

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“TERAPIA DE JUEGO GRUPAL CENTRADA EN EL NIÑO PARA DESARROLLAR
LA COMPETENCIA SOCIAL
DE NIÑAS MALTRATADAS INSTITUCIONALIZADAS”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LIC. MARTHA LUCIA ROGEL ALBA

DIRECTORA: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

REVISORA: DRA. BERTHA BLUM GRINBERG
SUPLENTE: DRA. CONCEPCIÓN MORÁN
DRA. MA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

MÉXICO, D.F. MARZO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Con todo mi ser para mi hija Alba Lucía,
perdón por mis ausencias bb.**

**A mis padres Socorro y René, la fam. Berrospe
y mis hermanos, especialmente Angélica,
por su amoroso apoyo y presencia.**

**A la memoria de mi abuelita Chayito que me
llena de fuerza y entusiasmo.**

**Por último a todos los niños y niñas desaparecidos de
los albergues, que su memoria no se borre
hasta que en este país podamos garantizar el
cuidado y respeto a la vida y a la dignidad
de todos los menores.**

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CONTEXTO TEÓRICO	
CAPITULO I. SALUD PÚBLICA, SALUD MENTAL Y MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO	7
CAPITULO II. COMPETENCIA SOCIAL	26
CAPITULO III. LA PSICOTERAPIA DE JUEGO COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN	33
3.1. Terapia de juego psicoanalítica	
3.2. Terapia de juego cognitivo-conductual	
3.3. Terapia de juego grupal centrada en el niño	
CAPITULO IV. METODOLOGÍA	44
4.1 Justificación y planteamiento del problema	
4.2 Objetivo general	
4.3 Objetivos específicos	
4.4 Hipótesis de trabajo	
4.5 Variables	
4.6 Definición de variables	
4.7 Participantes	
4.8 Escenario	
4.9 Tipo de estudio	
4.10 Diseño	
CAPITULO V. RESULTADOS	50
CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	74
CAPITULO VII. LIMITACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

RESUMEN

Las cifras de niños maltratado crecen año con año en todo el mundo, en México ha sido reconocido por la Secretaría de Salud (2001) como un problema de salud pública ya que cada año se han detectado 1000 muertes en niños por esta razón. Es necesario establecer técnicas que permitan a los niños superar en lo posible los daños psicológicos y al mismo tiempo prevenir que se recicle la violencia como forma de interacción en los futuros padres.

El objetivo del presente trabajo es revisar el impacto de la psicoterapia de juego grupal con enfoque centrado en el niño para desarrollar las competencias sociales de un grupo de 6 niñas escolares de entre 8 y 11 años de edad, víctimas de maltrato e institucionalizados.

Se obtuvo un registro observacional de las 10 sesiones cuya duración fue de 3 horas distribuidas en los diferentes escenarios con diferentes materiales. Los registros fueron analizados en cuanto al proceso individual y grupal desde una perspectiva humanista, se analizó también el desarrollo de las competencia social en base al tipo de juego; su frecuencia, nivel de espontaneidad y estado emocional predominante; a partir de lo cual se concluye que este tipo de tratamiento si contribuye al crecimiento emocional de esta población y esto se refleja en el desarrollo de la competencia social. **Palabras Clave: Maltrato Infantil, Psicoterapia Grupal, Psicoterapia Centrada en el Niño.**

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la niñez es una tragedia social irrefutable, ya que lacera y marca a quien la recibe, disminuye a quien la ejerce o la permite, y tuerce por consecuencia el destino de generaciones enteras y el progreso de todo un pueblo.

El maltrato infantil y otras formas de violencia familiar o social, así como las enfermedades físicas y mentales de la población, se encuentran directamente relacionados con el fenómeno de la pobreza, la falta de infraestructura y presupuesto en temas de salud y educación. Las cifras presentadas por instituciones como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Secretaría de Salud (SS) presentadas en el primer capítulo de este trabajo permiten observar dicha relación con mayor claridad y dan pie a la propuesta de esta investigación sobre "¿cómo?", en las condiciones actuales y reales, se pueden generar propuestas concretas para que los niños maltratados institucionalizados superen las consecuencias de la agresión que han experimentado.

Una de las áreas del desarrollo altamente afectada por el maltrato en los niños es la competencia social, ya que frecuentemente no forman nexos efectivos y presentan problemas en el comportamiento. Todo lo anterior se puede ver reflejado en problemas que suelen comenzar en la adolescencia como la delincuencia juvenil (Widom y Maxfield, 2001) y el abuso de alcohol y otras drogas. Otra consecuencia importante es que se calcula que una tercera parte de los/as niños/as maltratados/as y abandonados/as eventualmente victimizarán a sus propios hijos/as. (CESOP, 2005).

El crecimiento del maltrato infantil en México, así como sus repercusiones en la salud física y mental de los niños, hacen necesaria la investigación sobre cuáles son las mejores técnicas de terapia psicológica que ayuden a los niños a superar las secuelas del maltrato familiar y la institucionalización para que puedan desarrollar todas sus potencialidades y estructurar una personalidad constructiva capaz de mejorar su vida y su entorno.

El principal objetivo de este trabajo es conocer el impacto de la terapia humanista centrada en el niño en un grupo de niñas maltratadas institucionalizadas para mejorar su competencia social, ya que es una de las áreas más afectadas en las víctimas de maltrato (Wood, 2002). Dicha capacidad se puede observar en situaciones de juego libre, para ello se realizó un estudio de caso grupal con registros de observación de

cada sesión y el análisis del tipo de interacciones establecidas por las niñas en el juego.

