así podemos equiparar la función del terapeuta con la función que la madre realiza con un bebé. Al igual que ésta, el terapeuta debe ser capaz de inspirar confianza, ser paciente y reconocer como necesidades los deseos de su paciente. No obstante, a la larga también debe ser capaz de señalarle los sentimientos que ha experimentado como producto del vínculo terapéutico. Ello evitará el temor a la retaliación, permitirá comprobar la supervivencia del objeto y sobre todo impactará positivamente en la ***Función Contínente***.

Respecto a esta función, Bion (1977) retoma la teoría de las posiciones propuesta por Klein en especial la posición depresiva y los conceptos del duelo para desarrollar una Teoría del Pensamiento, misma que a su vez tiene aportes fundamentales a la función de contención dentro de la terapia.

En su teoría Bion (1977) postula que por medio de una función, la 'función Alfa', llevada a cabo por la madre real (y luego la madre introyectada), a través de sus cuidados, atención y comprensión, se ejerce la función para pensar del bebé. Bion, describió así un aparato para pensar los pensamientos, un aparato que crea los pensamientos que son necesarios para ser manipulados en un proceso que será llamado "pensar". Así, se conciben pensamientos sin pensador en busca de un continente para ser "pensados" (López, 2002). Menciona además que cuando el proceso de aprender de la experiencia por medio de la ayuda de los pensamientos y del pensar se halla obstruido por la incapacidad para tolerar la frustración y el dolor depresivo, que se genera ante la presencia de la realización negativa, pueden aparecer la omnipotencia y la omnisciencia como un sustituto del apareamiento de una preconcepción con una relación negativa.

Con esta teoría del pensamiento Bion (1977) hace una importante extensión de la teoría Kleiniana al postular la presencia del objeto como contenedor del dolor mental, le agrega una nueva función, la de “portador de la verdad”. Sugiere que el aparato mental necesita de la verdad de la misma manera que el cuerpo requiere de alimento. Por lo tanto, la idea de una relación entre un continente y un contenido sitúa al terapeuta como un objeto que, al ejercer la ‘función Alfa’, es capaz de comprender y transformar las emociones primitivas del paciente y con ello proporcionar una forma de verdad que actúe como el ‘alimento’ que se necesita para el crecimiento y el desarrollo mental.

En cierta forma semejante, podemos concebir al escenario terapéutico como un espacio transicional, donde la figura del terapeuta existe como objeto transicional fuera del alcance omnipotente del niño y es capaz de sobrevivir a sus ataques y fantasías (Winnicott, 1953-1999). Bajo esa premisa el uso del terapeuta como objeto no se limitará a ser simple depositario del mecanismo de proyección. En la medida que sea capaz de experimentar, comprender y metabolizar el contenido de esos ataques favorecerá la actividad creativa dentro del proceso terapéutico. Con ello no solo disminuirá la angustia de su paciente, sino que promoverá la formación de objetos totales y con ello facilitará la instauración de las instancias Yoicas.

### 1.2.2 Psicoterapia de Grupo

Hasta este punto, la exposición teórica se ha limitado a hacer referencia al vínculo existente entre el terapeuta y su paciente como una unidad. Sin embargo, resulta imposible pasar por alto la cualidad gregaria del ser humano y con ello la importante función que el grupo cumple en el desarrollo pleno de su vida mental.

El estudio de las estructuras psíquicas tempranas, tal como lo formula Klein (1952-1988), demuestra como desde el inicio de su vida, el bebé mantiene relaciones de objeto por medio del contacto inicial con el pecho materno y a través del desarrollo de su experiencia expande ese primer contacto al grupo familiar y

social que lo circunda. Bajo esa perspectiva, la satisfacción de sus impulsos emocionales siempre expresará su componente social (Bion, 1994).

Ello, posibilita establecer una relación entre la psicología individual y la grupal, sobre todo si se considera que la psicología del individuo es en realidad una función de la relación de éste con alguien más. Por lo tanto, “en todo ser humano existirán características cuyo significado no podrá ser entendido a menos que se comprenda que forman parte de su naturaleza social (...) y su funcionamiento difícilmente podrá ser observado a menos que se busque en una situación grupal” (Bion 1994, pág. 107).

En otras palabras, la supuesta evidencia entre la psicología de grupo y la individual es en realidad una ilusión producida por el hecho de que el grupo ofrece un campo de estudio inteligible que sirve para poner en evidencia fenómenos relacionados con la psicología individual.

Bajo esta perspectiva la psicoterapia de grupo (sin demeritar la efectividad de la psicoterapia individual), como estrategia de intervención, también puede resultar de suma utilidad para el manejo y tratamiento de los tempranos conflictos infantiles. Por lo tanto, para continuar con el curso de esta revisión teórica, es necesario abordar el estudio de la ***Dinámica Grupal***.

A propósito de ello, el constructo teórico desarrollado por Bion (1994) sustenta que los grupos poseen una mentalidad grupal, es decir, asume la existencia de un aparato psíquico grupal. Describe como un grupo se une a través de la tarea y de la mentalidad grupal y como ambas influyen en la atmósfera y en la dinámica grupal.

Para Bion (1994) existen dos modalidades de actividad mental en un grupo, una de ellas encaminada hacia la realización de actividades o del cumplimiento de objetivos y la otra que se opone a ello. La primera modalidad se presenta siempre que: “en un grupo terapéutico cada miembro coopera en una actividad de acuerdo con sus capacidades individuales (...) ésta cooperación es voluntaria y depende del grado de habilidad sofisticada que el individuo posea” (Bion, 1994, pág. 117).

A este aspecto de la actividad mental Bion (1994, pág. 117) lo denomina **Grupo de Trabajo**, al describirlo como aquel “en el que pueden encontrarse rasgos que revelan una actividad mental”, es decir, cuando todo el grupo se reúne para ‘hacer’ algo. Específicamente, en un grupo terapéutico, parte de esa actividad mental es destinada a plantear problemas para cuya solución los individuos buscan ayuda tanto del grupo en sí como del terapeuta. Dado que esta actividad mental va emparejada a una tarea, se haya ligada a la realidad y utiliza métodos racionales para ejecutarla, por ello, sus características son similares a las que Freud atribuyó al Yo.

El grupo es considerado, desde esta postura, como un “interjuego entre las necesidades individuales, la mentalidad de grupo y la cultura” (Bion, 1994, pág. 50), si el grupo no logra la gratificación, el sentimiento predominante que puede experimentar es el de frustración.

Bion (1994) menciona que la actividad del Grupo de Trabajo también sufre obstrucciones, diversificaciones y algunas otras actividades mentales que tienen en común el atributo de poderosas tendencias emocionales. Esta otra modalidad de actividad recibe el nombre de **Supuestos Básicos**, ya que aunque a primera vista pudieran parecer caóticas, adquieren cierto grado de cohesión al surgir de suposiciones de carácter inconsciente, comunes a la totalidad del grupo.

Son tres los Supuestos Básicos descritos por este autor (Bion, 1994):

- *Supuesto básico de Emparejamiento.* Dentro de un grupo, es posible observar procesos en los cuales una persona y otra entablan una comunicación única compartida en escucha por los demás, o que se da al mismo tiempo en que otras parejas realizan lo mismo. Este emparejamiento supone una cantidad de propósitos, pero el principal es de carácter sexual. El supuesto básico con relación a la pareja expresa que sus integrantes se reúnen con el propósito de preservar el grupo.
- *Supuesto básico de ataque-fuga.* El grupo, según Bion (1994), parece conocer sólo 2 tipos de autodefensa: el ataque o la fuga. Este supuesto lleva al grupo a ignorar otras actividades, o si no puede hacerlo, a

suprimirlas o evitarlas. Se supone que si el ser humano, como animal gregario, elige un grupo, lo hace para luchar o para escapar de algo. En un grupo terapéutico donde predomine este Supuesto Básico, el terapeuta puede enfrentarse a que sus intentos por aclarar lo que está sucediendo, se vean obstaculizados por el apoyo emocional de los integrantes a las propuestas que expresen odio a toda dificultad psicológica, o bien a los medios a través de los cuales ésta pueda ser evadida.

- *Supuesto básico de Dependencia.* En la mayoría de los grupos existe la búsqueda de un líder. El liderazgo proporciona seguridad a los individuos que dependen de él. Si un líder fracasa, el grupo emprenderá la búsqueda de quien lo sustituya y si éste también fracasa, continuarán en la búsqueda de un sustituto que los satisfaga plenamente. Los individuos dentro del grupo buscan alguien en quien depender, alguien con una carga de omnipotencia, aquel elegido para guiarlos “como si fuese un Dios”. Dentro de un grupo terapéutico, la figura del terapeuta puede ser sobrevalorada por el resto de sus integrantes y llegada a considerar como la única persona, al menos dentro del grupo, que puede ayudarles en su problema.

Para Bion (1994), la riqueza del estudio de la dinámica grupal, reside precisamente en conocer ¿cuáles fuerzas operan? y ¿de qué manera lo hacen?, a fin de poder promover los cambios que afectan a la mentalidad grupal y a la individual. Para el analista “el problema a resolver no reside en un acontecimiento futuro sino en el presente inmediato; es decir, el sentimiento de esperanza en sí mismo” (Bion, 1994, pág. 123) y este sentimiento es característico del grupo de emparejamiento.

Dentro del proceso terapéutico, la importancia radica en capacitar al grupo para que esté conscientemente alerta a los sentimientos de esperanza y sus conexiones y al mismo tiempo los tolere, con el propósito de mantener el Grupo de Trabajo.

Por otra parte, para continuar con la línea de exposición relativa al trabajo de terapia de grupo con orientación psicoanalítica pero ahora en cuanto a la **Psicoterapia de Grupo Infantil**, es pertinente mencionar a Glasserman y Sirlin (1974) quienes realizaron un trabajo exitoso *de y en* grupos terapéuticos con niños.

Una de las aportaciones más importantes de estas autoras, se refiere al establecimiento de diversas **Fases dentro del Proceso Terapéutico**, una vez que se han seleccionado cuidadosamente los integrantes.

Al hablar de Fases, Glasserman y Sirlin (1974, pág. 68) hacen la aclaración de que el trabajo realizado “abarca dos procesos distintos: la evolución de un niño dentro del grupo y la evolución de éste último”, tomando en cuenta que ambos se encuentran en una constante dialéctica.

Bajo esa perspectiva, consideran favorables los **Grupos de Tipo Abierto**, dado que, por ejemplo, aunque un niño nuevo ingrese a un grupo que se encuentra en una fase avanzada, éste tenderá a adaptarse a la situación que se le presente. Para Glasserman y Sirlin (1974, pág. 69) la inclusión de un nuevo integrante a un grupo ya establecido, favorece que se pongan de relieve sus propios conflictos y se enfrente a ellos con mayor rapidez, al respecto mencionan: “el niño se pliega al proceso del grupo, éste lo integra a su nivel y, al mismo tiempo, percibe sus mayores dificultades y lo va enfrentando con ellas”.

Es así que, en cuanto a la estructura de la intervención, estas autoras consideran pertinente plantear grupos abiertos, sesiones bisemanales con miembros mayores de 5 años y tres fases en el proceso grupal.

En relación a lo anterior, establecieron las siguientes Fases en el Proceso de Intervención (Glasserman y Sirlin, 1974):

1. **Fase Introductoria.** Esta fase marca el inicio del proceso terapéutico, comienza a desarrollarse la transferencia y las ansiedades persecutorias se hacen evidentes pues los participantes se sienten amenazados frente a la nueva situación. La presencia del terapeuta, los otros miembros y la situación grupal en general se manejan con diferentes defensas. La

inclusión a un grupo terapéutico enfrenta a sus integrantes a un ambiente y una permisividad diferente a los habituales y por ello, los inicia en el establecimiento de una nueva relación: la grupal, de donde surgirán más tarde las normas y lineamientos que regirán la convivencia dentro del grupo. De este modo, durante el transcurso de esta fase, comienza a establecerse la identidad y la cohesión grupal. Los miembros del grupo se interesan por los demás y gradualmente se comienzan a establecer vínculos afectivos de pertenencia; además, se advierten diferentes preferencias, rechazos, modalidades de conducta y de juego. En este periodo se habla de la socialización como defensa del grupo frente a las ansiedades persecutorias y su necesidad de controlarlas, pero también como una defensa evolutiva útil que el Yo instrumenta ante los procesos adaptativos de cambio.

2. *Fase Intermedia.* Durante esta fase ocurren progresos en el establecimiento de las relaciones grupales y la introyección de las normas, además, se desarrollan al máximo los vínculos transferenciales con el terapeuta y los demás integrantes. El grupo se modela de acuerdo con las fantasías que cada integrante proyecta en él, cada niño internaliza lo plasmado en el juego de sus propias fantasías con las de los demás miembros. Se establece una proximidad afectiva con el terapeuta y ello disminuye las resistencias; las defensas son más permeables, menos rígidas y se comienza a adquirir conciencia de enfermedad, de tal forma que muchos niños pueden hacerse cargo de sus conflictos y paulatinamente permitir que los aspectos inconscientes o reprimidos accedan al plano consciente.
3. *Fase integradora.* A menudo coincide con la salida de algún miembro (dada la condición de grupo abierto y la propia evolución del niño). Desde el punto de vista dinámico es posible observar en ella la preocupación por la relación objetal, los intentos reparatorios y un cambio en la cualidad de las defensas que en ese momento se encuentran menos al servicio de fines patológicos y más al proceso evolutivo del desarrollo psíquico. Aparece un evidente predominio de las ansiedades depresivas por sobre las persecutorias; lo

cual se traduce en una mayor preocupación ante sus dificultades y respeto por las de los demás. Ello favorece la capacidad para participar y ayudar a los otros en la resolución de sus problemas. Al aumentar la responsabilidad del niño frente a sí mismo y el grupo, surge la capacidad de autocrítica. Al consolidarse el sentimiento grupal, estar juntos en el grupo se convierte en algo valioso para ellos.

Es importante aclarar, que el transcurso de estas fases puede no ocurrir de manera lineal y, por el contrario, aparecer mezcladas una con otra. Siempre debe tomarse en cuenta que el proceso de evolución grupal puede ser interferido por los conflictos intrapsíquicos que manifiesten los integrantes del grupo.

Por ello, para Glasserman y Sirlin (1974, pág. 44), “el **Objetivo de la Terapia Grupal** debe centrarse en tratar de comprender, investigar y desarrollar todos los aspectos relacionados con las funciones del Yo (...) éstas se ponen de manifiesto en las actividades: del individuo en el grupo, de los miembros entre sí o de todo el conjunto como totalidad”.

Por otra parte, dado que la intervención psicoterapéutica que se expone en este Reporte fue aplicada simultáneamente en 2 espacios terapéuticos (uno grupal y otro individual), es importante presentar evidencia teórica que sustente la pertinencia de una **Estrategia de Intervención de Tipo Combinado**.

Al respecto, Slavson (1976) citado en Glasserman y Sirlin (1974, pág. 19) menciona que: “la efectividad de la terapia grupal es variable, siendo que en algunos casos la recuperación es total y en otros se obtienen beneficios parciales, y aún en otros, donde existen profundas tensiones intrapsíquicas, no hay modificación, es ampliamente recomendable complementar con terapia individual intensiva”.

Autores como Dupont y Jinich (1993) mencionan que durante el transcurso del primer modelo de su proyecto de Grupo Natural Infantil (GIN) al percatarse de los contenidos psicóticos expresados en la conducta del niño, se vieron en la necesidad de tener sesiones individuales complementarias con cada niño (y sus

padres). De esta forma, los autores buscaron la comprensión de lo que estaba sucediendo en el grupo y especialmente, de los cambios que se advertían en el niño; al final reportaron que obtuvieron resultados favorables en los niños que recibieron este tipo de atención durante el procedimiento del Grupo Natural Infantil.

En la terapia grupal -a diferencia de la terapia individual-, el número de integrantes y los procesos inherentes a ésta, demandan una mayor atención por parte del terapeuta. Bajo esa perspectiva, el mayor reto al que se enfrenta cualquier terapeuta que trabaja bajo la modalidad grupal, es que debe ser capaz de atender tanto a lo que sucede en el grupo como a lo que ocurre en cada uno de sus miembros en particular.

Ante tal situación, utilizar la modalidad de **Coterapia** dentro del proceso terapéutico grupal puede resultar de suma utilidad, sobre todo al permitir que se atienda a un mayor número de pacientes dentro del grupo y al ampliar el área dinámica en que el grupo puede reaccionar.