El escenario en donde se llevó a cabo este estudio fue el albergue para menores de la PGJ-DF. En primera instancia atravesé un proceso de adaptación ante el ambiente institucional que puede llegar a ser muy frío e impersonal, no obstante que en dicha institución cada uno de sus integrantes realizan un gran esfuerzo y logran un buen funcionamiento en cuanto a la atención de las necesidades básicas de los niños, incluyendo un buen nivel de servicios médicos externos.

En el marco teórico de este trabajo se hace una revisión del estado actual y la definición en los temas de salud pública, salud mental y maltrato infantil. En este último punto se aborda ampliamente la epidemiología a nivel nacional e internacional, indicadores, niveles y factores de riesgo, consecuencias, alternativas de intervención, investigaciones recientes sobre las diferentes formas de intervención y finalmente se aborda más el enfoque de terapia de juego centrada en el niño que fue el utilizado en el estudio y su relación con la competencia social.

En la siguiente sección se presenta la metodología que a manera de resumen consistió en obtener un registro observacional del grupo durante las 10 sesiones de 3 horas distribuidas en los diferentes escenarios (patio, ludoteca, dormitorio) con diferentes materiales. Dichos registros fueron analizados en el capítulo de resultados en cuanto al tipo de interacción establecida en el juego, su frecuencia, nivel de espontaneidad y estado emocional predominante.

En el apartado de discusión y conclusiones encontramos la evidencia sobre la efectividad y limitaciones de este tipo de intervención en la recuperación de la capacidad de las niñas para relacionarse de una manera no violenta, libre y espontánea perfilándola como una opción viable de psicoterapia grupal para niñas maltratadas institucionalizadas.

CONTEXTO TEORICO

CAPITULO I. SALUD PÚBLICA, SALUD MENTAL Y MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO

En lo referente a la **definición de salud**, diversos autores hacen hincapié al considerar que la Salud no se reduce a situaciones de equilibrio biológico del organismo ni a acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida personal, sino a un estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida, y está logrando su autorrealización. Es decir, se le considera como un estado de armonía y no como la mera ausencia de enfermedad, siendo un factor importante el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

El enfoque ecológico la define como un equilibrio dinámico con el ambiente para el desenvolvimiento pleno de las capacidades biológicas, psicológicas y sociales del hombre con su ambiente. (Higashida, 1990).

La salud mental, en el sentido humanista, se caracteriza por la capacidad de amar y para crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con la familia y la naturaleza,... (Fromm, 1974). En este sentido la salud se considera como: "el desarrollo del potencial humano en sus diferentes áreas de funcionamiento, hasta el nivel óptimo".

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Constitución de 1946, define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [OMS, 2004]. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. En ese sentido, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social [OMS, 2004].

De acuerdo con la OMS, los gobiernos tienen una responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas [OMS, 2004]. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y culturales y es, con ellas, un componente sinérgico de bienestar social" [CESOP 2005]

De la misma forma, el Estado mexicano asume que la salud es una tarea del gobierno en la que debe participar la comunidad organizada, porque constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y es

primordial para promover una auténtica igualdad de oportunidades” [Tapia, 2005].

Por ello, se asume que los distintos ámbitos del concepto son complementarios, ya que la salud no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que precisa de condiciones sociales apropiadas para el adecuado desarrollo del ser humano. [Brena, 2004] Como explica Julio Frenk, secretario de salud durante el sexenio de Vicente Fox, en esta materia “confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado...” [Frenk, 1993]. La salud es un medio para la realización personal y colectiva, que fomenta la seguridad general de la sociedad y es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como (un) elemento indispensable para la reproducción de la vida social [Frenk, 1993].

En este punto cabe mencionar que como campo de la medicina social, la salud pública incluye desde la prevención de las dolencias y las discapacidades, la prolongación de la vida y el fomento a la eficiencia física y mental, hasta educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.[Giacconi 1994]

En cuanto al Programa Nacional de Salud, la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria tiene como objetivo contribuir al desarrollo de la población a través de la promoción de la salud como un objetivo social, y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad, en el marco de un financiamiento equitativo, transparente y eficiente de los recursos. El principal instrumento para cumplir con estos objetivos es el Plan Nacional de Salud, cuyas metas son las siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas. (CESOP, 2005)

De acuerdo con datos de la OCDE, a lo largo de los últimos 40 años, los países que integran la organización han realizado avances en materia de salud, mejoras en las condiciones y la expectativa de vida, en la asistencia médica y en intervención pública en el sector salud. Aunque México también ha registrado avances, el promedio del nivel de bienestar en

materia de salud se coloca por debajo del promedio de los países de la OCDE

En cuanto al tema de **salud mental** la definición según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”. [Escandón, 2000]

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”.

Len Doyal e Ian Gough (citados CESOP, 2005), definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el *daño serio y sostenido*. En estos términos, daño serio, se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno”.

El argumento desemboca en las necesidades básicas: “Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas)”. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica.

El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello. [Boltvinik, citado en CESOP 2005]

La calidad de vida y autodeterminación, son dos conceptos que en los últimos años según Escandón han sido objeto de numerosos estudios para encontrar la relación que guardan entre si. Esto con el fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares, [Verdugo citado en CESOP 2005].

El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida implicaría una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, que son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos" [TEVA, 2004].

Las situaciones de vulnerabilidad como la pobreza relacionada con mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercute directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan.

Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en la familia. [Secretaría de Salud, 2001]

Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso. En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. [OMS, 2004]



Las personas desempleadas tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, citados por CESOP 2005). Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo.

Un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza. [OMS, 2004].

En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables. [OMS, 2004].

Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerable la incidencia de la problemática mentales en este grupo.

Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo, [Secretaría de Salud, 2001].

Las características de la vida rural en México, como la falta de oportunidades de trabajo, la falta de infraestructura básica, de servicios de salud, de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, incrementando los factores genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes mentales, [Secretaría de Salud 2001].

Otra población vulnerable son los niños de la calle constituida por todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle [Secretaría de Salud 2001].