Para Shapiro (1999) dentro del grupo terapéutico, la relación entre los coterapeutas puede ser equiparada a la relación entre los padres, por lo que constituye una especie de escenario familiar ante la presencia de dos figuras de autoridad. Este mismo autor menciona que la inclusión de dos terapeutas dentro del escenario grupal puede facilitar la contención de la hostilidad y favorecer una evaluación más objetiva del proceso grupal.

### 1.2.3 Psicoterapia Breve

Por último, dado que el niño cuyo caso es presentado en este Reporte se encontraba “albergado temporalmente” en una Institución, era poco viable implementar una estrategia de intervención convencional. Lo incierto de su permanencia generó la necesidad de aplicar una estrategia terapéutica de corta duración. Por lo tanto, la revisión teórica desarrollada en este Reporte debe incluir

evidencia empírica y aplicada de los logros que pueden alcanzarse bajo esta modalidad.

Al respecto Bellak y Small (1970) refieren que la Psicoterapia Breve e inmediata puede ser útil como medida preventiva, al impedir que la problemática psicológica evolucione hacia una desadaptación grave que puede llegar a ser una enfermedad seria y crónica.

Fiorini (1979) menciona que una de las características básicas de la terapia de tipo breve es la de operar con una estrategia multidimensional, es decir la utilización de todo recurso que demuestre ser de alguna eficacia. Bajo esa perspectiva, en el enfoque de la terapia breve el terapeuta debe participar activamente desde la evaluación para poder comprender la estructura dinámica del problema y, basado en ella, elaborar un plan general de abordaje individual. Para este autor “toda intervención breve debe tener como características: iniciativa personal del terapeuta, individualización, planificación, focalización y flexibilidad” (Fiorini, 1979, pág. 33)

Pacientes diferentes requieren tratamientos diferentes (flexibilidad) y una de las tareas básicas del terapeuta es hacer la remodelación periódica de la estrategia en función de la evolución del tratamiento.

Para Rodríguez (2004) el trabajo terapéutico de tipo breve “se ciñe y estructura alrededor de un foco, esto es, el área concreta o problema seleccionado sobre el que privilegiadamente se van a centrar la atención y esfuerzos conjuntos del terapeuta y cliente en las sesiones (...)”

De acuerdo con Fiorini (1979, pág.32) la elaboración de un “plan de abordaje individualizado”, es una premisa básica en el trabajo con niños con características similares a aquel cuyo caso se presenta en este Reporte.

Para finalizar, hay que tomar en cuenta que aunque este abordaje se plantea para tratamientos individuales, puede ser aplicado de igual forma al trabajo grupal.

La estrategia terapéutica expuesta en este Reporte, aunque estuvo basada en un marco predominantemente psicoanalítico y retomó aspectos de la psicoterapia de grupo y la individual, permitió la posibilidad de elegir el tipo de

tratamiento y técnicas más adecuadas para alguno de los miembros del grupo y para el grupo en general. Por lo tanto, la planificación, la focalización y la flexibilidad fueron características constantemente presentes durante todo el proceso de intervención, sin dejar de tomar en cuenta el escaso tiempo del que se disponía para aplicar la estrategia terapéutica.

## II. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

La intervención psicoterapéutica realizada se fundamentó en la metodología cualitativa, descrita por Kazdin (2001) como: “aquella que está diseñada para describir, interpretar y comprender la experiencia humana con el fin de elaborar el significado que esta experiencia tiene en los participantes”.

A partir de esta premisa y de los problemas psicológicos identificados en un grupo de niños residentes del Albergue Temporal, se desarrolló una estrategia de intervención grupal. Al detectar necesidades específicas en uno de los menores participantes se diseñó una estrategia de intervención individual, desarrollada de manera paralela al proceso grupal.

Dentro del Albergue, tanto en el escenario grupal como en el individual, los cambios manifestados a lo largo del proceso terapéutico fueron evaluados a través de registros y observaciones.

### 2.1 Objetivo General

Describir y comunicar los alcances de una intervención psicoterapéutica de tipo combinado (psicoterapia de grupo y psicoterapia individual), diseñada específicamente para ser llevada a cabo con un menor víctima de maltrato e institucionalizado como medida de protección en un Albergue Temporal.

### 2.2 Participante

La intervención psicoterapéutica que se expone en el presente Reporte fue realizada con un niño que se encontraba en acogimiento residencial dentro del Albergue Temporal y que llamaré Adolfo por razones de confidencialidad.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
<b>Nombre</b>	Adolfo
<b>Edad</b>	10 años
<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Escolaridad</b>	Nula
<b>Lugar de origen</b>	Estado de México
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Bajo
<b>Motivo de ingreso al Albergue</b>	Fuga del hogar. Maltrato. Violencia familiar

**Tabla 4.** Ficha de identificación

Ya que Adolfo participó en un proceso grupal considero pertinente describir brevemente al resto de los participantes del grupo:

<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>SESIONES EN LAS QUE PARTICIPO</b>
Juan	10	2 sesiones (egresó en la 2ª sesión)
<b>Adolfo</b>	<b>10</b>	<b>8 sesiones</b> <b>(egresó en la 8ª sesión)</b>
Eva	10	8 sesiones (egresó en la 8ª sesión)
José Alberto	9	5 sesiones (ingresó en la 4ª sesión y egresó en la 9ª sesión)
Claudia	9	12 sesiones
Alejandro	11	12 sesiones
Lucia	11	12 sesiones

**Tabla 5.** Integrantes del Grupo

Como puede observarse en la tabla No. 5, solo tres de los niños asistieron a las 12 sesiones que se tuvieron. El resto del grupo (entre ellos Adolfo), no

podieron asistir al proceso psicoterapéutico completo, dado que egresaron del Albergue o bien, ingresaron al Albergue después de que se había iniciado con las sesiones. Cabe aclarar que tras los últimos egresos en la supervisión se decidió que no ingresaran nuevos miembros al grupo, porque cada uno de los egresos anteriores habían contribuido a elevar la angustia grupal y además, porque el cierre del proceso terapéutico estaba próximo.

Aunque la historia personal de cada uno de los integrantes presentaba diferentes variaciones, como participantes de un proceso grupal tanto Adolfo como el resto de sus compañeros compartían las siguientes características:

- Edad: 9 a 11 años.
- Grupo mixto: 3 niñas y 3 niños.
- Motivo de ingreso al Albergue: maltrato infantil, delito de violencia familiar.
- Escolaridad: el grupo se formó tanto por niños que habían cursado hasta 6º año de primaria, como por quienes ni siquiera habían asistido a la escuela.

### 2.2.1 Historia Personal

Adolfo tenía 10 años cuando ingresó al Albergue, tras una denuncia del personal de Seguridad Pública por maltrato y abandono, al encontrarlo deambulando en un parque. Tras indagar las razones de su extravío y la rotunda negativa para volver a su casa se concluyó que escapó de la casa donde vivía con su abuela, hermana y tíos.

A su ingreso al Albergue eran evidentes los signos de desaliño y descuido en su persona (lucía sucio, su ropa estaba rota y no alcanzaba para cubrirlo ni protegerlo del clima, etc.), además de que por su complexión y estatura aparentaba menor edad a la que poseía en ese momento. Respecto a su estado de salud presentaba una malformación en el pie izquierdo (debido a una fractura no atendida en su momento), así como algunas manchas y marcas de cicatrices en sus brazos, piernas y cara. Tras una valoración médica se diagnosticó la presencia de fracturas antiguas, anemia, miopía, neurofibromatosis y escoliosis.

Fue canalizado al departamento de Psicología para valorar su estado emocional y nivel intelectual. Tras la evaluación inicial se obtuvieron datos respecto a su historia personal y la psicóloga que realizó la evaluación concluyó que Adolfo presentaba un desarrollo perceptomotor inferior al esperado y una capacidad intelectual deficiente, además de que mostraba indicadores emocionales y conductuales asociados a menores que han sido expuestos a maltrato físico y por omisión.

A continuación se presentan algunos de los datos extraídos del expediente de Adolfo que hacen alusión a su historia familiar.

#### *Estructura Familiar*

- *Madre:* Se ignoraba su edad y escolaridad, falleció unos meses antes del ingreso de Adolfo al Albergue debido a una enfermedad (se desconoce cual).
- *Padre:* Se ignoraba su edad y escolaridad, se sabía que era indigente y alcohólico, se desconocía su paradero.
- *Hermana:* de 16 años de edad, al ingreso de Adolfo al Albergue permaneció con la familia materna.
- *Abuela materna:* de 60 años, se dedicaba al comercio ambulante.
- *Tío materno:* se ignoraba su edad, se dedicaba al comercio ambulante, vivía con la abuela de Adolfo.
- *Prima materna:* de 28 años, se dedicaba al comercio ambulante y vivía en la misma casa que la abuela de Adolfo.

Adolfo fue el menor de dos hijos y permaneció con sus padres mientras estos vivieron juntos. En las entrevistas realizadas en el departamento de Psicología, Adolfo relató que mientras vivió con sus padres, a pesar de las carencias económicas, mantuvo una buena relación con ellos. Cuando su madre comenzó a manifestar problemas de salud se trasladó a vivir con su propia madre, llevándose con ella a sus hijos. Durante este lapso de tiempo su padre

convivió esporádicamente con Adolfo y su hermana (visitándolo en algunas ocasiones para llevarlo a pasear). Debido a su enfermedad, la madre permaneció hospitalizada por temporadas; durante uno de estos periodos Adolfo (que tenía 8 años) fue llevado a la Casa Hogar “ADULAM” en el Distrito Federal, donde permaneció por 6 meses. Refirió que durante su estancia en esa Institución, a pesar de extrañar a su mamá, se encontró a gusto en ese lugar (“me trataban bien, me daban ropa y a veces nos daban juguetes... había muchos niños y yo jugaba con ellos... mi mamá me venía a ver cuando estaba ‘buena’...mi papá también me fue a visitar”). Tiempo después egresó de la Casa Hogar para vivir con otro familiar, hasta que su madre fue por él para regresar a vivir con ella y su abuela.

Cuando su mamá fallece Adolfo permaneció con sus familiares y comenzó a presentar problemas de conducta, escapó de su hogar en tres ocasiones. Al respecto él refirió que desde que tenía ocho años de edad, su prima (mayor que él) solía golpearlo frecuentemente con diferentes objetos: “me pegaba con la cadena de las ‘bicis’ o con el tubo del gas en donde cayera”, lo cacheteaba hasta provocarle sangrado o lo dejaba sin comer, “me castigaba no me daba de comer y me dejaba solo en el cuarto de ella cuando se iban pasear”, además de mandarlo a trabajar en la calle, le quitaba el dinero que ganaba. Dijo que se salía de su casa porque tenía miedo de que su prima le fuera a pegar “la otra vez me echó yeso en los ojos porque me escape de la casa”, agregando que por esas razones no deseaba regresar.

### 2.2.2 Problemáticas Identificadas

Aunque imprecisos y escasos los antecedentes familiares de Adolfo permiten suponer que provenía de una familia desintegrada y disfuncional, donde no sólo careció de los cuidados y las atenciones necesarias sino que fue expuesto a maltrato físico y emocional severo. Es importante agregar que al momento de su ingreso al Albergue atravesaba por un proceso de duelo debido a la reciente muerte de su madre.

Tras el análisis de la información recabada en su expediente de Psicología, así como en una entrevista inicial realizada con él antes de que ingresara al grupo, se detectaron las siguientes problemáticas psicológicas; mismas que son similares a las de los niños que han sido víctima de algún tipo de abuso infantil:

<b>Nivel Intrapsíquico</b>	<b>Nivel Interpersonal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Enojo e irritabilidad</li> <li>• Frustración</li> <li>• Miedo</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Desconfianza</li> <li>• Desesperanza</li> <li>• Pobre control de impulsos</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo rendimiento en actividades recreativas y escolares.</li> <li>• Dificultad para mantener la atención y seguir instrucciones.</li> <li>• Dificultad para establecer vínculos afectivos</li> <li>• Agresividad manifiesta tanto con sus compañeros como con sus cuidadoras.</li> <li>• Reacciones de evasión y aislamiento</li> </ul>

**Tabla 6.** Problemáticas Psicológicas

## 2.3 Escenario

La intervención terapéutica que se presenta en este Reporte tuvo como escenario el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Desde su construcción, esta Institución fue diseñada con espacios que sirven para dar alojamiento y atención a los menores que día a día ingresan en ella.

En el frente se encuentra un área destinada al personal que forma parte del departamento Administrativo y de Trabajo Social. En su interior se ubican, en la planta baja: el departamento de Psicología y Pedagogía, el área de comedores y cocina, la lavandería, baños para el personal y los niños que se encuentran albergados, una cámara de Gessell para realizar convivencias, el salón destinado para el trabajo con preescolares, las bodegas, dos patios y el área de estacionamiento. En la planta alta se encuentra el área de Medicina y dentro de ella, los consultorios de Nutrición y Odontología; el departamento de Psicología también cuenta con cubículos en el nivel superior, sitio en donde se realizan las evaluaciones a los menores que ingresan a la institución; existen además tres salones, utilizados frecuentemente para realizar convivencias con los candidatos a adopción o por la población de escolares para realizar sus tareas u otras actividades recreativas. En este mismo nivel se ubican los dormitorios de los niños y las niñas, el área destinada a los lactantes y maternas.

### 2.3.1 Escenario de Psicoterapia Grupal

Las sesiones de psicoterapia grupal generalmente fueron realizadas en un salón amplio y de reciente construcción, con dimensiones aproximadas a 4 m. x 7 m., mismo que en su interior cuenta con baños y regaderas. Sin embargo en algunas ocasiones y debido a causas ajenas a las terapeutas el proceso psicoterapéutico tuvo que ser interrumpido o realizado en otros lugares diferentes al oficialmente asignado. Uno de esos lugares fue donde se realizaron las entrevistas iniciales, otro sólo fue utilizado durante las dos primeras sesiones. La

mayoría de las sesiones fueron realizadas en un salón que estaba ubicado junto al dormitorio de las niñas, un espacio comúnmente utilizado como salón de juntas y para convivencias con candidatos viables para adopción. En su interior había una mesa, sillas y un armario para guardar materiales de apoyo a las convivencias de adopción (juguetes, posters, formularios, etc.).

Al iniciar y finalizar cada sesión las terapeutas debíamos cuidar la distribución y el estado del mobiliario, por ello, al terminar las sesiones guardábamos todo material alusivo al grupo para conservar el estado y apariencia del salón.

En un par de ocasiones, las sesiones fueron interrumpidas por niños que pasaban cerca del salón o por personal del Albergue.

### 2.3.2 Escenario de Psicoterapia Individual

Las sesiones de psicoterapia individual fueron realizadas en un salón pequeño (2 m. x 2 m. aprox.) conocido como “Cámara de Gessell” y utilizado por personal del Albergue para realizar convivencias con los familiares de los niños albergados (cuando un padre o familiar aún no conseguía autorización para reestablecer contacto con alguno de los niños, las visitas se hacían a través de una de las ventanas que poseía el salón, así el adulto podía observar al menor sin que se estableciera contacto físico o comunicación directa).

A pesar de sus reducidas dimensiones el salón contaba con una mesa, sillas y juguetes que eran utilizados para “distraer” a los niños mientras eran llevados ahí para ser observados por sus familiares.

Cabe destacar que encontrar y conservar un espacio adecuado de trabajo, libre de interrupciones, fue una tarea ardua y difícil; sin embargo, se logró tenerlo o dicho de una manera más exacta se logró “crearlo”. En ese sentido considero apropiado utilizar las palabras de Ruiz (2004, pág. 59), quién a propósito de su propia experiencia dentro del Albergue menciona: “tal parecía que se buscaba un “rincón” dentro del Albergue donde se pudiera dar terapia sin interrupciones, un

lugar donde los participantes pudieran compartir sus sentimientos, inquietudes, vivencias, juegos y fantasías, y al carecer de un espacio físico, los participantes identificaron que el 'Rincón Mágico' era un espacio "móvil", el que tenía lugar donde estuviera el grupo reunido en esa sesión".

## 2.4 Instrumentos

Para la obtención de los antecedentes generales de Adolfo, se utilizó un formato de revisión de expediente como guía en la lectura de expedientes legales y psicológicos (ver Anexo 1).

Para la entrevista inicial se utilizó un formato de entrevista semiestructurada, mismo que fungió como guía respecto a las temáticas que eran importantes abordar (ver Anexo 2).

Durante la aplicación de la intervención psicoterapéutica, se manejó un formato para llevar un registro y análisis de las sesiones grupales e individuales (ver Anexo 3).