En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes, [Secretaría de Salud, 2001].

La relación de a fármaco-dependencia con otros fenómenos sociales no solo es muy estrecha por las implicaciones legales, laborales culturales e incluso políticas si no que, además, representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales. La relación con la familia de origen es especialmente importante para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas. Los resultados muestran que el vivir en la calle es el factor de riesgo más importante para usar drogas, 56% de los menores que viven en esas circunstancias en comparación con solamente 5% de los que viven en su casa han usado drogas, [Secretaría de Salud, 2001].

El embarazo adolescente constituye otro factor de vulnerabilidad ya que las mujeres que inician la maternidad en esta etapa de su vida ven reducidas las posibilidades de permanecer en el sistema educativo o de incorporarse al mercado de trabajo. La mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus estudios, sea por cuestiones personales, presiones familiares o por discriminación escolar. [Secretaría de Salud, 2001].

Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable, con menores niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus comunidades para atender problemas de salud. Del mismo modo la población migrante es altamente vulnerable, ya que en busca de mejores condiciones de vida se expone a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia (SS, 2001)

Todas las situaciones de vulnerabilidad antes mencionadas se conectan directamente con el **maltrato infantil**, como una consecuencia más de un ambiente desfavorable que afecta tanto a la población en México, como a otras poblaciones pobres en el mundo. En una visión amplia del contexto encontramos que el nivel de vida y el entorno de pobreza y marginación promueven situaciones de riesgo de enfermedades físicas, mentales y desintegración familiar.

La calidad de vida y la autonomía son dos factores que se deben tomar en cuenta para analizar la causalidad de las enfermedades físicas, mentales y el maltrato infantil, ya que estas se gestan en el mismo entorno de baja calidad de vida, pobreza y vulnerabilidad en diversos grupos de la población. Las condiciones socioeconómicas recrudescidas y la falta de inversión en acciones preventivas y en servicios públicos de calidad seguirán impactando en el aumento del número de personas afectadas por esta problemática de enfermedad y marginación.

En nuestro país **el maltrato infantil** no se ha estudiado de manera integral y aunque debemos reconocer los esfuerzos aislados que se han hecho sobre el tema, resulta imperante un estudio multidisciplinario y, por supuesto, la producción de datos que den cuenta de la situación de este problema de salud pública en México en el que se violan los derechos de los/as niños/as a una vida protegida y se provocan secuelas importantes con repercusiones individuales y sociales a largo plazo. Su prevención y control requiere de información sobre su magnitud, sobre los factores que lo determinan y su tratamiento.

El maltrato infantil puede tener por supuesto consecuencias inmediatas severas, inclusive la muerte, pero también conlleva a secuelas físicas y emocionales a mediano y a largo plazo insoslayables. Por esto, además de ser un delito y una violación a los derechos humanos, el maltrato infantil es un problema de salud pública grave al que hay que hacer frente desde una perspectiva científica.

En cuanto a sus **antecedentes** desde la antigüedad, el maltrato a los menores ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia. Los informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los/as niños/as se remontan a civilizaciones muy antiguas (Organización Mundial de la Salud, 2001).

En diferentes culturas existen antecedentes remotos encaminados a poner límites a los derechos que los padres consideraban absolutos hacia sus hijos/as, así como para regular el acoso sexual a los/as niños/as. Ya en el Código de Hammurabi, 2000 años A.C. se sancionaba con la amputación de los senos a la nodriza que dejaba morir en sus brazos a un lactante. También se han encontrado leyes de protección a los/as niños/as que datan del año 450 A.C. A pesar de ellas, la violencia hacia los menores a través de la historia se ha manifestado de manera constante de forma física, emocional, sexual y en el trabajo forzado, por mencionar algunas. Las justificaciones para permitir las agresiones en perjuicio de menores son variadas: niños y niñas han sido sacrificados para "agradar a los dioses", "mejorar la especie" o, de manera más común, para "imponer la disciplina" (Santamaría, 1992).

El maltrato de niños y niñas está fuertemente entremezclado con la definición y redefinición de valores en el tiempo. Considerados como la propiedad de sus padres a lo largo de muchos momentos de la historia, los/as niños/as eran abandonados, abusados, explotados, vendidos o hasta asesinados por sus padres sin ninguna consecuencia legal. Los/as niños/as asumían papeles adultos a edades tempranas, y el infanticidio era un medio aceptado para librar a la madre o a la familia de una carga indeseable.

Mientras que la sociedad moderna ha ido evolucionando la perspectiva que se ha tenido hacia los/as niños/as para reconocerlos como seres humanos con derechos y las reformas para la protección de los/as niños/as se han aprobado más lentamente (Whitcomb 2002).

Es hasta los siglos XVI y XVII, con el Renacimiento y la Ilustración, que los conceptos de niñez y adolescencia comenzaron a evolucionar y adquirir sentido. Pero, como señalan Perea, Loredó y Corchado (2005), es hasta fines del siglo XIX, en Francia, Nueva York y Londres, que surgieron grupos y organizaciones destinadas a proteger y velar por la vida de los/as niños/as.

Ahora bien, debido a la etapa de desarrollo en la que físicamente se encuentran, a su inmadurez psicológica y a que muchas veces son considerados inferiores, propiedad de los adultos y seres sin derechos con la obligación de "obedecer a los mayores", los niños y niñas son víctimas ideales de diversos abusos. Constituyen una población especialmente vulnerable a la violencia y al delito por parte de algunos adultos, tanto en el ámbito doméstico como en el extra-doméstico, lo que -precisamente por su edad- puede permanecer oculta, y por lo tanto, impune.

En cuanto a **los derechos de la infancia** en México, el Distrito Federal fue el primero de la Federación que contó con una ley, la Ley de los Derechos de las Niñas y Niños del D.F., la cuál fue aprobada en diciembre de 1999 por la Asamblea Legislativa del D.F., antes que la Ley de carácter federal del 2000.

Aunque la Ley para la Protección de los derechos de niños y niñas en sus artículos transitorios establece la importancia de "... emitir las leyes, reglamentos y otras disposiciones para instrumentar en todo el país lo establecido en esta ley, en un plazo que no exceda de un año (...)", desafortunadamente no estableció mecanismo alguno para estimular a los Estados a crear leyes apropiadas para la protección de la niñez.

Así pues, el tema de la violencia familiar y en particular de los derechos de niñas, niños y adolescentes, son aún muy nuevos y falta mejorar la respuesta legislativa, en particular en algunos Estados de la República.

Por esto, no es de extrañar que el maltrato infantil permanezca como un tema del que se sabe poco y del que se carece de información empírica. Su histórico ocultamiento ha dificultado la documentación del problema, particularmente en modalidades tales como el abuso sexual y la violencia psicológica.

En nuestro país **las estadísticas del maltrato infantil** suelen ser registradas por aquellas instancias que atienden los casos más graves, algunos letales. Hay evidencias de que sólo una proporción pequeña de los casos de maltrato a menores se informa a las autoridades, aunque esto tenga carácter obligatorio (Banco Mundial, 2004).

La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, refiere que en el año 2000 hubo alrededor de 57,000 defunciones atribuidas a homicidios en menores de 15 años de edad. Las estimaciones de los homicidios de niños/as a nivel mundial indican que los lactantes y los/as niños/as muy pequeños/as corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los/as niños/as de 5 a 14 años (Organización Panamericana de Salud, 2002).

El riesgo de maltrato mortal de los/as niños/as varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo. En los/as niños/as menores de 5 años que viven en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2.2 por 100,000 para los varones y de 1.8 por 100,000 para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100,000 para los niños y 5,1 por 100,000 para las niñas. (OPS, 2002)

De acuerdo con UNICEF, en América Latina y el Caribe en 1999, unos 6 millones de niños, niñas y adolescentes fueron objeto de agresiones severas; se calcula que 80 mil menores mueren cada año por la violencia intrafamiliar.

Otros datos sobre el problema son los siguientes; se estima que hay más de 185 mil menores expuestos a distintas formas de violencia como el comercio sexual, el tráfico internacional de estupefacientes, tratantes de blancas, delincuencia juvenil, impacto de las guerras, conflictos armados y abuso sexual, entre otras. El 70% de la violencia en contra de niñas y adolescentes tiene lugar en el entorno familiar. El abuso sexual es más frecuente entre los 5 y 9 años. (OPS, 2002)

Perea Martínez y Loredó Abdalá mencionan que uno de cada diez niños/a es víctima de violencia, pero sólo se registra el 10 por ciento de los casos (Perea, y cols., 2005). El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005), registró de 1995 al 2000, un promedio de 25,000 casos de maltrato a menores cada año. Se ha encontrado que los casos comprobados de denuncias de maltrato han disminuido entre 1995 y 2004, manteniéndose el porcentaje entre 58 y 63% en el resto de años. Podríamos hablar por tanto de que actualmente alrededor de seis de cada 10 casos de denuncias se comprueban.

En numerosos casos no se prueba el maltrato porque no hay evidencia física, omitiéndose que la agresión emocional, verbal, la negligencia y el abandono son formas de maltrato. Asimismo, es preocupante observar que solamente uno o menos de uno de cada cinco casos comprobados de maltrato se presentan ante el Ministerio Público. No se muestran diferencias notables en cuanto al número de niñas atendidas en comparación con los niños. (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005)

En la mayoría de los casos los principales agresores son quienes deberían de velar por su protección. En cerca del 50 por ciento de los casos, las madres son las agresoras de los hijos/ as y, en un 25 por ciento, los padres. Si se considera a ambos padres, durante 1999, en el 65 por ciento de los eventos de maltrato estuvo alguno de los progenitores, porcentaje que se elevó a 71 por ciento en el 2003. En general, se observa que los principales agresores de los menores se encuentran en el entorno cercano a los mismos, sea familiar, escolar o vecinal. (CESOP 2005)

Algunas **definiciones** del maltrato infantil se concentran en los comportamientos o los actos de los adultos, mientras que en otras se considera que existe maltrato cuando hay daño o amenaza de daño para el/la niño/a. La distinción entre el comportamiento — independientemente del resultado — y la repercusión o el daño, puede ser confusa si la intención de los padres forma parte de la definición.

Algunos expertos consideran que han sufrido maltrato los/as niños/as que han resultado dañados involuntariamente por actos de uno o ambos padres, mientras que otros requieren que el daño al niño sea intencional para definir el acto como maltrato.

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores especializados en el tema. La primera fue conceptualizada por Kempe en 1962, quien originalmente definió al Maltrato Infantil como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes” (Kempe y cols., 1984).

Posteriormente se incluyeron la negligencia y las agresiones psicológicas como componentes del Maltrato Infantil. Para Wolfe, este maltrato implica la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal) (Wolfe, 1991).

Por su parte, UNICEF señala que: **“Los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”**. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”. En este trabajo adopto esta última definición de la UNICEF para fines prácticos.