## 2.5 Materiales

Al iniciar el proceso grupal se utilizaron cojines (uno por cada niño), sin embargo estos fueron cedidos por las terapeutas para que fueran utilizados por los niños en sus dormitorios y en su lugar se comenzaron a utilizar colchonetas y sillas. Durante el desarrollo del proceso psicoterapéutico fueron elaborados carteles con el nombre, las reglas y la historia del grupo. De igual forma tanto en el proceso psicoterapéutico grupal como en el individual fueron utilizados materiales relacionados con actividades plásticas y de dibujo, entre ellos: hojas, plumones, lápices, pinturas digitales, lápices de colores y masas para modelar. Además en algunas ocasiones se utilizaron rompecabezas, coches de juguete, muñecos y una cámara fotográfica digital.

## 2.6 Procedimiento

El proceso que siguió el diseño y aplicación de la intervención terapéutica expuesta en este trabajo puede ser descrito cronológicamente en la siguiente tabla:

ETAPA	NOMBRE	ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS
<b>Etapa 1</b>	Diseño de la estrategia de intervención	1.- Antecedente Grupo Terapéutico	5 meses	- Durante el segundo semestre de residencia se participó en el Albergue como coterapeuta en grupo psicoterapéutico de tipo abierto (Ruiz, 2004). De esta experiencia se tomaron algunas técnicas y tácticas grupales mismas que fueron utilizadas para elaborar la actual propuesta de intervención.
		2.- Revisión teórica	15 días	- Formación y consolidación del equipo terapéutico (coterapia). - Junto con la coterapeuta se elaboró la propuesta de investigación, misma que incluyó los fundamentos teóricos, la metodología y los formatos de investigación.
		3.- Elaboración de la propuesta de intervención grupal		
		4.- Revisión de los formatos de entrevista inicial y registro de observación por sesión		
<b>Etapa 2</b>	Evaluación	1.- Revisión de expedientes	1 semana	- Conocer los antecedentes de cada uno de los integrantes del grupo (legales, familiares, estancia en el Albergue, etc.) - Conocer la perspectiva de cada uno de los integrantes del grupo respecto a si mismos, su situación actual en el Albergue y el problema que cada uno vivió. Identificar situaciones que fueran motivo de quejas o dolencias. - Informar a cada uno de los menores entrevistados sobre el grupo y preguntarles si querían participar en él. - Conocer las expectativas que los integrantes guardaban respecto de su participación en un proceso grupal. - Identificar las principales problemáticas grupales e individuales; establecer objetivos específicos de intervención (inicio de un proceso psicoterapéutico individual para los casos que así lo requirieran). - Establecer el encuadre terapéutico.
		2.- Entrevista inicial	1 semana	
		3.- Primeras sesiones de grupo (fase introductoria)	2 semanas	
<b>Etapa 3</b>	Intervención (proceso grupal e individual)	1.- Fase introductoria 2.- Fase intermedia 3.- Fase integradora	8 semanas	- Disminuir el sufrimiento psicológico. - Proporcionar un espacio terapéutico seguro y continente. - Apoyar y fortalecer elementos intrapsíquicos en cuanto: - Favorecer el desarrollo del Yo y fortalecimiento de instancias psíquicas (Super Yo e Ideal del Yo). - Facilitar la simbolización de las experiencias traumáticas a través de verbalizaciones y de la expresión lúdica y creativa de los acontecimientos y sentimientos relacionados (dolor, culpa, enojo, vergüenza, entre otros). - Promover la articulación de su historia e identidad, uniendo pasado, presente y futuro.

**Tabla 7.** Cronología de la Intervención Terapéutica

### 2.6.1 Diseño de la Estrategia de Intervención Grupal

El trabajo grupal fue llevado a cabo a través de la modalidad terapéutica de coterapia (pareja de terapeutas). En un inicio se estructuraron algunas actividades específicas (tomadas de los trabajos previos con grupos) tales como:

1. *Auto-reporte del estado de ánimo*: al inicio y al final de las sesiones, utilizamos cartoncillos con dibujos de “caritas de sentimientos”, los cuales se encontraban en un papel pegado a la pared.
2. *Actividad de relajación*.
3. *Buzón de los secretos*: era un sobre donde los niños que participaban en el grupo al final de las sesiones, podían depositar una carta o dibujo para dárselo a alguien especial.
4. *Historia del grupo*: era un mural extenso pegado en la pared donde al final de la sesión se ubicaba cronológicamente lo acontecido en el grupo.
5. *Toma de una fotografía al final de las sesiones*: misma que se les regalaba a los niños antes de su egreso.

Sin embargo, desde la primera sesión, las terapeutas observamos que estas actividades suponían cierta rigidez, ya que habían sido planeadas y estructuradas por nosotras y no sugeridas por los niños que participaban en el grupo. Por ello, en la supervisión, decidimos reestructurar el contenido y planteamiento de la intervención terapéutica:

- El *auto-reporte del estado de ánimo* era comúnmente verbal (aunque también lo hacían a través de dibujos u otras expresiones creativas).
- El *buzón de los secretos* estaba disponible siempre y en cualquier momento de la sesión alguien podía depositar su papel en el mismo.
- Los niños espontáneamente decidieron turnarse para escribir sobre la *historia del grupo*.

- La *actividad de relajación* era sugerida tanto por nosotras como por ellos mismos.
- La *fotografía* casi siempre era al final de cada sesión, pero no siempre se logró, dado que a veces la inquietud en los niños era más intensa (salían del salón antes del cierre de la sesión o se encontraban dispersos en el mismo). Por esta razón decidimos que ellos se encargaran de solicitarla.

Además de estas actividades y como parte importante del proceso, dentro del salón había carteles con las reglas grupales tales como: “CUIDARSE A SÍ MISMOS, CUIDAR A LOS DEMÁS, CUIDAR EL MATERIAL Y PARTICIPAR”.

*Estructura del proceso.* Desde el inicio de la intervención, se pretendió un avance gradual en los objetivos planteados de acuerdo a las expresiones psicológicas características de todo proceso grupal. Por lo tanto, el proceso grupal fue estructurado por fases: introductoria, intermedia, integradora (Glasserman y Sirlin, 1974). Dicho proceso finalmente giraba en torno a un saludo inicial y expresión voluntaria de su estado de ánimo, a una actividad central (verbal, manual o de expresión creativa) y a la despedida (cierre) donde se proponía recoger entre todos el material utilizado.

Las características del proceso grupal fueron:

<b>Tipo de Terapia</b>	Breve. <i>En, de y por</i> el grupo.
<b>Enfoque</b>	Psicoanalítico
<b>No. de sesiones realizadas</b>	12
<b>Tipo de grupo</b>	Abierto
<b>No. de participantes</b>	6
<b>Modalidad</b>	Coterapia
<b>Duración y Periodicidad</b>	Semanal, 90 min.

Tabla 8. Características del proceso grupal.

### 2.6.2 Diseño de la Estrategia de Intervención Individual

A partir de la supervisión de la 2ª sesión grupal, las terapeutas observamos las dificultades que Adolfo presentaba para contener y manejar su angustia dentro del espacio grupal, por ello decidimos que lo más conveniente era que iniciara un proceso psicoterapéutico individual.

Adolfo experimentaba rechazo y exclusión dentro del grupo, por lo que consideramos que continuara con el trabajo grupal en forma paralela a la individual. De igual forma, pensamos que dada la brevedad de su estancia en el Albergue, la posibilidad de contar con dos espacios terapéuticos abría mayores posibilidades de disminuir el sufrimiento y malestar que experimentaba.

De esta forma, Adolfo no inició, más bien continuó el proceso psicoterapéutico, pero ahora en un espacio complementario. En ese sentido, decidimos mantener la misma línea de trabajo; es decir, continuar trabajando bajo la orientación psicoanalítica, con los mismos objetivos y las mismas características del trabajo de grupo.

Las características de la intervención individual fueron:

<b>Enfoque</b>	Psicoterapia de juego con enfoque predominantemente psicoanalítico
<b>Duración y Periodicidad</b>	Semanal, 50 minutos
<b>No. de Sesiones realizadas</b>	6

**Tabla 9.** Características de la Intervención Individual

Como ya se mencionó, aunque han sido descritos de manera separada, ambos procesos fueron desarrollados y aplicados de manera simultánea y llegaron a consolidarse como una sola estrategia de intervención. Un aspecto común que es de suma importancia resaltar, es el que se refiere al papel que jugó la supervisión externa dentro del diseño y aplicación de la estrategia de intervención.

La mayor parte de las sesiones fueron supervisadas por una de las profesoras de la Residencia en Psicoterapia Infantil. En reuniones semanales programadas, junto con otras de las residentes del Albergue, se analizó la dinámica grupal e individual al evaluarse las intervenciones psicoterapéuticas realizadas, se dieron sugerencias respecto a las estrategias terapéuticas a emplear para las sesiones subsecuentes.

Por último la siguiente tabla describe la integración de ambos procesos en cuanto a estructura se refiere:

<b>ESTRUCTURA GENERAL DEL ESPACIO GRUPAL E INDIVIDUAL</b>		
<b>Estructura</b>	<b>Intervención Grupal</b>	<b>Intervención Individual</b>
<b>Enfoque</b>	Psicoanalítico Breve	Psicoanalítico Breve
<b>Duración</b>	90 minutos	50 minutos aprox.
<b>Frecuencia</b>	1 vez por semana	1 vez por semana
<b>No. de sesiones</b>	8	6
Total de sesiones 14		

**Tabla 10.** Estructura general del espacio grupal e individual

### **III. ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO**

Los resultados de la intervención terapéutica son descritos de manera simultánea en dos dimensiones: grupal e individual. Para la presentación de la información se consideraron las tres etapas de intervención propuestas por Glasserman y Sirlin (1974): fase inicial, fase intermedia y fase integradora.

El proceso psicoterapéutico incluyó por cada una de las tres fases de intervención: un resumen de las principales temáticas tratadas y el análisis de la fase correspondiente, la viñeta de una sesión típica y un breve análisis de dicha sesión.

#### **3.1 FASE INTRODUCTORIA**

En esta fase del proceso psicoterapéutico en Adolfo predominó la posición esquizo-paranoide; conforme avanzó el tratamiento se logró una alternancia entre ésta y la posición depresiva. Por tal motivo, consideré pertinente estructurar esos momentos en 2 subfases. La primera se desarrolló mientras Adolfo permaneció sólo en terapia grupal y la segunda corresponde al momento en que inició un proceso psicoterapéutico individual, paralelo al desarrollado en el grupo. En la descripción de cada una de las subfases es evidente la variación en las expresiones psicológicas y puede constatarse la aparición de logros terapéuticos, especialmente en el escenario individual, durante el transcurso de la segunda subfase.

##### **3.1.1 Primera Subfase. (Temáticas centrales y análisis)**

Las primeras dos sesiones del grupo terapéutico se caracterizaron por una gran inquietud física y verbal. Por ejemplo, en la 1ª sesión grupal Adolfo y sus demás compañeros se mostraron muy entusiasmados al ingresar al grupo y con las actividades propuestas por las terapeutas (el reporte del estado de ánimo y el buzón de los secretos). Sin embargo, durante el transcurso de la sesión

observamos que los integrantes del grupo fueron incapaces de escuchar a los demás y esperar su turno para participar. Cada uno competía por obtener para sí solo todo el material y la atención de las terapeutas. Los colores, las pinturas, las hojas y los cojines fueron motivo de discordia, puesto que los niños se mostraron incapaces de compartirlos. Esto ocasionó que constantemente riñeran, se arrebataran el material e incluso se golpearan para obtener lo que deseaban.

Uno de los niños que con mayor frecuencia mostró dificultades para integrarse y participar en las actividades del grupo fue Adolfo. Durante las dos primeras sesiones se mostró agresivo con sus demás compañeros, agrediéndolos físicamente o burlándose de sus intervenciones (en especial cuando hacían alusión a sentimientos relacionados con la tristeza y el enojo). Considero que su actitud retadora y agresiva contribuyó a incrementar los ataques dentro del grupo. Durante esta subfase de la intervención, el resto de los niños manifestaron molestia ante su comportamiento. Con frecuencia algunos formaron alianzas con él para molestar a los demás y otros optaron por salirse del salón ante la intensidad de los ataques. Fue evidente la constante sensación de exclusión y rechazo que él experimentaba y que, por supuesto, me remitía a su historia de maltrato y abandono.

Resultó obvio que a él en especial le resultaba sumamente difícil expresar verbalmente sus necesidades, sin gritos ni agresiones; por lo tanto, intentaba defenderse con una actitud de indiferencia, evasión y burla hacia los ataques que experimentaba desde su interior y en el exterior. Los mecanismos proyectivos fueron utilizados por él ante la angustia de tipo persecutorio, donde sus objetos internos “malos” se volvían contra él, atacándolo por dentro y por fuera, fracturando su débil Yo (Klein, 1946-1988).

De acuerdo a los postulados teóricos de Bion (1994), durante esta subfase del tratamiento en el grupo prevaleció el supuesto básico de ataque-fuga, en muchas ocasiones la angustia grupal llegó a elevarse de tal forma que las discusiones, los golpes y las salidas del salón fueron sumamente frecuentes. En los escasos momentos en que se integró al grupo, Adolfo fungió como emergente

y fue constantemente señalado por sus compañeros como el causante del enojo y la desorganización grupal.

Como terapeuta, manejar y contener al grupo durante esos momentos resultó un gran reto. En muchas ocasiones me sentí tan abrumada que fue difícil contener mi propia angustia, sobre todo cuando presenciaba las riñas y los golpes y sentía que mis señalamientos e interpretaciones no eran escuchados ni comprendidos. Me resultaba sumamente difícil contener los sentimientos que los niños expresaban durante las sesiones; aunque en muchos momentos llegué a experimentar enojo y miedo ante las escenas que se desarrollaban en el grupo, fui incapaz de aceptarlo y de expresarlo objetivamente en mis intervenciones; tal como lo describe Winnicott (1947-1999) en la capacidad que debe poseer el terapeuta para poder “odiar objetivamente” a su paciente.

Como consecuencia, debido a las ansiedades y mecanismos de defensa que prevalecían en el grupo (escisión-identificación proyectiva) (Klein, 1946-1988), mi pensamiento se paralizó y experimenté verdaderos “ataques al pensamiento”, contratransferencia descrita por Bion (1977).

En supervisión, al analizar el contenido de estas primeras sesiones de grupo, logré comprender el enojo y después la tristeza que me había provocado observar el sufrimiento que invadía a Adolfo y a los demás integrantes; sobre todo, cuando desde el punto de vista grupal, irrumpía el supuesto básico de ataque-fuga, donde Adolfo fungió como emergente. Durante esta subfase de la intervención, los ataques internos que él experimentó fueron tan intensos y dolorosos que la única vía para poder expresarlos fue a través del uso de la proyección, atacando e inoculando el enojo a los demás miembros del grupo (identificación proyectiva) (Klein 1946-1988). De esta forma, como menciono en otro apartado de este Reporte, en supervisión decidimos que Adolfo iniciara un tratamiento individual paralelo a la intervención grupal.

A continuación incluyo una sesión que ejemplifica esta subfase, así como el análisis de la misma.

### 3.1.2 Viñeta. Sesión 2 (Grupal)

Se destinó un nuevo lugar para las sesiones de grupo, cuando fuimos a buscar a los niños les indicamos que se trabajaría en un salón del 2º piso, los niños corrieron inmediatamente hacia el lugar. Adolfo, junto con otro de sus compañeros, fue de los primeros en llegar al salón.

Cuando los niños tomaron sus cojines, Adolfo se quedó sin cojín, por lo que comenzó a perseguir a un compañero para tratar de quitarle el suyo. No logró alcanzarlo, así que dejó de perseguirlo, comenzó a discutir con Eva y trató de arrebatarse uno de los cojines que ella había tomado. Intervine para señalarles que si cada quien tomaba un sólo cojín habría suficientes cojines para todos; sin embargo, ellos parecieron no haber escuchado mis palabras, puesto que continuaron discutiendo hasta que Eva consiguió arrebatarse el cojín que le correspondía a Adolfo. Al verse privado del cojín que le correspondía, “vencido” por Eva, Adolfo se enojó, se sentó en un rincón junto a la puerta del salón y permaneció callado.

Cuando las terapeutas le preguntamos como se había sentido con lo ocurrido, no respondió y rehusó la invitación que le hicimos para integrarse al grupo. Le señalé que si lo deseaba podía permanecer donde estaba, que respetábamos su decisión, pero que también era importante para nosotros saber como se sentía y que, por eso, cuando quisiera podía integrarse de nuevo al grupo para platicar con el resto de sus compañeros sobre lo ocurrido.

Mientras tanto Eva, quien tenía dos cojines, al ver la reacción de Adolfo comenzó a reírse, se burló de él. Roxana (coterapeuta), le señaló que podía quedarse sólo con un cojín, aunque en ese momento fuese difícil para ella compartirlo. Con dificultad logró cederlo.

Mientras se desarrollaba la escena anterior, Lucia también tomó dos cojines, permaneció callada y sonriente; Roxana le señaló que ella también podía compartir un cojín con algún otro compañero, Lucia le respondió que el cojín lo guardaba para que yo me pudiera sentar.

Eva le dio un cojín a Roxana (coterapeuta) y Juan preguntó si podíamos traer una grabadora para bailar. Les mencionamos que había varias cosas y actividades que ellos podían proponer para ser realizadas dentro del grupo, pero que antes, era necesario hacer un consenso general para saber si todos estaban de acuerdo. En ese momento, el resto de los niños estaban distraídos (estaban reconociendo el nuevo salón); por lo tanto, no escucharon la propuesta de Juan. Las terapeutas interpretamos su inquietud como producto de la nueva situación grupal y tratamos de que escucharan la propuesta de su compañero. Sin embargo, continuaron corriendo sin escuchar nuestros señalamientos.

Logramos que todos se sentaran en círculo (a excepción de Adolfo, quien permaneció callado en el mismo rincón, sin aceptar la invitación a incorporarse al grupo). Roxana (coterapeuta) les mencionó que se había extraviado el papel destinado para pegar las “caritas”, por lo que ahora sólo tomarían de los sobres la “carita” y la mostrarían a los demás. Todos nos miraron sorprendidos, al observar su reacción les preguntamos que se imaginaban que había ocurrido con ese papel. Juan mencionó que tal vez lo había tomado alguien, Adolfo estuvo de acuerdo con la opinión de su compañero, Claudia y Eva mostraron descontento ante la posibilidad de que alguien se hubiera “robado” el papel. Ya que Lucia permanecía callada, le pregunté si ella tenía alguna opinión al respecto, no me respondió nada, limitándose a observar a los demás.

Las terapeutas les preguntamos si estaban de acuerdo con la nueva propuesta para desarrollar la actividad de “caritas” (auto registro), todos la secundaron, entonces agregamos que era más importante hablar sobre lo que sentían en ese momento, que el papel de las “caritas” en sí. Les preguntamos si deseaban compartir con los demás la elección de su carita y la mayoría (a excepción de Adolfo y Lucia) mostró entusiasmo ante nuestra propuesta. Sin embargo, cuando inició la actividad, su inquietud continuó manifestándose, ya que hablaban al mismo tiempo sin poder escuchar a los demás. Las terapeutas intervenimos para señalarles que todos podían hablar y a cada uno lo escucharíamos atentamente siempre y cuando esperaran su turno para hacerlo.

Eva fue la que inició, leyó una carta para Roxana (coterapeuta) en la que expresó agrado y cariño por pertenecer al grupo. Conforme transcurrió la actividad de “caritas” cada uno logró con dificultad ser escuchado por los demás integrantes, ya que las interrupciones fueron constantes, principalmente debido a los comentarios de Eva, quien quiso hablar cada vez que un compañero

tomaba la palabra. Roxana (coterapeuta) le señaló que también era importante respetar y escuchar a quien estaba hablando, ya que ella también había sido escuchada por los demás.

Durante esta sesión en el grupo se habló sobre las convivencias con familiares y también sobre las personas a quienes extrañaban. Cuando Claudia habló sobre su familia, mencionó sentirse “triste” por no haber sido aún visitada por ellos. Las terapeutas intervenimos y relacionamos su tristeza con el temor que le producía la posibilidad de haber sido olvidada por sus seres queridos. Claudia escuchó atentamente nuestra interpretación y permaneció en silencio.

Mientras las terapeutas hablábamos Adolfo se acercó a Juan y comenzó a empujarlo, su actitud fue provocadora y agresiva, paulatinamente el contacto físico se fue incrementando. Intervine para mencionarle que los temas de los que estábamos hablando en ese momento lo angustiaban. Adolfo pareció no escuchar mi señalamiento, pues continuó con la agresión a Juan. La discusión se tornó más acalorada y comenzaron a golpearse (Adolfo pateaba a su compañero mientras éste se defendía de la misma forma); las terapeutas nos acercamos a ellos e intentamos separarlos, señalándoles que a pesar de que sabíamos que en ese momento era difícil para ellos escuchar hablar de temas tan dolorosos, no podíamos permitir que dentro del grupo se golpearan y se lastimaran. Adolfo con dificultad logró soltar a Juan, mientras éste se quejaba de que él lo había golpeado porque Adolfo le había pegado primero y además lo había insultado llamándole “Juana”, Adolfo se defendió diciendo “él también me dijo cojo”, intervenimos para mencionarles que había palabras que podían lastimar mucho a las personas, quienes podían responder a su vez con más enojo e insultos, pero que eso no les daba derecho a golpearse.

Le pregunté a Adolfo como se sentía y no me respondió. De nuevo interpreté su actitud y le mencioné que al escuchar los sentimientos que expresaba su compañera, había recordado sus propios sentimientos, lo ocurrido con su familia y que, por ello, se había sentido incómodo y angustiado. Que aunque primero había tratado de negar lo que estaba sintiendo (manteniéndose alejado de lo que ocurría en el grupo), había terminado por reaccionar agresivamente desquitando su enojo con Juan.

Al escuchar mi interpretación Adolfo se tiró en el suelo y comenzó a gritar, metiéndose debajo de una silla. Cuando le preguntamos que le sucedía respondió: “estoy llorando” mientras gritaba más fuerte. Le señalé que nos preocupaba oírlo llorar pero que no podíamos adivinar lo que sentía, que las palabras eran muy importantes para poder expresar lo que le molestaba. Agregué además que el grupo era un espacio propicio y seguro para externar ese malestar.

El resto de los miembros del grupo observaron esta escena en silencio. Sin embargo, las terapeutas notamos como su temor y angustia también se elevaron. Claudia expresó sentirse triste y enojada porque “por culpa de ellos no podemos hacer nada... y además ustedes ya se enojaron”. Roxana (coterapeuta) le mencionó que estábamos preocupadas por lo ocurrido con sus compañeros y por haber interrumpido la actividad planeada. Sin embargo agregó que nos preocupaba más saber como se habían sentido y que por ello, en ese momento era más importante hablar sobre lo que estaba ocurriendo.

Eva y Juan se salieron del salón y Adolfo imitó su reacción. Las terapeutas salimos por ellos y los invitamos a que ingresaran de nuevo para informales que en vista de las circunstancias nos parecía apropiado introducir una nueva regla. Les mencionamos que, al observar su inquietud y su angustia, sobre todo por pertenecer al grupo, las actividades y temas que en él se desarrollaban no sólo eran situaciones nuevas para ellos, sino que también les recordaban eventos dolorosos ocurridos antes de su ingreso al Albergue, que por ello entendíamos perfectamente su malestar, su inquietud y que por momentos quisieran “huir” del salón para evitar volver a ser lastimados, les recordamos que uno de los propósitos cuando formamos el grupo había sido crear un espacio seguro donde pudieran expresar lo que sentían y que lo ocurrido en esta sesión hacía evidente que no lo estábamos logrando. Por ello, les comunicamos que a partir de esa sesión antes de decidirse a salir del grupo era importante y necesario tratar de expresar lo que estaban sintiendo.

Puesto que el grupo en general se mostraba sumamente angustiado, las terapeutas consideramos pertinente introducir la técnica de relajación “duros como piedras y aguados como gelatinas”. Claudia y Alejandro fueron los únicos que accedieron a participar, el resto del grupo (incluido Adolfo) se mantuvo ajeno a la actividad. Cuando terminamos, Claudia se unió a Eva y de nuevo comenzaron a correr por los pasillos.

Por segunda vez las terapeutas tuvimos que salir a buscarlos. Cuando logramos reunirlos, les señalamos que a pesar de haber intentado hablar sobre el incidente, observábamos que continuaban sintiéndose muy angustiados y que por ello, habíamos decidido no continuar con la sesión. Claudia expresó: “es que ya se enojaron porque nos portamos mal”, Juan se mostró preocupado y nos preguntó “si ya no iba a haber grupo”.

Les aclaramos que el grupo continuaría la próxima semana, puesto que ese día su angustia y su inquietud les impedía continuar trabajando juntos. Antes de salir presentamos la última actividad para ese día (buzón de los secretos), y los invitamos a dibujar o escribir algo relacionado con lo que había sucedido en esa sesión y los sentimientos que les habían provocado.

Todos permanecieron callados, hasta que Claudia tomó una hoja y se puso a dibujar. Poco después Eva, Alejandro y Juan se incorporaron a la actividad. Lucía no dibujó nada y salió del salón.

Aunque Adolfo continuó mostrándose hosco y reservado, poco a poco comenzó a interesarse por la actividad que desarrollaban sus compañeros. Después de un rato tomó unos colores, se los llevó a su lugar y comenzó a dibujar. Durante la actividad los niños comenzaron a hablar entre sí, compararon sus dibujos e intercambiaron comentarios respecto a lo que estaban realizando (hablaron sobre los colores que utilizaron, la rapidez con que dibujaron, lo bonito o lo feo de sus dibujos, etc.). Alejandro le preguntó a Adolfo si él “sabía hacer combinaciones de colores”, le enseñó los “nuevos colores” que obtuvo mezclando los demás, Adolfo se mostró muy interesado y al fin logró acercarse e incorporarse al grupo para continuar dibujando. Cada uno de los integrantes concluyó su actividad y colaboró con la limpieza antes de abandonar el salón.

### *Análisis de la sesión*

Durante esta sesión, Adolfo al igual que sus demás compañeros, experimentó angustia y temor por enfrentarse a una situación nueva, en este caso producida por haber ingresado al grupo terapéutico. Los temas y los sentimientos expresados por todos los miembros del grupo, durante el transcurso de ésta, los remitieron a su propia experiencia de maltrato y/o abandono, al enojo y a la tristeza provocados por ella.

La incapacidad para hacer frente a los sentimientos que experimentaban ocasionó que el supuesto básico de ataque-fuga irrumpiera frecuentemente y obstruyera el trabajo dentro del grupo, llegando incluso a poner en peligro la seguridad e integridad de los niños (Bion, 1994).

En el caso específico de Adolfo, durante el desarrollo de la sesión, hizo uso de la negación y de los mecanismos proyectivos para expulsar la angustia que le producía su mundo interno violento y amenazante (Klein, 1946-1988).

La historia personal de Adolfo se caracterizó por la inestabilidad en sus relaciones y el predominio de situaciones violentas. Incluso su madre, la figura más importante en su vida, mientras vivió, debido a su enfermedad, no fue capaz de brindarle la atención ni la estabilidad necesaria para hacerlo sentir protegido y

seguro. Su muerte sólo agravó aún más la sensación de indefensión de Adolfo, puesto que trajo consigo el rechazo y el maltrato del resto de su familia. El amor y cuidados que recibió de su madre, no fueron suficientes para impedir la internalización de objetos violentos y persecutorios (Klein, 1946-1988), por ello la dificultad que mostró en la sesión para expresar asertivamente sus necesidades a través de las palabras, puso de manifiesto que Adolfo no conocía otra forma de comunicación mas que el golpe, recibéndolo y dándolo.

Durante el incidente ocurrido con Juan, fue posible observar que cuando golpeó a su compañero y lo insultó, no sólo logró expulsar los ataques que sentía en su interior -la parte débil de él mismo depositada en los demás-, sino también, de esta forma, intentó llamar la atención de las terapeutas.

Aunque Adolfo necesitaba restablecer el vínculo con su madre idealizada (aquella que le brindó amor y cuidados), durante esta sesión, los mecanismos de escisión característicos de la posición esquizo-paranoide se lo impidieron. Ya que era difícil para él confiar en las terapeutas y en el grupo, no fue capaz de utilizar nuestras interpretaciones y señalamientos para poder reencontrarse con ese objeto interno “bueno”. Por lo tanto, cuando le señalamos y marcamos límites, hicimos emerger a la madre “mala”, “la que no lo cuida”, la que debido a su ausencia “lo abandonó” (Klein, 1952-1988).

Otra forma que muestra la escisión que manifestó Adolfo durante el transcurso de esta sesión, fue cuando se aisló y se excluyó del grupo, ya que de esa manera depositó en él la angustia que experimentaba y quedó a salvo de ella; desconectándose de un mundo exterior en conflicto y refugiándose en su mundo interno lleno de fantasías.

Cuando percibió los ataques de sus compañeros, optó por mantenerse aún más alejado del grupo, incluso “huyó” del salón. Esta situación puso de manifiesto por una parte el temor a la retaliación (ya que primero se había defendido atacando) y por otra, también mostró la tristeza que sentía ante al rechazo experimentado en sus anteriores relaciones y el enojo que le causaba revivirlo de nuevo dentro del grupo. Por ello prefirió lastimar y abandonar antes que ser lastimado y abandonado como ya lo había hecho su familia.

Nuestras intervenciones estuvieron dirigidas a relacionar las situaciones y sentimientos que se manifestaban dentro del grupo, con experiencias propias de la historia personal de Adolfo y cada uno de sus compañeros. Se establecieron diferencias entre ellas. Validamos su profunda necesidad de protegerse de la violencia y los ataques internos, a través del uso de la proyección, pero ofrecimos al mismo tiempo, otras formas de manejar su angustia, por ejemplo a través de las palabras y el dibujo. Considero que aunque en esta sesión Adolfo no logró utilizar las palabras para elaborar su angustia y dolor, se abrió la posibilidad de hacerlo cuando le ofrecimos un espacio seguro para la expresión de tales sentimientos; es decir, con personas (terapeutas) que sirvieron como continentes a la angustia que proyectaba; ya que a través de las intervenciones la devolvimos metabolizada y no hubo venganza (Klein, 1952- 1988; Bion, 1994).

### 3.1.3 Segunda Subfase. (Temáticas centrales y análisis)

La 3ª sesión grupal fue muy importante porque coincidió con el egreso del primer miembro del grupo y con el inicio del proceso terapéutico individual de Adolfo.

Desde que ingresamos al salón observamos que los niños aunque permanecieron callados se mostraron inquietos y expectantes. Adolfo también permaneció callado e interactuó escasamente con sus demás compañeros. Sin embargo, por primera vez se integró al grupo y se sentó en círculo junto a Alejandro (el niño que lo invito a mezclar colores en la sesión anterior). Además, cuando inició la actividad del auto-registro, Adolfo tomó la carita que correspondía al sentimiento de felicidad y compartió lo que sentía al resto de sus compañeros. Expresó sentirse feliz porque Juan ya no se encontraba.

Mi interpretación giró en torno al hecho de que Juan fue el niño con el que mayores problemas tuvo, con el que casi siempre peleó y discutió por obtener el material, por lo tanto, le mencioné que me parecía natural que en esos momentos se sintiera contento, ya que la partida de su compañero significaba que no tendría con quien competir ni rivalizar.

Considero que en ese momento, a través de una fantasía de control omnipotente, Adolfo no sólo creyó controlar y destruir al objeto investido agresivamente (Juan), sino que fantaseó con el hecho de que la atención de las terapeutas y de los niños le pertenecerían a él solamente (Klein, 1946-1988, Heimann, 1972).

El resto de los niños, manifestaron sentimientos similares a los experimentados por Adolfo, habían depositado en Juan todo su enojo, lo señalaron como el causante de la agresión y desorganización grupal. Algunas niñas pidieron a las terapeutas que quitáramos los dibujos y la “carita” que representaba a Juan en la historia del grupo.

Aunque en un inicio Adolfo también secundó las opiniones de sus compañeras, observé que comenzó a angustiarse al escucharlas decir que había que sacar los dibujos de Juan debido al comportamiento que había mostrado.

Probablemente recordó que en sesiones pasadas, él también fue señalado como un elemento disruptor y agresivo, sus ataques interrumpieron la dinámica grupal, por lo tanto, en ese momento, su angustia hizo evidente su temor a la retaliación. Tuvo miedo de que los miembros del grupo se vengaran, e investidos como objetos persecutorios se volvieran hacia él para destruirlo (Klein, 1946-1988).

Es evidente, como los señalamientos respecto a las reglas contribuyeron a incrementar la angustia grupal. Los niños estaban acostumbrados al golpe o al castigo para que las reglas fueran respetadas (seguramente así había ocurrido en cada uno de sus hogares), por ello, dentro del grupo intentaron repetir esos patrones para hacerlas válidas.