En cuanto a **la clasificación** la UNICEF propone:

TIPO DE MALTRATO	DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS	COMPORTAMIENTO
Físico	es la agresión física que produce lesiones corporales en el menor	huellas del objeto agresor (plancha, lazo, cadena, cinturón, etc.) hematoma, heritema, quema- duras, fracturas, inflamación, deformación de la región, ruptura visceral o envenenamiento. ingresos frecuentes al hospital por lesiones cuya causa no es clara	actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos. en el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento
sexual	Es cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar o cualquier adulto con el objeto de obtener excitación y/o gratificación sexual y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales, hasta la violación	Presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización.	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo en adolescentes, atracción homo-sexual, anorgasmia, pérdida o disminución de la libido, auto-devaluación.
Abandono o negligencia	Cualquier conducta que prive al niño o niña de supervisión o atención indispensable para su desarrollo	Higiene deficiente, grado variable de desnutrición aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima, sin atención médica oportuna,	Retraimiento, apatía, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo
Psico-emocional	Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad de los menores a través de gestos o expresiones verbales que humillan o lo degradan	Retraso psicomotor, no juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes, desvalorización, baja auto-estima e inseguridad	Deterioro de las facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, auto evaluación y bajo rendimiento escolar, depresión, retraimiento, sensación de no ser querido, bloqueo emocional

En el caso del **maltrato físico** aunque parece ser el más fácil de conceptualizar, definirlo y operacionalizarlo no es una tarea menor considerando que, por ejemplo, los maltratos físicos habituales para disciplinar no son lo mismo que las conductas abusivas infrecuentes y episódicas. Una característica del maltrato físico es que "implica el uso inapropiado de la fuerza de un modo que es evolutivamente lesivo" (Garbarino y Eckenrode, 1999, p. 27). Cortés y Cantón (1997) definen este maltrato como "las agresiones físicas al niño por parte de uno o de ambos padres biológicos o adoptivos, de otras personas que vivan con el cuidador, del compañero/a sentimental del progenitor encargado/a de su custodia (viva o no en la misma casa) o de cualquier otra persona en quien los padres deleguen su responsabilidad que puedan poner en peligro el desarrollo físico, social o emocional del niño" (Cortés y Cantón, 1997).

En cuanto al **abuso sexual**, actualmente no existe un consenso en la definición, sin embargo desde 1978 el National Center of Child Abuse and Neglect propone que se considere como abuso sexual a los "contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona". Aunque los actos sexuales se consideran en la definición común del abuso sexual, es frecuente que la motivación de los abusadores sean "cuestiones relacionadas con el poder, el control, el placer sádico y la ira desplazada" (Garbarino y Eckenrode, 1999).

En México, González-Serratos (1995) define al abuso sexual como "cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia (...) Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para el/la menor. El abuso sexual incluye la desnudez, la exposición a material sexualmente explícito, el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal y/o genital, el exhibicionismo, las insinuaciones sexuales, conductas sugestivas, el presenciar cómo abusan sexualmente de otro/s menor/es, la exposición a actos sexuales entre adultos, la prostitución, la pornografía infantil, etc."

El **maltrato emocional** incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Para McGee y Wolfe (1991) básicamente hace referencia a comunicaciones entre padres hijos/as que "pueden dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño, en función de las vulnerabilidades que presenta (especialmente su nivel evolutivo). (...) Por otra parte, el abandono psicológico (falta de

respuesta y sensibilidad) lo definen como la ausencia de una atención positiva de los padres hacia el niño.

Cortés y Cantón (1997) distinguen cinco subtipos de maltrato emocional: rechazar/degradar, aterrorizar, aislar, corromper y explotar a un niño o niña. El rechazo/degradación incluye conductas como insultar o humillar públicamente al/la niño/a; el aterrorizarlo/a por ejemplo se manifiesta en las amenazas que se le hacen al niño o niña de matarlo/a, lesionarlo/a o abandonarlo/a si no se comporta según las expectativas del/la cuidador/a; el aislamiento tiene que ver principalmente con acciones del cuidador para privar al/la niño/a de oportunidades de establecer relaciones sociales; la corrupción implica modelar actos antisociales o creencias inadecuadas en el niño o niña como exponerlo a comportamientos delictivos; y la explotación hace referencia a conductas tales como asignar al/la niño/a trabajos domésticos o no domésticos que deberían ser realizados por adultos y que interfieren en las actividades y necesidades sociales y escolares del niño o la niña.

Cabe agregar aquí a los testigos de la violencia entre los padres u otros familiares, ya que estos niños y niñas al estar expuestos al maltrato físico, sexual o emocional que ocurre entre personas cercanas y queridas son afectados indirectamente, pero no por ello en menor medida que los menores violentados directamente (Ramos, 2000).

El descuido o negligencia se puede definir como aquellas “conductas de omisión en los cuidados físicos por parte de los padres o del cuidador permanente del niño que pueden provocar o provocan daños físicos, cognitivos, emocionales o sociales o daños a otros o a sus propiedades como resultado de las acciones del niño” (Cortés y Cantón, 1997, p. 6). Pueden distinguirse ocho subcategorías: descuido en la salud, en la supervisión, en la custodia, expulsión del hogar, alimentación, higiene personal, higiene del hogar y educación.

Este descuido se distingue de la situación de pobreza en la que estas omisiones ocurren porque la familia no tiene acceso a servicios básicos de salud, higiene, agua, etc. Asimismo, es un maltrato que no implica un contacto físico inapropiado entre el niño o niña y quienes lo/a cuidan, pero que probablemente es una mayor amenaza social que el maltrato activo (Garbarino y Eckenrode, 1999).

Existen otros tipos de maltrato, en los cuales no se ahondará mayormente, debido a que son difíciles de diagnosticar, porque se cuenta con mucho menos información sobre éstos y porque parecen tener con mayor probabilidad un trasfondo psicopatológico severo en quienes lo ejercen (Motz, 2001). Este es el caso del Síndrome de Münchhausen por poderes y

del infanticidio. En el primer caso, los cuidadores -con frecuencia la madre o nana-, someten al niño o niña a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, pretextando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto, que en algunos casos han llegado a provocarles la muerte. En el segundo, la madre o madrastra más frecuentemente mata a un niño o niña menor de un año de edad.