Intervine para mencionarles que aunque en las sesiones anteriores Juan se había mostrado agresivo no se encontraba, porque había sido canalizado a una casa hogar. Que esa decisión no tenía nada que ver con ellos ni con nosotras y que, por lo tanto, las terapeutas no podíamos permitir que quitaran sus dibujos de la historia grupal ni destruirlos. Que tanto Juan como los demás niños, aunque egresaran, siempre formarían parte de la historia del grupo, puesto que no los íbamos a olvidar.

En esa sesión Adolfo fue capaz de escucharme, mi intervención sirvió para tranquilizarlo y contener la angustia que lo embargaba. Por primera vez me miró y formuló preguntas sobre aquello que lo inquietaba, su actitud fue tolerante, puesto que ya no se aisló ni recurrió a los golpes.

En la 4ª sesión grupal ingresó un nuevo miembro al grupo. Esta nueva situación generó molestia, confusión y reclamo hacia las terapeutas por haber invitado a un niño que no era de su agrado. Adolfo junto con sus demás compañeros nos pidió que no le permitiéramos permanecer en el grupo.

Puesto que en sesiones pasadas y a lo largo de su historia personal Adolfo se había sentido excluido y rechazado, considero que en ese momento a través de la proyección, depositó en el niño nuevo este sentimiento y deseó expulsarlo del grupo (Klein, 1946-1988).

En esa ocasión interpretamos su actitud hacia su nuevo compañero, como celos y temor por la posibilidad de ser ellos mismos “reemplazados” en sus

hogares o dentro del Albergue cuando llegara su turno de egresar. Tanto Adolfo como sus demás compañeros temían ser olvidados y “sustituidos” por nuevos niños. Roxana (coterapeuta) agregó que cuando vivían con sus familiares también habían experimentado rechazo y agresiones.

Nuestra intervención sirvió para que, por un lado, ellos pudieran reconocer verbalmente el motivo por el que se encontraban dentro del Albergue: “por eso estamos aquí, unos por maltrato, por violación o por haberse salido de sus casas”, y para que dejaran de atacar al nuevo miembro del grupo (al identificarse con él y lo que estaba sintiendo en ese momento).

En esa misma sesión las terapeutas les propusimos realizar la actividad de los sobres; considero que, dibujar en ellos, les permitió a todos intentar simbolizar y elaborar los sentimientos que en ese momento los agobiaban y confundían (enojo, celos, tristeza, abandono y rechazo principalmente) (Klein, 1975-1994, 1930-1990).

El desarrollo armónico de esta actividad evidenció la creciente capacidad del grupo para enfocarse en la tarea. Sin embargo, aún no se logró consolidar el grupo de trabajo, dado que el supuesto básico de ataque-fuga irrumpió de nuevo en la sesión (Bion, 1994).

Mientras dibujaban en sus sobres, un niño rompió accidentalmente el corazón que Adolfo estaba dibujando, para él este incidente significó una nueva agresión, su primera reacción fue violenta y agresiva (mientras lloraba empujó a su compañero al mismo tiempo que le gritó “ya lo rompiste”). Las terapeutas observamos que la angustia grupal comenzó a elevarse; sin embargo, el niño que había roto el corazón de Adolfo, en lugar de reaccionar agresivamente, intentó reparar el accidente. Las terapeutas intervenimos para señalarle a Adolfo que lo ocurrido fue un accidente y que además su compañero le ofreció ayuda para reparar el daño. Yo agregué que entendía su enojo al creer que había sido agredido intencionalmente, le aclaré de nuevo que lo ocurrido había sido sólo un accidente.

Observar los intentos sinceros de su compañero por reparar el daño que había provocado y escuchar nuestros señalamientos, permitió que Adolfo lograra

tranquilizarse. Cuando estuvo mas tranquilo, le pidió disculpas por haberlo empujado.

Considero que aunque Adolfo se vio inundado momentáneamente por la angustia de tipo persecutorio, el intento por reparar el dolor que provocó en su compañero, pidiéndole una disculpa, evidenció el creciente predominio de angustia de tipo depresivo y con ello, acceder a la capacidad de reparación (Klein, 1946-1988).

A propósito de lo anterior, en el escenario individual, Adolfo expresó sentirse mas integrado al Albergue y al grupo terapéutico. Le producía alegría pertenecer al grupo, sentirse aceptado por sus miembros y poder realizar actividades en él.

Durante las dos primeras sesiones individuales, las temáticas centrales se relacionaron con los recuerdos que tenía de las personas y lugares que extrañaba. Por primera vez Adolfo habló sobre su madre y su padre, la confusión que le generó el tener que separarse de ellos, la tristeza que sintió cuando murió su madre, el enojó que le provocó no haberse podido despedir de ella. Sobre su padre, mencionó sentirse defraudado por él, le desconcertaba no tener noticias suyas, puesto que temía que al igual que su madre, también lo hubiera abandonado para siempre, que hubiera muerto.

Respecto a su demás familiares expresó con mucho enojo no desear recibir visitas de ellos, ni de verlos “porque los otros de mi familia me pegaban”.

Considero que el hecho de que pudiera verbalizar estos sentimientos, facilitó que Adolfo lograra comprenderlos. Por ejemplo, cuando él habló sobre los malos tratos que recibió de sus familiares (específicamente de su prima), abrió la posibilidad de señalamientos e interpretaciones encaminados a establecer y comprender diferencias. Al comprender que ellos lo habían agredido, por ser incapaces de entender los sentimientos que sentían, logró establecer semejanzas, al relacionarlo con los mecanismos que él utilizó dentro del Albergue y el grupo para manejar sus propios sentimientos. El poner en palabras los mecanismos proyectivos que utilizó como medio para manejar su angustia y relacionarlo con las situaciones donde se presentó, abrió la oportunidad para que reconociera y

entendiera las circunstancias internas y externas que desencadenaban la utilización de estos mecanismos (Bion, 1977).

Relacioné su enojo con las agresiones y el rechazo que recibió por parte de su familia. Le señalé como la huida de su casa había sido un intento por no seguir siendo lastimado, enfatiqué que el maltrato era una situación que no se debía permitir.

Durante esta subfase de la intervención, fue evidente la incipiente integración y cohesión del grupo (cuando los niños hicieron dibujos o cartas), pues, aunque la naturaleza de estas tareas fue individual, la tolerancia e interés que mostraron por concluir las, así como su disposición para compartir el material, demostró que, por breves momentos, fueron capaces de enfocarse en una tarea (Bion, 1994).

Adolfo especialmente manifestó sumo interés por las actividades que implicaron realizar dibujos. El grado de concentración que mostró mientras dibujaba, puso de manifiesto sus intentos por encontrar dentro del espacio terapéutico una zona segura en sus actividades, donde apaciguar las agresiones de su mundo interior y exterior (Klein 1975-1994).

Por último, es posible observar como Adolfo comenzó a reconocer ambos escenarios terapéuticos como lugares seguros, confiables, donde pudo expresar miedos y fantasías sin temor a ser juzgado o rechazado. Comenzó a percibirme como una figura que escuchaba y entendía sus sentimientos; por medio de mis intervenciones fui capaz de contener su dolor y por ello fungí para él como un objeto predominantemente bueno y reparador (Klein, 1952-1988, Bion, 1977).

A continuación presento una sesión que ejemplifica el transcurso de la segunda subfase de tratamiento.

### 3.1.4 Viñeta. Sesión 1 (Individual)

Cuando llegué por Adolfo a su salón le informé que tenía una nueva invitación que hacerle y que me gustaría platicar con él un rato.

En el salón destinado a la terapia individual le pregunté si sabía ¿por qué estábamos ahí? Como nos encontrábamos en el salón destinado a las convivencias, Adolfo, me preguntó si era porque “alguien” había ido a verlo, le respondí que desafortunadamente no era así, le pregunté si a él le gustaría recibir visitas de alguien en especial. Con tristeza me respondió que sí, ya que a diferencia de sus compañeros del grupo, a él nunca nadie lo visitaba.

Le señalé la tristeza que observaba en él, pero también agregué que seguramente le enojaba saber que los demás niños eran visitados y él no. El me miró y en silencio asintió con la cabeza. Le mencioné que tanto Roxana (coterapeuta) como yo, habíamos observado en el grupo que cuando hablábamos de cosas tristes o dolorosas él se alejaba de todos o comenzaba pelearse con sus compañeros.

Adolfo permaneció en silencio hasta que me respondió: “dentro del grupo me porto mal y hago cosas malas”, inmediatamente agregó elevando el tono de voz “pero es que me enoja, porque todos dicen siempre que hago las cosas mal...porque se burlan de mi...me dicen cojo”. Interpreté que puesto que los comentarios de sus compañeros lo lastimaban y lo hacían sentirse excluido y rechazado, la manera como trataba de defenderse de sus ataques y de lo que sentía por dentro era golpeándolos o alejándose.

Le comenté que por eso lo había invitado a ese nuevo lugar, porque sabía que necesitaba ser escuchado, puesto que había muchas cosas que le dolían.

Adolfo me preguntó si podíamos dibujar, me dijo que quería hacerle una carta a una niña, le pregunté quien era ella y sonriendo me contestó “es mi novia”. Me preguntó si podía dibujarle un corazón “porque a él le salían chuecos”. Le señalé que no importaba que los dibujara chuecos, que lo importante era dibujar *su corazón*.

Comenzó a dibujar un corazón y en cada extremo le puso unas alas, yo le pregunté que era y me dijo “es un corazón angelito”. Le pregunté que si las alas llevaban al corazón a algún lugar y contestó que a su novia, que le iba a decir “que la quería”. Se quedó callado un momento y después mencionó que él antes ya había dibujado “corazones angelito”. Le pregunté que para quién habían sido esos corazones y me respondió “para mi verdadera novia” (una niña que había egresado recientemente del Albergue).

Adolfo me contó que la niña que se fue “era la mejor en todo, era mi mejor amiga”. Durante su relato, su semblante reflejó tristeza y su voz fue entrecortada (como si quisiera llorar). Le señalé que la ausencia de esta niña lo entristecía mucho, que al parecer su partida había sido muy dolorosa para él. Le pregunté si se habían podido despedir, me respondió que no: “se la llevaron cuando yo estaba en la escuela”. Agregó que después conoció a su novia actual pero afirmó que la niña que se fue era su “novia verdadera”. Le señalé que aunque en esos momentos se sintiera contento con su novia nueva era normal que extrañara a la que ya no estaba. Le mencioné que cuando perdíamos a personas queridas e importantes aunque conociéramos a otras y las llegáramos a querer, no por ello olvidábamos a las que ya no estaban, porque su recuerdo siempre permanecía con nosotros.

Adolfo comenzó a dibujarle lágrimas a su corazón. Interpreté las lágrimas como un símbolo de la tristeza que le producía la ausencia de personas a las que había querido. Le pregunté si además de extrañar a su antigua novia pensaba en alguien más que ya no se encontraba actualmente con él. Entonces comenzó a hablar de su mamá, llorando me dijo que había muerto hacía poco tiempo, antes de que él entrara al Albergue y que la extrañaba mucho. Mencionó que no había podido despedirse de ella “no me dejaron entrar al lugar donde estaba, ya me dijeron cuando se murió”. Le señalé que si separarse de alguien era ya de por sí bastante difícil, no poderse despedir provocaba más tristeza y enojo. Agregué que tanto en el caso de su mamá, como con su novia del Albergue, él no había podido despedirse, le pregunté si le hubiera gustado decirle algo más a su mamá antes de que muriera y él me respondió: “que la quería mucho...que no se muriera...que la extraño”.

Continuó dibujando, trazó una flecha que atravesaba al corazón, le pintó sangre. Le pregunté ¿por qué le salía sangre a su corazón? y me respondió que era porque estaba herido. De nuevo le pregunté ¿qué ó quién lo había lastimado? y él me dijo: “es que cuando te separas el corazón te deja una herida”. Le señalé que su corazón también tenía por dentro muchas heridas, por las separaciones que sufrió (su mamá, su novia, su casa, sus cosas), y probablemente eso le dolía mucho. Agregué que sus heridas seguían abiertas y que, por ello, al igual que el corazón de su dibujo, estaban sangrando.

En la parte inferior de la hoja Adolfo dibujó una copa, me dijo que ahí caía la sangre que le salía al corazón “para que no se desperdiciara”. Yo interpreté que esa copa se parecía al grupo y al lugar donde ahora nos encontrábamos, que en ambos espacios y en nosotras podía depositar todo lo que sintiera.

Finalmente coloreó el corazón, pintó una mitad azul y otra roja. Mencionó que el rojo era el lado de su novia, la que ya no estaba y el azul era el lado de su novia actual. Entonces le mencioné que dentro de su propio corazón había un espacio especial para todas las personas que amaba y que, aunque esas personas ya no estuvieran con él, ese espacio siempre sería de ellas, que siempre las iba a recordar. Adolfo me escuchó y sólo sonrió.

Del lado azul de su corazón (el que correspondía a sus afectos actuales) también brotaba sangre. Adolfo mencionó que sangraba porque con su novia actual a veces se enojaba. Yo le señalé que eso era parecido a lo que ocurrió en el grupo cuando él se enojó con nosotras y con sus compañeros. Cuando percibió que nosotros también nos habíamos enojado con él sintió que, lo habíamos abandonado y eso lo lastimaba mucho porque temía perdernos para siempre como a su mamá.

Antes de que finalizara la sesión le pregunté si había notado que durante esa hora había podido permanecer dentro del salón a pesar de que habíamos hablado sobre situaciones dolorosas. Mencioné que probablemente ese cambio en su actitud se debió a que no se había sentido atacado (como sucedió en el grupo) y que eso lo había hecho sentirse seguro para poder expresar sus sentimientos.

Cuando salimos del salón me tomó de la mano y sonriendo me dijo que le había gustado dibujar. Le mencioné que notaba que se sentía mejor, que creía que era porque al fin había podido hablar de lo que le dolía, a diferencia de otras ocasiones no lo había sacado con golpes, sino con palabras.

### *Análisis de la Sesión*

Al inicio de esta sesión Adolfo expresó miedo a ser rechazado del grupo. En esos momentos predominaba en él la angustia de tipo persecutorio y temía los ataques retaliatorios de sus compañeros (Klein, 1946-1998). Albergaba la sensación de no poder reparar sus objetos internos y por lo tanto, creyó que lo íbamos a “castigar” expulsándolo del grupo por ser incapaz de reparar el daño provocado a los demás.

Considero que durante esta sesión mis señalamientos e interpretaciones, así como mi atención, fueron sumamente importantes para Adolfo, pues le demostré que respetaba y comprendía sus sentimientos. No me vengué de sus ataques dentro del grupo y por el contrario ofrecí contención a su dolor. Cuando Adolfo verbalizó o plasmó sentimientos en su dibujo, mis intervenciones se los devolvieron metabolizados y con ello facilité que él pudiera tolerarlos y pensar

respecto a ellos. Su Yo comenzó a fortalecerse y dejó de percibirse como totalmente malo y dañado (Klein, 1952-1988, Bion 1977).

El dibujo que realizó en esa sesión fue muy significativo, Adolfo no sólo logró reconocer la falta, los ausentes, en este caso su mamá y sus amigos que ya no se encontraban en el Albergue. También plasmó en él, el enojo que experimentaba por no poder despedirse de su madre, por creer que con su muerte lo había abandonado, dejándolo sólo e indefenso; además fue capaz de reconocer el amor que sentía por ella y lo doloroso que le resultaba su ausencia. Considero que expresar su tristeza le facilitó unir el afecto e integrar a sus objetos internos. De acuerdo a Klein (1946-1988) la síntesis de ambos objetos, el de su amor y el de su odio, permitió que él experimentara angustia de tipo depresivo y con ello, se produjo una mayor identificación con el objeto dañado, surgió el sentimiento de culpa y la necesidad de reparar sus objetos internos.

De igual forma, aumentaron las identificaciones con el grupo y sus integrantes, aceptó que compartía con ellos sentimientos similares y que comenzaba quererlos (por eso se sentía tan lastimado con sus ataques). Temía dañarlos. Sin embargo, existieron mayores posibilidades para que pudiera reparar el daño que les había provocado. Lo anterior permitió a Adolfo aceptar que se iniciaba en el reconocimiento de nuevos afectos sin sentirse invadido por la angustia, la culpa y los sentimientos de abandono y exclusión.

En esta sesión se observó que Adolfo comenzó a reconocer el espacio terapéutico como un escenario que le proporcionaba seguridad y confianza, dado que yo comencé a ser vista por él como objeto bueno y malo; por lo tanto, permaneció más la integración de objetos totales que la escisión (Klein, 1952-1988).