Este tipo de violencias suelen ser miradas con extremo horror y rechazo hacia las mujeres que las cometen, en gran medida por la dificultad de reconocer la violencia femenina, fuertemente enlazada con la maternidad (Mutz, 2001). Trejo (2005) agrega que el síndrome del niño sacudido y el abuso fetal son tipos difíciles de detectar; asimismo considera que existen ciertas formas de maltrato que han sido poco conceptualizadas como el maltrato étnico, el ritualismo satánico y los niños de la guerra.

Otro tipo de **maltrato** hacia los/as niños/as es el **institucional**. Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia (Trejo, 2005).

Quiroz (2005), señala que el nivel de riesgo que acompaña la aparición de maltrato en los infantes, va desde la mayor vulnerabilidad hasta la mayor protección del niño. Esto depende de la presencia de **factores de riesgo** y de mecanismos protectores, los que interactúan en cada familia, determinando la mayor o menor probabilidad de que ocurra el maltrato. Dichos factores de riesgo son comunes a muchos de los problemas y trastornos de la salud mental de niños/as y adolescentes.

Lira (citado en CESOP 2005) identifica cinco niveles, en los cuales pueden existir factores de riesgo asociados a la aparición del maltrato a menores:

a) De los Padres. Padres maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia; padres con historia de conductas violentas; madre adolescente, de bajo nivel de escolaridad, con insuficiente soporte conyugal, familiar y social; padres o personas a cargo del cuidado del/la niño/a que padecen patología psiquiátrica, depresión, angustia, alcoholismo o adicción a drogas y padres con baja tolerancia al estrés y a la frustración implican alto riesgo para el menor.

Cerezo (2005), señala que efectivamente un grupo importante de padres o madres maltratadores padeció en la infancia temprana falta de afecto y maltrato. Otros factores asociados son el presentar rasgos depresivos y percibirse como carentes de afecto, así como una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol paterno/materno y expectativas no realistas respecto al hijo/a.

b) Del Embarazo. Embarazo no deseado, intención de interrumpir el embarazo, rechazo persistente del embarazo, indiferencia, deficiente auto cuidado, inasistencia a controles; embarazo de alto riesgo biológico y depresión post parto.

c) Del/la Niño/a. Recién nacido con malformación y/o prematurez; alteración de los primeros vínculos, alteración del proceso de apego; hospitalización precoz prolongada; portador de patología crónica y/o discapacidad física o psíquica; conducta difícil, hiperactividad, déficit de atención, bebés con cólicos severos, con período de llanto prolongado, con hábitos de comida y/o sueño irregulares; y niño no escolarizado, inasistente o con bajo rendimiento y/o fracaso escolar.

Los hijos/as de madres reclusas, los que son producto de una violación y los/as niños/as indígenas son considerados por Trejo (2005) también como grupos de alto riesgo de sufrir violencia por las condiciones desfavorables que les rodean y que los ponen en desventaja.

d) De la familia. Familias monoparentales y/o con ausencia e insuficiencia de redes sociales de apoyo; familias con antecedentes de conductas violentas; discordancia entre las expectativas de la familia y las características del niño.

e) Del entorno. La cultura y las tradiciones de cada país también influyen en la concepción que se tenga sobre el maltrato infantil. Por ejemplo, las formas de crianza en distintas culturas nos demuestran qué cosas que nosotros hacemos y nos parecen naturales, en otras sociedades están ausentes. Aspectos como: condiciones de vida difícil, marginación, cesantía, pobreza, aceptación cultural de la violencia, lo cual se relaciona con los mitos y la actitud frente al castigo y ausencia o ineficiencia de redes sociales formales e informales, de acogida o de apoyo en la sociedad.

Entre los problemas ambientales y socioeconómicos que pueden actuar como factores de riesgo para que se produzca una situación de maltrato se encuentran: Situación laboral: desempleo, inestabilidad laboral, horarios largos y excesivos, entre otras. Vivienda: hacinamiento, viviendas compartidas con otras familias, malas condiciones de habitabilidad, etc.

Necesidades básicas insatisfechas, problemas de marginalidad, entre otras.

Se debe tener presente que ningún factor de riesgo explica por sí solo la aparición de conductas maltratadoras. Al mismo tiempo, no existe una asociación de factores que sea característica de alguna forma de maltrato, por lo que se requiere de la presencia de varios de ellos para que en un momento determinado se vea sobrepasada la capacidad de la familia y surja la violencia hacia un niño o adolescente.

Frecuentemente las familias con menos ingresos tienen mayor riesgo de ocurrencia de cualquier modalidad de maltrato. En caso del abuso físico destaca que ser adolescente, el vivir en un hogar sin hermanos/as y con ambos padres eran factores de riesgo. En cuanto al abuso sexual, los factores de riesgo son el ser mujer y el vivir en un hogar uniparental. (Quiroz, 2005).

Es evidente que los abordajes unifactoriales para predecir el maltrato y la negligencia no son útiles para tener indicadores sobre los cuales plantear políticas públicas, ya existen complejas interacciones entre los predictores y variaciones dependiendo el tipo de violencia.

En cuanto a las **consecuencias** del maltrato infantil no hay que olvidar que no todos/as los/as niños/as que son maltratados/as y/o abandonados/as experimentarán consecuencias a corto, mediano o largo plazo. Los elementos que afectan los resultados se asocian con una combinación de factores tales como:

- La edad del niño/a y el estado de desarrollo cuando el maltrato o abandono ocurre.
- El tipo de maltrato (físico, abandono, abuso sexual, etc.).
- La frecuencia, duración y severidad del maltrato.
- La relación entre la víctima y su maltratador/a (Chalk, Gibbons, y Scarupa, 2002).

En cuanto a las consecuencias a largo plazo del maltrato infantil tenemos lo siguiente:

En la actualidad los estudios con tecnologías tales como las imágenes cerebrales muestran que el maltrato infantil -sea abuso sexual, maltrato físico, emocional o la negligencia-, no solamente puede generar lesiones físicas agudas y secuelas psicológicas de diverso tipo, sino que puede afectar permanentemente el desarrollo, estructura y química cerebrales de los/as niños/as expuestos a la violencia (ver la extensa revisión sobre el

tema realizada por Stien y Kendall, 2004), lo que a su vez altera sus respuestas ante situaciones subsecuentes de estrés (Cerezo, 2005).

En lo referente a los efectos emocionales y del comportamiento tenemos que del maltrato infantil en sus diversas modalidades, incluyendo el ser testigo de violencia, se ha asociado con una serie de problemáticas que se han subdividido en “internalizadas”, las cuales hacen referencia a aspectos principalmente emocionales, incluyendo la depresión, la ansiedad y la baja autoestima; y en “externalizadas” que se refieren a comportamientos como la desobediencia, la hostilidad y la agresión (Carter, 2003).

Más aún se ha considerado que una proporción importante de la delincuencia y violencia juveniles –masculina y femenina- de la violencia en el entorno familiar como perpetrador/a y de los actos violentos en otros contextos, son manifestaciones de casos de la exposición traumática a sucesos violentos en la infancia, sea dentro o fuera de la familia (Ford, 2002; Garbarino, 2002)).

Los **efectos emocionales inmediatos** del abuso y abandono—aislamiento, miedo e incapacidad de confiar—pueden traducirse en consecuencias para toda la vida, incluyendo la baja autoestima, la depresión y la dificultad de interrelacionarse (Wood, 2002).

En cuanto a los **efectos** del maltrato en **la salud mental y emocional** se encontró que en un estudio de largo plazo realizado en Estados Unidos, hasta el 80% de los adultos jóvenes quienes han sido maltratados cumplieron con el criterio de diagnóstico de al menos un trastorno psiquiátrico a la edad de 21 años. Existen adultos jóvenes que presentan muchos problemas, incluyendo depresión, ansiedad, problemas de alimentación e intentos de suicidio.

Por otro lado, en los hombres, tres formas de violencia resultaron factores de riesgo: la violencia física severa por parte del padre, que representó cerca de cuatro veces más riesgo para la conducta suicida; la violencia psicológica, igualmente ejecutada por el padre, la cual obtuvo tres veces mayor riesgo para el intento de suicidio; y de la misma manera, la violencia psicológica ejercida por parte de la madre.

En el caso de la sintomatología depresiva, en las mujeres solamente la violencia física moderada ejercida por parte de la madre, representó un factor de riesgo para presentar depresión dos veces mayor para las víctimas que para las adolescentes que no reportaron esta violencia. (Silverman, Reinherz, y Giaconia, 1996).

Otras condiciones psicológicas y emocionales asociadas con el abuso y abandono incluyen trastornos de pánico, trastornos de disociación, trastornos de deficiencia de atención/ hiperactividad, trastornos de estrés post-traumáticos y trastorno de apegamiento reactivo (ver también los resultados sobre la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático según la Encuesta Nacional de Patología Mental reportada por Medina Mora, (2005).

El **impacto** del maltrato en **los procesos cognitivos** según la encuesta National Survey of Child and Adolescent Well-Being realizada en Estados Unidos encontró que los/as niños/ as puestos en cuidado fuera del hogar debido a maltrato o abandono tienden a obtener menores puntajes que la población general en las mediciones de capacidad cognitiva, desarrollo de lenguaje y logros académicos.

La competencia social se ve afectada en los/as niños/as quienes son abusados y abandonados por las personas a su cargo, ya que frecuentemente no forman nexos efectivos y presentan problemas en el comportamiento. Todo lo anterior se puede ver reflejado en problemas que suelen comenzar en la adolescencia como la delincuencia juvenil (Widom y Maxfield, 2001) y el abuso de alcohol y otras drogas (Ramos-Lira, citado en CESOP 2005). Asimismo, se calcula que una tercera parte de los/as niños/as maltratados/as y abandonados/as eventualmente victimizarán a sus propios hijos/as.

Ahora bien, cabe volver a recalcar que no estamos hablando de un fenómeno causa-efecto, pues existen factores que pueden poner en riesgo a los niños y a las niñas de desarrollar problemas de salud mental a mediano y largo plazo.

Dada la revisión realizada podemos suponer que ciertos tipos de experiencias violentas podrían tener un efecto mayor: por ejemplo, las victimizaciones directas podrían impactar más severamente que las indirectas, al igual que el maltrato físico severo y el abuso sexual, en comparación con el psicológico.

Sin embargo, no es posible hasta la fecha hacer alguna afirmación al respecto con la información que tenemos en el país, considerando además que pueden existir efectos acumulativos de diferentes modalidades violentas, y que la cronicidad de la violencia y la relación con el/la agresor/a pueden ser determinantes en la afectación en la salud mental.

De igual manera la edad de inicio u ocurrencia de la/s experiencia/s violenta/s y el sexo de la víctima pueden jugar un papel fundamental para “empeorar” o “mejorar” la respuesta a la violencia.

Para finalizar, vale la pena reflexionar que también se requiere investigar sistemáticamente qué factores fungen como protectores, disminuyendo la posibilidad de que niños y niñas muchas veces maltratados crónica y gravemente, desarrollen problemas posteriores de salud mental. Con este fin, habrá que ir incluyendo el concepto de resiliencia y comprendiendo por qué, en quiénes y cómo opera.

El impacto del maltrato de menores es frecuentemente discutido en términos de sus consecuencias en diversas áreas: física, psicológica, comportamental, y social. Sin embargo, en la realidad no pueden separarse completamente. Por ejemplo, las consecuencias físicas de un abuso (tales como un daño neurológico) pueden tener implicaciones psicológicas (retardo cognitivo o dificultades emocionales, por ejemplo).