## 3.2 FASE INTERMEDIA

### 3.2.1 Temáticas centrales y análisis

Durante esta fase de la intervención se pudieron observar muchos avances dentro del grupo, la mayoría de los niños fueron capaces de identificar y expresar lo que sentían, compartiéndolo con los demás. Las intervenciones terapéuticas promovieron que disminuyera la ansiedad, mejoró la cohesión grupal, puesto que con mayor frecuencia los participantes se identificaron con las experiencias y sentimientos que los demás manifestaron. Predominó el grupo de trabajo. Sin embargo cabe resaltar que en determinados momentos, algunos miembros continuaron fungiendo como emergentes, sobre todo cuando no fueron capaces de contener la angustia que les invadía (Bion, 1994).

Dentro del escenario de terapia grupal, las temáticas centrales durante esta fase de la intervención, giraron en torno a las pérdidas, al sufrimiento generado por éstas, hubo celos y rivalidades entre los niños.

Por ejemplo, en la 5ª sesión grupal los niños se mostraron celosos al enterarse de que algunos de sus compañeros habían comenzado a ser visitados por sus familiares. Reconocieron el enojo que les produjo constatar que no era la misma situación para todos y la tristeza que les generó creer que afuera del Albergue no hubiera personas que se acordaran de ellos. Las terapeutas les señalamos que comprendíamos sus sentimientos y sabíamos que eso hacía aún más difícil su estancia.

A propósito de lo anterior, durante la 6ª sesión grupal se presentó una situación particularmente difícil. Claudia llevó a la sesión una carta entregada personalmente por sus tías en la convivencia; esta carta hablaba del amor que le tenían, prometiéndole “sacarla” del Albergue.

Esta situación generó un incremento de angustia en el grupo. Los niños (varones) comenzaron a empujarse y las niñas se abalanzaron encima de Claudia (“haciéndole bolita”). Cuando las terapeutas les señalamos que tenían que separarse de ella, ya que la estaban lastimando, sus compañeras amenazaron

con salirse del grupo y destruyeron las “caritas” del mural grupal; quitaron el “barco” de la Historia del Grupo (este barco tenía los nombres y “caritas” de cada integrante y se encontraba pegado en el día de la sesión correspondiente). Los demás miembros se levantaron y empujándose intentaron quitarles sus caritas, cada uno trató de defender y atesorar la suya. Durante esta escena, aunque las niñas experimentaron rechazo grupal se mostraron sonrientes y retadoras. Considero que en esos momentos, experimentaron y proyectaron los ataques internos que las agobiaban en los demás integrantes, atacándolos e inoculando su enojo en ellos (por medio de la identificación proyectiva) (Klein, 1952-1988).

Adolfo, junto con los demás “luchó” por conservar su lugar en la historia grupal, sus intentos por rescatar su “carita” fueron infructuosos y desesperados, comenzó a llorar. Le pregunté que sentía, con dificultad y mucha angustia logró decir: “¡es que no encuentro mi carita...ya la bajaron, ya no esta!”. Después de eso salió corriendo del salón. Al observar esta escena otro niño comenzó a gritar “¡eso no lo aguanto, eso no lo aguanto, que lo lastimen!”.

El ataque de sus compañeras ocasionó que Adolfo y los demás niños revivieran la angustia persecutoria generada por su experiencia de maltrato. Debido al proceso primario de identificación, por ecuación simbólica, confundieron las “caritas” del cartel con las suyas y como las “caritas” en ese momento eran equivalentes a su persona (en lugar de representantes), al destruirlas, sus compañeras provocaron su enojo y angustia (Klein, 1930-1990).

A Adolfo lo encontré llorando afuera del salón, cuando me vio me abrazó y sin dejar de llorar me dijo: “¿Por qué no me quieren? ¿Por qué me quieren sacar?”. Le mencioné que entendía que se sintiera sumamente lastimado por lo que acababa de ocurrir, le dije que el no encontrar su “carita”, lo había hecho creer que realmente lo habían destruido y dañado, sin embargo le aclaré que la “carita” no era él, sólo lo representaba y por lo tanto el daño infligido no lo podía alcanzar ya que era posible repararla. Agregué que Roxana (coterapeuta) y yo no íbamos a permitir que los lastimaran, que nosotras estábamos ahí para ayudarlos a manejar esa situación. Lo invité a regresar al grupo y compartir con sus compañeras lo que estaba sintiendo. Le aseguré que nosotras y los demás lo íbamos a escuchar,

puesto que él tenía derecho a ser escuchado. Mis señalamientos lograron tranquilizarlo y accedió volver conmigo al grupo.

Las terapeutas decidimos trasladar al resto del grupo a otro salón. Roxana (coterapeuta) permaneció con las niñas que protagonizaron la pelea para tratar de tranquilizarlas. Acordamos reunirnos mas tarde.

Cuando salí con los niños del salón pude observar que todos estaban muy tristes y angustiados. Adolfo sugirió entusiasmado que fuéramos al salón utilizado para su terapia individual. Fue evidente que reconoció ese sitio como un lugar seguro, por lo tanto, en esa ocasión al percibir la tristeza de sus demás compañeros intentó compartir con ellos ese “refugio” donde encontraba seguridad. Considero que a través de esa acción, demostró su confianza en la capacidad para poder reparar sus objetos internos, dañados por sus compañeras (Klein, 1946-1988).

Roxana (coterapeuta) se reunió con nosotros en el salón, les explicamos que sus compañeras continuaban enojadas, pero que también se sintieron tristes porque se habían sentido lastimadas y abandonadas. Interpretamos que al inicio de la sesión, cuando escucharon a Claudia leer su carta, ellas quisieron “huir” de aquello que las lastimaba: los celos y el enojo que experimentaron motivaron que desearan abandonar al grupo y lastimarlos a ellos, pero que al ver el daño que habían provocado sintieron culpa y tristeza.

Todos los miembros del grupo aceptaron estar enojados, sin embargo, reconocieron el afecto que sentían por su compañeras y expresaron sentirse tristes al saber como se habían sentido ellas. Por ello decidieron elaborar entre todos, como un intento de reparación y reconciliación una carta para expresarles lo que habían sentido. En ese momento la angustia de tipo depresivo predominó en ellos y confiaron, a través de su carta, en poder reparar y preservar a sus objetos amados (Klein, 1946-1988).

En el escenario individual Adolfo continuó mostrando mejorías en su estado de ánimo. En las sesiones expresó bienestar por acudir a la terapia y por pertenecer a un grupo. Los dibujos que realizó le permitieron expresar recuerdos relacionados con sus pérdidas e iniciar la reconstrucción de su historia personal.

Por ejemplo, en la 3ª sesión individual Adolfo formó un “patito” con plastilina, me relató la historia de un patito que tuvo una casa y “perdió a su papá pato porque lo atropello un coche”. Cuando le señalé la similitud que guardaba ese cuento con su propia experiencia, él dijo sentirse solo e indefenso desde que murió su madre, agregó que ahora ya la extrañaba menos porque “ya tenía muchos amigos y las ‘mamis’ lo querían”.

A propósito de lo anterior, durante esta fase de la intervención, mis interpretaciones y señalamientos estuvieron relacionados con el sufrimiento generado por sus múltiples pérdidas: la ausencia de su padre, la muerte de su madre, el maltrato de sus familiares (mismo que lo llevó a perder su hogar); hice hincapié en el hecho de como recordar esas situaciones le generaba temor a enfrentarse a nuevas pérdidas. Por ejemplo, en la 3ª sesión individual, le mencioné que aunque en ese momento se sentía seguro y cómodo dentro del Albergue, era probable que pronto fuera trasladado a otro lugar donde también permanecería a salvo de ser maltratado nuevamente. En esa ocasión le dije que ello significaría tener que separarse de las personas que quería, como las terapeutas y sus compañeros del grupo, pero agregué que estaba segura que en ese nuevo sitio también encontraría personas que lo iban a querer y aceptar.

En la siguiente viñeta incluyo una sesión que ejemplifica esta fase y los mecanismos depresivos que en ella predominaron, posteriormente se presenta el análisis de la misma.

### 3.2.2 Viñeta. Sesión 4 (individual)

Desde que inició la sesión observé que Adolfo lucía contento y animado, cuando exploré los motivos relacionados con su estado de ánimo, él mencionó que se sentía muy contento por asistir a la terapia, también agregó experimentar sentimientos similares por pertenecer al grupo, ya que a través de ambos escenarios había encontrado amigos. Relacioné la mejoría de su estado de ánimo con el creciente desarrollo de su confianza, con el bienestar y la seguridad que experimentaba en ambos espacios terapéuticos.

En esa sesión Adolfo eligió jugar con plastilina. Me invitó a realizar juntos “un toro”, mencionó que iba a ser parecido a uno dibujado por él en una sesión anterior “pero diferente porque vamos a hacerlo a mano”. Mientras lo armó, continuó hablando sobre su madre y las cosas que disfrutaba hacer con ella. También hizo alusión a su padre, relató que cuando vivía con su mamá éste fue por él en una ocasión y lo llevó a jugar a un parque. Platicó lo que hicieron y con plastilina dibujó el parque en una hoja de papel.

A pesar de sentirse triste por desconocer el paradero de su padre, predominó el recuerdo de momentos agradables que pasó a su lado. Su relato representó una figura paterna “fuerte y protectora”. A propósito de su fortaleza mencionó que a su padre “le habían picado alacranes y víboras y tenía mucha suerte porque no se había muerto”. Le mencioné que recordar a su papá como una persona “fuerte”, le permitía confiar en que siguiera vivo. Agregué, como él se identificaba con la fortaleza de su papá, ya que también había sido capaz de sobrevivir a situaciones difíciles, ataques y agresiones, le hablé del enorme valor que poseía para afrontar esas experiencias. Adolfo escuchó atentamente mi señalamiento y al final sonrió, continuó armando la figura de plastilina.

Cuando terminó de formar el “toro” lo acomodó junto al dibujo que había realizado. Yo mencioné que parecía “que el toro hubiera cobrado vida, como si se saliera del dibujo”. Agregué “como tus recuerdos, que son como dibujos dentro de tu mente”.

Adolfo sonrió, me pidió que guardara las figuras que había formado para que otro día las pudiéramos armar de nuevo. Relacioné sus palabras con la función del espacio terapéutico, le mencioné que éste existía para que él pudiera “rearmar” su historia, como lo estaba haciendo ahora, que “había armado un pedacito de ella”.

Después de dibujar Adolfo eligió juegos de armar (un rompecabezas y un payaso de cubos), me pidió que los armáramos juntos. Observé que cuando no encontraba las piezas se angustiaba. En determinado momento me dijo: “ayúdame a encontrarlas...vamos a armarlo juntos, así es mas fácil”.

Le mencioné que existían eventos que se le dificultaba recordar, sobre todo aquellos relacionados con situaciones dolorosas ocurridas en su pasado, sin embargo le dije que era importante que tratara de recordarlas para poder “armar” su historia y entender porque había sucedido de esa manera. Agregué que dentro del espacio de terapia lo estábamos haciendo. Le señalé como con mi ayuda le había resultado más fácil acceder a esos recuerdos y hablar sobre ellos.

Cerca del final de la sesión Adolfo mencionó tener miedo de que el grupo se acabara, sobre todo temía egresar antes que sus compañeros y ser olvidado y reemplazado “por un niño nuevo”. Le señalé que si él egresaba del Albergue antes de que el grupo finalizara, nadie reemplazaría su lugar ni sería olvidado por nosotras ni por sus compañeros. Le dije que su recuerdo permanecería no sólo en la historia del grupo sino también en nuestro corazón y que de la misma forma nos llevaría con él.

#### *Análisis de la sesión*

Esta sesión se caracterizó por el uso que Adolfo hizo de sus verbalizaciones y la expresión artística (dibujos y figuras de plastilina) para poder

simbolizar y expresar sentimientos dolorosos relacionados con sus pérdidas, pero también para rescatar recuerdos agradables (Klein, 1930-1990).

La figura paterna estaba idealizada. Se identificó con ella en su fortaleza para resistir y afrontar situaciones difíciles. De esta forma él manifestó confianza en su capacidad para reparar sus objetos internos dañados. Aunque continuó experimentando enojo hacía sus padres por no estar con él, reconoció que los amaba, por ello, la síntesis entre sus objetos amados y odiados habilitó a su Yo para resistir la frustración. Dejaron de prevalecer los mecanismos de defensa proyectivos y se incrementaron los introyectivos como un medio para neutralizar la angustia depresiva que experimentaba (Klein, 1946-1988).

Considero que las actividades desarrolladas en el espacio terapéutico permitieron que éste fungiera como un “espacio transicional” (Winnicott, 1971-1999). A través de mi función terapéutica existí como un objeto capaz de sobrevivir a sus ataques, contuve sus sentimientos y se los devolví en palabras; ello facilitó la actividad creadora dentro del proceso terapéutico (Bion, 1977).

Al ubicar los eventos cronológicamente, en tiempo, espacio y persona, Adolfo logró establecer relaciones entre los eventos pasados y los actuales. Su historia comenzó un nuevo “rearmado”, puesto que mis intervenciones terapéuticas permitieron que los hechos fueran resignificados. Cuando buscaba las piezas para armar el rompecabezas parecía querer ordenar su pensamiento y sentimientos.

En esta sesión se mostró angustiado por tener que abandonar el Albergue, sitio donde al fin había logrado sentirse seguro y protegido, yo sabía que eso tendría que ocurrir tarde o temprano, por ello a través de mis intervenciones le señalé la posibilidad de recuperar a las personas queridas a través del recuerdo.

### 3.3 FASE INTEGRADORA

#### 3.3.1 Temáticas centrales y Análisis

Durante esta fase de la intervención, los cambios evidenciados por Adolfo en el escenario individual también se manifestaron y consolidaron dentro de la terapia grupal. Durante las dos últimas sesiones que participó dentro del grupo, mostró mayor integración con sus compañeros, se identificó con ellos, sabía que compartían experiencias similares y por lo tanto, sintió y mostró alegría.

En el grupo, tanto él como sus compañeros, mostraron mayor disposición para compartir no sólo el espacio y los materiales, sino sus experiencias y sentimientos. Fue evidente la disminución de la angustia persecutoria y el incremento de la angustia depresiva, la cual fue tolerada a través de las intervenciones de las terapeutas. Esto permitió que se consolidara el Grupo de Trabajo ya que cada integrante logró participar dentro de las actividades propuestas y respetó las reglas y turnos (Klein, 1946-1988, Bion, 1994).

Las terapeutas observamos que Adolfo al igual que sus demás compañeros, reconoció al Albergue como una “zona de refugio”, es decir, como un lugar que les brindó seguridad contra los golpes y agresores. Por ejemplo, durante la 7ª sesión grupal propusimos a los niños realizar una actividad denominada “las islas”. A través de ella, los niños pudieron simbolizar la salida de sus hogares, la búsqueda de un nuevo “refugio” y los sentimientos que esta situación les generó. Durante el desarrollo de esta actividad, pude observar que, mientras sus compañeros se “refugiaron” en las islas de los otros o se negaron a abandonar las que simbolizaban sus “hogares”, Adolfo buscó directamente la ayuda de las terapeutas, se refugió en la “isla” que representaba al Albergue. Interpreté su comportamiento como producto de la inestabilidad que había caracterizado su vida y con el hecho de que él a diferencia de los demás, contaba como principal red de apoyo el Albergue. Por ello éste fue tan importante para él, ya que representó el único medio que le ofreció estabilidad y protección.

Durante esa actividad, los integrantes del grupo expresaron sentimientos de enojo por la pérdida de su espacio personal (su casa, seres queridos, carecer de cosas propias, tener que compartir su espacio con los demás), el compartir estos sentimientos entre ellos, constatar que todos compartían sentimientos similares, promovió que identificaran su propia experiencia con la de otros (Bion, 1994).

El cierre del proceso terapéutico estaba próximo y el proceso de canalización de la mayoría de los niños ya había iniciado. Aunque en esos momentos todos (incluso nosotras) desconociéramos la fecha exacta de su egreso, sabíamos que sería pronto y por lo tanto, los niños dentro del grupo se mostraron ansiosos por saber cuando serían canalizados y a donde los llevarían. Comenzaron a visualizar un futuro diferente, un futuro idealizado, puesto que la mayoría deseaba ser canalizado a Casa DIF, consideraron que ese era el mejor lugar, imaginaron al resto de las instituciones como “malas” y no tan deseables. Aunque en sesiones anteriores Adolfo había expresado no querer egresar del Albergue, cuando en esta sesión escuchó a sus compañeros hablar de Casa DIF y todas las “maravillas” que encontrarían en ella, expresó querer ir también a ese lugar, considero que depositó sus esperanzas en esa opción (Klein, 1946-1988).

En las sesiones de terapia individual Adolfo continuó elaborando y expresando sentimientos, temores y vivencias relacionados con la despedida. Hizo uso de la simbolización para reparar sus objetos internos y con ello, manifestó mejorías en su estado de ánimo (Klein, 1930-1990). Estableció conexiones entre los eventos y sentimientos experimentados durante su estancia en el Albergue y al parecer, esto se logró al reordenar y lograr mayor coherencia con los eventos que se relacionaban con su pasado. El recuerdo de situaciones dolorosas y los sentimientos provocados, fueron tolerados y elaborados por él a través de verbalizaciones, lo cual abrió la oportunidad para que pudiera resignificarlos con los acontecimientos actuales.

En la 5ª sesión individual Adolfo realizó un dibujo que representó un nuevo corazón. Cuando me lo mostró le señalé las diferencias entre ese dibujo y el que había realizado la primera sesión: “el corazón angelito”. Adolfo señaló las heridas que tenía su primer dibujo y mencionó que el nuevo dibujo ya no iba a tenerlas.

Coloreó su corazón de rojo y dijo: “es como sangre, pero éste ya no está herido”. Agregó amarillo a su corazón y dijo sonriente: “este corazón brilla”. Interpreté el brillo de su dibujo como la felicidad que él sentía en ese momento, lo relacioné con la mejoría de su estado de ánimo. Dibujó “corazoncitos” alrededor del corazón, mencionó que: “salían de su corazón”. Le dije que ese corazón, al igual que él, comenzaba a sentirse sanado y por lo tanto, era capaz de volver a amar.

De acuerdo al análisis de las sesiones que formaron esta fase del tratamiento, es posible afirmar que en Adolfo comenzó a predominar la posición depresiva. Lo anterior permitió que en situaciones de angustia utilizara mayores mecanismos introyectivos (Klein, 1946-1988). Considero que los logros que alcanzó a lo largo de su proceso terapéutico pusieron de manifiesto que su Yo se fortaleció, puesto que amplió y enriqueció su capacidad para pensar e integrar nuevos y más variados mecanismos de defensa (Klein, 1946-1988, Bion, 1977).

Durante la última fase de la intervención, le resultó difícil aceptar su egreso del Albergue, separarse del grupo, de sus amigos y de nosotras. Sin embargo, el proceso terapéutico le brindó la oportunidad de comenzar a elaborar este nuevo duelo (Klein, 1930-1990).

A propósito de lo anterior, durante el transcurso de la 5ª sesión individual, Adolfo expresó con tristeza que: “el día anterior lo había entrevistado un señor y que le había dicho que ya se iba a ir a una casa-hogar”. Agregó que aunque estaba emocionado por conocer ese nuevo lugar, prefería quedarse en el Albergue “para no alejarse de sus amigos”. Mencioné que comprendía su deseo por permanecer dentro del Albergue, sin embargo le aclaré que había cosas que él no podía decidir (en este caso su egreso y el momento en que ocurriría), le aseguré que aunque pudiera parecerle injusto no haber sido consultado, cada determinación que las autoridades del Albergue tomaban estaba pensada para favorecer su bienestar. Le comenté que lo que sí podía hacer era decir lo que sentía, tal y como lo había hecho en esa sesión. Cuando salimos de la sesión dijo que antes de irse quería despedirse de sus amigos.

Debo mencionar que como terapeuta, constatar que el egreso de Adolfo se encontraba próximo me produjo tristeza, sabía que para poder elaborar ese nuevo duelo era importante que él se pudiera despedir y con ello expresar lo que sentía.

A nivel personal, en la supervisión, al igual que durante todo el proceso de intervención, encontré la contención y el apoyo que necesitaba para elaborar la próxima despedida. Además, pude reflexionar sobre el proceso terapéutico y hacer una evaluación de los logros alcanzados.

En ese momento, además de experimentar tristeza, también me sentí tranquila, confié que el proceso terapéutico desarrollado en el grupo y en el espacio individual le hubiera brindado suficientes herramientas para poder aminorar y manejar la intensidad de su dolor en un futuro.

A continuación, incluyo la última sesión que tuvo Adolfo, considero que ésta representó el cierre del proceso terapéutico y ejemplifica la manera en como se trabajó la despedida y los sentimientos asociados a ella.

### 3.3.2 Viñeta. Sesión 6 (Individual)

Desde que Adolfo ingresó a la sesión me comentó que los últimos días había estado de mal humor. Observé que su semblante era triste, estaba callado y lucía desanimado. Mencionó que la directora del Albergue le había confirmado su egreso, sin embargo no le había informado el día ni la hora en que ocurriría. El ignorar cuando sucedería le generó angustia, tuvo miedo de no poder despedirse de sus compañeros y amigos. Expresó que deseaba despedirse de todos. Le señalé lo importante que era despedirse de las personas que amaba, agregué que aunque “decir adiós” producía tristeza era necesario para expresar lo que sentía.

Durante el transcurso de la sesión elaboró dibujos de despedida para sus amigos del Albergue y del grupo, mientras lo hacía recordó situaciones agradables ocurridas dentro de la Institución. Lo ayudé a elaborar una carta de despedida para su mejor amigo (ya que apenas había comenzado a aprender a escribir). Me pidió que cuando se fuera, invitara a ese niño a participar en el grupo y en la terapia individual. Le mencioné que su gesto expresaba el amor que sentía hacía su amigo, el deseo de ayudarlo, hice énfasis en su capacidad para compartir su espacio con los demás.

Mientras Adolfo dibujaba intervine para mencionarle la importancia de su corazón, le dije: “cuando te vayas del Albergue, aunque en un inicio te sientas solo, el recuerdo de todas las personas que quieres siempre estará contigo, dentro de tu corazón”.

El último dibujo que Adolfo realizó en la terapia fue el de un corazón llorando, lo describió así: “éste va a estar sin color...ya no brilla”. Interpreté que en ese momento se sentía como el corazón, triste por dejar el Albergue y a las personas que quería, parecía que ese sentimiento “lo dejaba sin brillo”. Agregué que aunque al principio le resultara difícil adaptarse al nuevo sitio, poco a poco iba a poder encontrar adultos y niños que le demostrarían aceptación y cariño.

Antes de salir de la sesión Adolfo se despidió de mí. Me regaló su dibujo del “corazón angelito”. Le mencioné que también a mí me producía mucha tristeza tener que despedirme de él. Hicimos un recuento de lo ocurrido a lo largo del proceso terapéutico, le señalé como paulatinamente había adquirido la capacidad para manejar las situaciones que le dolían y lo lastimaban, pudiéndolas manejar mejor.

Por último, le mencioné que esperaba poder verlo la siguiente sesión, pero que si se iba antes, me encargaría de entregarles sus cartas de despedida a sus amigos del grupo.

#### *Análisis de la sesión*

Esta fue la última sesión realizada con Adolfo. En ella se manifestaron sentimientos asociados a las despedidas y separaciones (como la tristeza o el enojo), sus objetos internos “buenos” permitieron que el amor predominara y él fuese capaz de elaborar el dolor de este nuevo duelo a través de dibujos y verbalizaciones (Klein, 1946-1988).

Durante esta sesión, fue evidente el cariño que demostró hacía los niños del Albergue. A diferencia de cuando ingresó, confiar en que poseía el cariño de los demás, le permitió demostrarles su amor. Se mostró seguro cuando constató que había logrado ser incluido en el grupo y con ello disminuyó el sentimiento de exclusión y rechazo que experimentó en un inicio.

Como terapeuta conocía los múltiples duelos por los que había atravesado y sabía el enorme significado que tenía esta nueva despedida. En ninguna de sus separaciones había tenido la oportunidad de decir adiós. Su temor a no poder hacerlo de nuevo generaba en él angustia y dolor, puesto que revivía con ello la abrupta muerte de su madre. Por lo tanto, consideré sumamente significativo que durante toda la sesión elaborara cartas y dibujos para poder separarse de las personas a las que amaba. Con estas acciones demostró sus intentos de reparación, confió en poder reparar el dolor generado por su egreso (Klein, 1946-1988).

A través de las intervenciones terapéuticas, busqué aminorar el dolor que le iba a producir esa nueva separación y acrecentar su confianza en el uso del recuerdo como un mecanismo para conservar el amor. Confié en que si él tenía la oportunidad de elaborar esta nueva despedida y expresar los sentimientos que le producía, probablemente su partida no resultaría tan traumática ni abrupta.

#### IV. DISCUSION

Al hacer una evaluación global de los resultados obtenidos durante la intervención, encontré que el establecimiento de una estrategia psicoterapéutica de tipo combinado, ofreció la posibilidad de atender de manera intensiva y personalizada las manifestaciones emocionales y de comportamiento que Adolfo manifestó cuando ingresó al Albergue. Aunque los cambios fueron evidentes a raíz de que inició el proceso terapéutico individual, no por ello el grupo dejó de influir ni tener relevancia en los logros alcanzados. Considero que la dinámica grupal no sólo fue un importante eje para movilizar las expresiones emocionales inherentes a la sintomatología relacionada con su motivo de ingreso, sino que también fungió como un “puente” para trabajar y consolidar los cambios logrados en el escenario individual.

Por su historia familiar, se infirió que Adolfo provenía de una familia desintegrada y disfuncional; a lo largo de su vida careció de las atenciones y cuidados necesarios para un desarrollo adecuado, también fue expuesto a maltrato físico y emocional severo.

Las huellas de su violenta e inestable historia personal no sólo eran palpables al observar su aspecto físico; a nivel emocional en Adolfo se observó un profundo dolor, enojo, miedo y angustia; síntomas que se manifestaron a través de su comportamiento. Constantemente fue reportado como “niño problema” por sus cuidadoras y maestras; presentaba bajo rendimiento en actividades recreativas y constantemente agredía a los otros niños, tenía enormes dificultades para mantener la atención y seguir instrucciones, los episodios de llanto y rabietas eran frecuentes como una forma de manifestar su situación. En un principio todo ello dificultó que estableciera vínculos afectivos y se adaptara a la dinámica propia de la Institución.

Como terapeuta me enfrenté a una situación sumamente compleja y difícil. Observar y sentir el enorme dolor y angustia que subyacía a sus manifestaciones emocionales y de comportamiento, me hizo preguntarme cual podía ser la estrategia de intervención adecuada para ayudarlo a aliviar o al menos disminuir el

intenso sufrimiento psicológico que experimentaba. Si consideraba las características de la Institución, sabía que su estancia dentro del Albergue probablemente sería corta, por lo tanto era necesario implementar un tratamiento breve.

Tras analizar cuidadosamente cada uno de estos factores se consideró que lo más viable era integrarlo a un grupo psicoterapéutico diseñado bajo una modalidad de intervención breve. Se pensó que las condiciones y estrategias terapéuticas desarrolladas en el escenario grupal, así como en una intervención breve se ajustaban a sus necesidades de atención.

Adolfo comenzó a recibir tratamiento psicológico dentro del grupo, sin embargo, el análisis de las primeras sesiones demostró que la intervención grupal por si sola no estaba logrando que él pudiera contener y elaborar su dolor. Resultó evidente que no lograba incorporar ni hacer uso de las estrategias terapéuticas que el grupo le ofrecía.

Su incorporación al espacio terapéutico grupal le generó angustia, sobre todo porque significaba enfrentarse a una situación nueva y desconocida. Los temas y los sentimientos expresados por sus compañeros durante las primeras sesiones lo remitían a su propia experiencia de maltrato y al dolor generado por la reciente pérdida de su madre.

Su experiencia le había enseñado que no podía confiar en nadie, las personas más significativas en su vida lo habían defraudado, abandonado e incluso lastimado a través de golpes y palabras. Razones por las cuales durante las primeras sesiones grupales no logró confiar ni en sus compañeros ni en las terapeutas. Al inicio del grupo prevaleció el supuesto de ataque-fuga (Bion, 1994). Adolfo no se sentía parte de él, su comportamiento agresivo promovió que fungiera como emergente de la angustia grupal. Los esfuerzos que hicimos por tratar de contener su angustia resultaron infructuosos.

Desde el punto de vista teórico de Melanie Klein (1952-1988), el cuadro clínico de Adolfo demostró la existencia de un Yo pobremente integrado y el predominio de la posición esquizo-paranoide. Los sentimientos internos que experimentaba eran tan intensos, tan dolorosos, que la única vía que encontró

para defenderse de la angustia fue los mecanismos de proyección, escisión, el control omnipotente y la idealización, para así expulsar y atacar todo aquello que lo atacaba internamente.

Su inclusión a la terapia individual, marcó la aparición de cambios y progresos. Este nuevo escenario terapéutico le proporcionó un ambiente de comprensión, ahí logró verbalizar sus sentimientos y fantasías dolorosos; en cada sesión se trataron problemáticas que para él eran prioritarias, disminuyendo así los síntomas de depresión y ansiedad que presentaba en un inicio.

Las intervenciones terapéuticas permitieron poner en palabras el mecanismo de identificación proyectiva que al principio utilizó como medio para manejar su angustia. Utilizar sus dibujos para simbolizar y expresar su dolor, le permitió reparar sus objetos internos; en la medida que comprendió sus sentimientos actuales logró establecer conexiones internas con eventos de su pasado. Su historia comenzó un nuevo armado.

El incipiente predominio de la posición depresiva, produjo una mayor identificación con el objeto dañado, apareció el sentimiento de culpa y la necesidad de reparar a sus objetos internos. A través de la introyección de objetos buenos y reparadores (terapeutas y compañeros) logró contener la angustia persecutoria (Klein, 1946-1988).

En el transcurso del tratamiento, fue evidente que a través de la contención terapéutica Adolfo logró incrementar su capacidad para tolerar temas y señalamientos relacionados con las separaciones y el maltrato.

Los cambios de Adolfo en el escenario individual se manifestaron también dentro del grupo. Mostró mayor integración con sus compañeros, se identificó con ellos y mostró alegría cuando logró pertenecer al grupo y ser aceptado.

La introyección de objetos buenos también favoreció el fortalecimiento del Super Yo e Ideal del Yo.

Dentro del escenario terapéutico grupal, a través del establecimiento de normas, las terapeutas promovimos la introyección de reglas de manera menos punitiva, a diferencia de lo ocurrido en sus hogares, propiciamos que Adolfo y sus

compañeros intentaran nuevas formas de relación basadas sobre todo en el respeto a sus ideas y sentimientos.

Las mejoras que progresivamente presentaron Adolfo y cada uno de sus compañeros originaron una dinámica grupal distinta. Durante las últimas fases del tratamiento, existió: a) mayor participación e interés durante las sesiones, b) mejoró la motivación para realizar actividades conjuntas, c) se observó mayor coherencia y congruencia entre las ideas que fueron expresadas con los sentimientos y conductas manifestados, d) se incrementó la atención y concentración, e) la capacidad para imaginar, f) la creatividad, g) mejoró la capacidad para escucharse entre ellos y h) respetar los turnos. Adolfo y sus compañeros fueron capaces de identificarse con lo que otros habían vivido, con lo que pensaban y sentían, se reportó una sensación de alivio después de hablar sobre sus sentimientos; mejoró su estado anímico en la medida que mejoró la comprensión y la capacidad para elaborar su experiencia. En ese sentido, en el grupo terapéutico prevaleció la dinámica grupal denominada por Bion (1994) como Grupo de Trabajo.

En la medida que amplió y enriqueció su capacidad para pensar e integrar nuevos mecanismos de defensa, su Yo se vio fortalecido y dejó de percibirse como “malo y dañado” (Bion, 1977).

Al considerar los resultados obtenidos, me parece que el tipo de intervención terapéutica implementada con Adolfo cumplió los objetivos establecidos. Si bien resultaría pretencioso hablar de cambios estructurales profundos, si estoy convencida de que se logró que elaborara procesos psicológicos que incrementaron su capacidad para manejar su dolor y sufrimiento en ese momento y en el futuro.

Existen dos aspectos que considero fueron claves y esenciales para la consecución exitosa de este proceso terapéutico, ellos son: el papel que jugó dentro del grupo la coterapia y la supervisión del proceso individual y grupal.

Respecto a la coterapia, considero que la presencia de dos profesionales dentro del grupo abrió la posibilidad de tener una percepción más amplia y objetiva de los avances y necesidades tanto individuales como grupales, garantizando así

una retroalimentación mutua y enriquecedora. Dada la naturaleza e intensidad de las manifestaciones emocionales expresadas por los miembros del grupo, el trabajar en coterapia permitió que una terapeuta atendiera situaciones de crisis mientras la otra acompañaba al resto del grupo.

En cuanto al papel que jugó la supervisión, puedo mencionar, que la revisión y el análisis del proceso en un escenario externo al desarrollado dentro del Albergue y por un profesional que no se encontrara directamente involucrado con lo que ocurría dentro de las sesiones, permitió evaluar con mayor objetividad el material clínico. Orientándome sobre nuevas intervenciones psicoterapéuticas que podrían realizarse en sesiones subsecuentes.

Por otra parte, la contención que me brindó la supervisión ayudó a identificar de manera más objetiva y clara los sentimientos contratransferenciales que se dieron tanto con Adolfo como con los otros niños. Considero importante mencionar que en ocasiones la actitud de Adolfo o de sus compañeros, produjeron en mí toda una gama de sentimientos difíciles de contener. Dichos sentimientos incluyeron desde la tristeza, cariño, compasión y el deseo de protegerlos, hasta el temor y enojo. Como menciona Winnicott (1947-1999) existen pacientes, como los del Albergue, “que por fuerza implican una pesada carga emocional para quien cuida de ellos”. Para este autor, el niño procedente de un hogar deshecho o sin padres, tiende a poner a prueba su medio ambiente, buscando que sus nuevos cuidadores sean capaces de odiarlo objetivamente, creyendo con frecuencia que sólo puede ser amado en la medida que se haya sentido odiado.

Esta dinámica fue sumamente clara en Adolfo, quien en múltiples ocasiones hizo cosas que me enojaron sobremanera. Es de suponerse que él esperaba que yo respondiera como los otros adultos con quienes se había relacionado, es decir, a gritos y golpes; sin embargo, en la medida que fui capaz de separar y estudiar las reacciones que estaba teniendo con él y con sus demás compañeros, pude comunicarle mi enojo de manera verbal y directa, sin lastimarlo; haciéndolo sentir mas seguro, que constatará que no habría venganza de mi parte; por el contrario, le devolvería sus ataques de una manera segura a través de señalamientos e interpretaciones.

Por último, realizar este tipo de trabajo –utilizar una estrategia terapéutica que combinara la terapia individual y la grupal en una modalidad breve-, me permitió reflexionar sobre la utilidad de implementar esta intervención en pacientes y niños que atraviesen por condiciones similares a las presentadas por Adolfo. Aunque estoy consciente de las condiciones que existen dentro de las Instituciones que albergan a este tipo de población y los alcances de la ayuda que pueden ofrecerles, considero que el uso de una estrategia de intervención de tipo combinado, en los casos en que el tiempo con que el se cuenta para intervenir sea corto, si puede proporcionar contención al dolor que experimentan estos niños, sobre todo cuando la severidad del maltrato y las consecuencias que acarrea consigo pongan en peligro su estabilidad emocional y su futuro.

## V. CONCLUSIONES

La conclusión de este Reporte representa la culminación exitosa de mi proceso formativo como psicoterapeuta infantil. Su contenido muestra las competencias profesionales adquiridas durante el curso de la Maestría y la Residencia.

Considero que cumplí con los objetivos planteados por el programa curricular de Maestría en Psicología y la Residencia en Psicoterapia Infantil en la medida que los contenidos teórico-prácticos de cada una de las asignaturas, me permitieron adquirir herramientas indispensables para la atención psicológica especializada en cuanto al diagnóstico, atención, evaluación y tratamiento a niños se refiere.

Contar con asignaturas teóricas me ayudó a desarrollar mayores y mejores competencias para realizar entrevistas y sesiones clínicas, al tomar en cuenta los contenidos simbólicos en el juego, discurso y actitudes.

Los escenarios de práctica me brindaron la oportunidad de poner a prueba las competencias adquiridas. Poder insertarme como residente al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del D.F., fue una oportunidad única e invaluable, puesto que me permitió conocer más de cerca la compleja y difícil problemática que representa el Maltrato Infantil. Día a día en el Albergue fui testigo del enorme sufrimiento que padecen estos niños, constaté sus enormes necesidades, observé los enormes esfuerzos que realiza el personal de esta institución por atenderlos, en contraparte con los pocos recursos con que cuenta. Todo ello me hizo sensibilizarme con esta dura realidad, comprendí de manera más objetiva y empática las necesidades de atención de este tipo de población. Esto facilitó que desarrollara abordajes integrales, mismos que me permitieron establecer modalidades de intervención que consideraran los recursos disponibles y las necesidades más apremiantes.

El trabajo terapéutico realizado con diferentes niños a lo largo de la Residencia, demuestra que fui capaz de crear o adaptar formas de intervención que se acomodaran a sus necesidades individuales y además obtener resultados

favorables. Por ejemplo, el diseño y la aplicación de una estrategia de intervención breve y de tipo combinado (terapia grupal y terapia individual) con Adolfo, permitió atender eficazmente sus necesidades específicas y disminuir el sufrimiento psicológico que manifestaba al inicio del proceso.

La guía que me brindó la tutoría, la supervisión y el trabajo realizado en la Cámara de Gessell me ayudó a integrar mis conocimientos y formas de proceder de una manera más objetiva y clara. Las sesiones de observación y retroalimentación entre mis compañeras y maestros favorecieron que conociera otros enfoques teóricos y puntos de vista; esto me permitió evaluar mi ejecución y desempeño como terapeuta, ensayé nuevas estrategias y cuando lo consideré pertinente modifiqué o adapté el curso de mis intervenciones terapéuticas en función de las sugerencias que me dieron.

Debo reconocer que haber sido parte de éste programa fue una experiencia compleja, ya que el proceso de aprendizaje no fue fácil. Sin embargo, cuando veo en retrospectiva todo el proceso, encuentro que en sí la experiencia fue basta y enriquecedora, puesto que me permitió experimentar la importancia del papel del psicólogo dentro del ámbito del trabajo institucional y particularmente en la protección a la infancia. El invaluable cúmulo de vivencias, me brindó alternativas de intervención funcionales para ser aplicadas durante mi vida profesional, tanto en la práctica institucional como en la consulta privada.

## VI. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a. versión (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Arrubarrena y De Paúl (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. España: Ediciones Pirámide.

Bellak, L. y Small, S. (1970). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax- México.

Bion, W. (1977). *Ataques al vínculo. Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.

Bion, W. (1994). *Experiencias en Grupos*. México: Paidós.

Cantón J. y Cortés M. (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.

Casado, F.; Martínez, G.; Díaz, H. (1997). *Niños maltratados*. España: Díaz de Santos.

Cirillo, S. y Blassio, P. (1991). *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Siglos XXI.

De la Fuente, R., Medina M., Caraveo, J. (1997). *Salud Mental en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.

De Paúl, J., Arrubarrena, M., Torres, B. y Muñoz, R. (1988). En Cantón J. y Cortés M. *Malos Tratos y abuso sexual infantil*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

*Desarrollo Integral de la Familia* (2004). En: <http://www.dif.df.gob.mx/>

Dubner. A. y Mota, R. (1999). *Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder*. Journal of consulting and clinical psychology, 67 (3), pp. 367 – 373.

Dupont, M. y Jinich, A. (1993). *Psicoterapia grupal para niños*. Universidad de Guadalajara: Asociación Psicoanalítica Jalisciense.

*Documentos oficiales del Albergue Temporal de la PGJDF* (2003).

Elliot, J. y Place, M. (1998). *Children in difficulty. A guide to understanding and helping*. USA: Routledge.

Fernández, V.J. y Fuentes, Z.J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. España: Psicología Pirámide.

Finzi, R.; Ram, A.; Snhit, D.; Har-Even, D.; Tyano, S. y Weizman, A. (2001). *Depressive symptoms and suicidal in physically abused children*. *American Journal of Orthopsychiatry*. 71 (1). p.p. 98-107.

Fiorini, H. (1979). *Teoría y Técnica de Psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Gallardo, J. y Jiménez M. (1997). *Efectos del maltrato y del status sociométrico sobre la adaptación social y afectiva infantil*. *Psicothema*, 9 (1) pp. 119-131.

García, E. (1995) *Visible but unreported: A case for the "not serious enough" cases of child maltreatment*. *Child Abuse and Neglect*. No. 19. p.p. 1083-1093.

Garralda, H. (1980). *El abuso hacia los niños* (Revisión somera de algunas teorías sobre la agresión). *Salud Mental*, 3 (3). p.p. 13-17.

Glasserman, M. y Sirlin M. (1974). *Psicoterapia de grupo en niños*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Gómez, L. E. (1994). *El manejo de la agresión en un grupo de psicoterapia infantil*. Tesis. México. UNAM.

Hartman y Burgess, (1989). En Cantón J. y Cortés M.; *Malos Tratos y abuso sexual infantil*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.

Heimann, P. (1951-1972). Una Contribución a la Revaluación del Complejo de Edipo. En *Nuevas Direcciones en Psicoanálisis*. Klein, M., Heimann, P., Money – Kyrle, R. (eds). Buenos Aires: Paidós.

Howe D. y Fearnley, S. (2003). Disorders of attachment in adopted and fostered children: recognition and treatment. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 8(3), pp. 369-387. Julio, 2003.

*Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en México* (2004). En: [www.inegi.gob.mx/](http://www.inegi.gob.mx/)

Jernberg A. y Booth, P. (1999). *Theraplay. Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers (2a. ed.).

Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. 3ª Edición. México: Pearsons Education.

Kempe, R. y Kempe, H. (1979). *Niños maltratados*. España: Ediciones Morata.

Klein, M. (1952-1988). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Obras completas Vol. 3: Envidia y Gratitud y otros trabajos*. Barcelona: Paidós.

Klein, M. (1946-1988) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas Vol. 3: Envidia y Gratitud y otros trabajos*. Barcelona: Paidós.

Klein, M. (1930-1990) La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En *Obras Completas Vol. 1: Amor, culpa y reparación*. Barcelona: Paidós.

Klein, M. (1932-1994). Técnica de análisis en niños. En *Obras Completas Vol. 2: Psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós.

Knobel, M. (1977). *Psiquiatría Infantil Psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós

Kolko, D. y Swenson, C. (2002). *Assessing and Treating Physically Abused Children and their Families. A cognitive- behavioural Approach*. SAGE.

Kot, S. (1995). *Intensive play therapy with children witness of domestic violence. Unpublished doctoral dissertation*. University of North Texas: Detroit.

Landreth, G. y Sweeney, D. (1997). Child centered play therapy. In K. O'Connor & L. Braverman (Eds.) *Play Therapy: Theory and practice*. p.p. 17-45 New York : Jonh Wiley & sons.

Loredo, A. (2002). *El Maltrato a los Niños: una Cruda Realidad que ha Alcanzado Vigencia Mundial*. Foro pediátrico, julio-septiembre, 2002.

Lawrence, C. (2002.). The impact of foster care on the development of behavior problems. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineerirng*, 63(3-B) 1551. Septiembre, 2002.

López C. R. (2002). *Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lunts, B. y Spatz, W. (1994). Antisocial personality disorder in abused neglected children grown-up. *American Journal Psychiatry*, p.p. 670-674.

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

Marcelli y Arjuriaguerra (1996). *Manual de Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

MacMillan, H., Munn, C. (2001). The sequela of child maltreatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(4), pp 325-331. Julio, 2001.

Pérez, C. (2004). *El maltrato infantil y las convivencias familiares en el acogimiento residencial*. Reporte de Experiencia Profesional. México: UNAM.

*Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil* (2003). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Poch, J., Ávila, A. (1998). *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

Rojas, M. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. México: UNAM.

Rodríguez, B. y Ortega, B. (2002). *Factores de personalidad en menores institucionalizados y no institucionalizados*. Tesis. México: UNAM.

Ruíz, V. (2004). *Psicoterapia de juego grupal con niños (10- 11 años) víctimas de maltrato*. Reporte de Experiencia Profesional. México: UNAM.

Santana, T.R. y Sanchez, A.R. (1998). El Maltrato Infantil: un problema mundial. *Salud Pública México*. 40 (58) p.p. 58-65. [www.insp.mx/salud/40/401-9.html](http://www.insp.mx/salud/40/401-9.html).

Schaefer, C. y O'Connor, K. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

Shapiro (1999). *A guide to starting psychotherapy groups*. USA: Academic Press.

Slavson, S. (1976). *Tratado de Psicoterapia Grupal analítica*. Buenos Aires: Paidós.

Simón, R. C., López, T. J. y Linaza, I. J. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. España: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Trianes M., Gallardo J. (1997). *Influencia del sexo y la edad en las repercusiones psicológicas de los niños maltratados físicamente*. *Psicothema*, 9(3), pp. 473-485

Tyndall-Lind, A. (1999). *A comparative analysis of intensive individual play therapy and intensive sibling group play therapy with witnesses of domestic violence*. *Unpublished doctoral dissertation*. University of North Texas: Delton

Webb, N. (1991). *Play therapy whit children in crisis*. New York: The Guilford Press.

Winnicott, D. (1953-1999). Objetos Transicionales y Fenómenos Transicionales. En *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (1947- 1999). El odio en la contratransferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Zeanah, C., Larrieu, J., Heller, S., Valliere, J., Hinshaw-fuselier, S., Aoki, et al. (2001). Evaluation of a Preventive Intervention for Maltreated Infants and Toddlers in Foster Care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), pp 214-221. Febrero, 2001.

# ANEXOS

## ANEXO 1

## GUÍA PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTE

<b>Nombre del Niño</b>	
<b>Fecha de nacimiento (edad)</b>	
<b>Escolaridad</b>	
<b>Procedencia</b>	
<b>Fecha de ingreso</b>	
<b>Motivo de ingreso</b>	
<b>Fecha de la revisión de expediente</b>	
<b>I. Familia</b>	
<b>1) Constitución</b>	
<b>Número de miembros</b>	
<b>Nombre, parentesco, edad y ocupación.</b>	
<b>Familiares alternos (nombre y parentesco)</b>	
<b>Convivencias: cuantas, quienes y frecuencia.</b>	
<b>2) Dinámica Familiar del Maltrato</b>	
<b>Tipo de violencia e instrumento (s)</b>	
<b>Frecuencia</b>	
<b>Lesiones y grado de las mismas (indicar si hubo hospitalización)</b>	
<b>II. Estado Psicológico del Niño Reportado</b>	
<b>Observaciones</b>	

## ANEXO 2

### ENTREVISTA INICIAL SEMIESTRUCTURADA

Fecha \_\_\_\_\_

Terapeuta (s) \_\_\_\_\_

- Nombre del niño
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Escolaridad
- Procedencia

#### *Estancia en el Albergue.*

1. ¿Cuándo y por qué llegó?
2. ¿Cómo se ha sentido aquí?
3. ¿Cómo son sus relaciones con los otros niños y con el personal?
4. ¿Qué espera al salir del Albergue?

#### *Familia.*

1. Constitución:

Nombre de la madre

Ocupación

Nombre del padre

Ocupación del padre

Hermanos (nombre y edad)

2. Dinámica familiar (relación entre los miembros de la familia)

3. Sentimientos hacia los miembros de su familia (si extraña a alguien, a quién y qué)

*¿Por qué cree que lo hemos llamado?*

## ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

Aspecto y actitud del niño

Quejas

Concepto que el paciente tiene de sí mismo

Concepto que el paciente tiene de otras personas

Manera cómo la(s) terapeuta(s) trató (aron) al niño

Manera cómo el niño trató a la(s) terapeuta(s)

¿Acepta ingresar al grupo? Sí ( ) No ( )

¿Cuál es su actitud en relación al grupo?

### **Interés, inquietudes y expectativas**

Lo que le gustaría que se trabajara en el grupo

Las actividades que sugiere

Los temas que le gustaría tratar

¿Cuál es la causa a la que atribuye su estancia en el Albergue?

¿Qué le gustaría cambiar?

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS INMEDIATOS

Problemáticas identificadas

Objetivos inmediatos

---

**ANEXO 3**  
**FORMATO DE OBSERVACIÓN**

**FECHA**

**SESIÓN #**

**TERAPEUTA(S)**

**NIÑO (S)**

**ANÁLISIS DE SESIÓN**

- **RESUMEN**
- **TEMÁTICAS CENTRALES (Manifiestos y latentes)**
- **PRINCIPALES TENDENCIAS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS REALIZADAS**
- **REFLEXIONES Y/O COMENTARIOS**
- **SUGERENCIAS PARA SESIONES POSTERIORES**