Los problemas psicológicos por su parte, pueden llevar a comportamientos de alto riesgo. La depresión y la ansiedad, por ejemplo, pueden hacer que una persona sea más propensa a fumar, abusar de las bebidas alcohólicas o drogas ilícitas, o comer en exceso. Los comportamientos de alto riesgo, como consecuencia, pueden llevar a problemas de salud a largo plazo tales como a las enfermedades de transmisión sexual y la obesidad.

El reforzar las instituciones que apoyan a la familia, el incidir directamente en la protección al menor y las políticas asociadas, para ofrecer alternativas reales de apoyo, de monitoreo constante de la problemática, son prioridades en las que debemos trabajar. Especialmente, tenemos que trabajar en ofrecer a aquellos/ as menores que han sufrido vejaciones importantes, mejores alternativas de vida, opciones reales de apoyo, de lugares de vida en los que se les den alternativas.

CAPITULO II. COMPETENCIA SOCIAL

Con el objeto de explicar qué es la competencia social es importante analizar el proceso de socialización. La socialización se ha entendido como la capacidad del individuo para relacionarse con sus semejantes y con el medio. Se concibe como un proceso que empieza desde el momento mismo de la concepción y continúa toda la vida. Tratando de explicar este proceso diversos enfoques teóricos en Psicología, en mayor o menor medida, coinciden al concederle a la socialización durante la niñez un papel preponderante como factor que contribuye al funcionamiento adaptativo futuro.

Desde la perspectiva psicodinámica, la socialización empieza con el nacimiento puesto que la primera condición para que un individuo pueda vivir y desarrollarse, es que se le acepte en la sociedad, en alguna forma de familia. Para sobrevivir, el niño necesita que la relación madre-hijo sea lo suficientemente afectiva, de tal manera que el niño aprenda a relacionarse con una persona significativa. De acuerdo con estas teorías, el niño se da cuenta paulatinamente de que la madre no es parte de sí, sino un objeto ajeno a él. Al distinguirse separado de los objetos que le rodean, el niño establece las relaciones objetales y se formarán las estructuras intrapsíquicas que llegarán a regular su conducta social posterior.

Para el análisis experimental de la conducta el comportamiento social es adaptativo o no en función de la interacción del niño con todos los elementos del ambiente que le rodean.

En Rice (2000) encontramos una clasificación sobre el desarrollo de las relaciones entre pares:

- Autosocialidad: en esta etapa pueden desear la compañía de otros, pero juegan solo al lado de ellos no con ellos
- Heterosocialidad infantil (2 a 7 años) buscan la compañía de otros independientemente del sexo
- Homosocialidad (entre los 8 y los 12 años) prefieren jugar con niños del mismo sexo, existe cierto antagonismo entre los sexos.
- Heterosocialidad adolescente y adulta (de los 13 años en adelante) los placeres, amistades y compañía del individuo se encuentran en personas de ambos sexos. Los chicos y chicas adolescentes empiezan a formar parejas, la mayoría inicia noviazgos.

En González (2000) encontramos que la competencia social es la capacidad para establecer relaciones exitosas con los demás o la

maestría tendiente a alcanzar éxitos dentro del contexto social del individuo. No se le considera un constructo unitario, sino que está revestido de componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales. Atili citado por el mismo autor propone que la competencia social es el resultado de la interacción entre habilidades cognoscitivas y sociales que actúan en forma integrada y señala que el éxito social se definiría en términos de los resultados que arroja la interacción entre ambos tipos de habilidades. En este mismo texto se proponen las siguientes habilidades como criterios a observar para la medición de la competencia social:

- establecer y mantener interacciones sociales
- beneficiarse y beneficiar a otros de esas interacciones
- posesión de las habilidades interpersonales necesarias para darles sentido a las intenciones comunicativas de otros.

Como se puede apreciar son categorías que aumentan en cuanto a su complejidad la calidad y cantidad de habilidades comunicativas, emocionales e intelectuales que se requieren en su ejecución; es mucho más competente el niño que es capaz de jugar en grupo que el niño que juega solo o en juego paralelo.

En un conocido estudio sobre interacción social infantil, Mildred Parten (1932 citada en González 2000), realiza observación en el curso escolar 1926-1927 a un grupo de 42 niños de entre 2 y 5 años de edad durante el juego libre en interiores, acabó definiendo los 6 niveles o categorías de participación social como sigue:

1. No ocupado. El niño no está realizando ninguna actividad específica; es como si su conducta no tuviera un propósito determinado. Parece mirar algo que tenga un interés momentáneo, jugar con su propio cuerpo, pasear alrededor de algo, o quizá permanecer de pie o sentado en un lugar.
2. Espectador. El niño observa el juego de otros compañeros, pero sin participar en él. En esto difiere del No ocupado porque está mirando de forma definida a un niño concreto, sin que necesite que ocurra algo para ser activado.
3. Juego solitario independiente. El niño juega solo e independientemente de que cualquier juguete sea de su agrado. Su actividad no se halla afectada por lo que otros están haciendo.
4. Actividad paralela. El niño todavía juega de un modo independiente, pero su actividad "naturalmente le lleva a estar

entre otros niños". Juega al lado de ellos, no con ellos, pero con objetos similares a los de los compañeros que se hallan en su entorno. No se intenta controlar el ir o venir de los niños en el grupo.

5. Juego asociativo. El niño juega con otros compañeros. Aquí se incluye el compartir el material de juego e intentos de control de los niños que están en el grupo. Sin embargo, no hay división de trabajo o asignación de roles: la mayoría se dedica a una actividad muy parecida. Aunque cada niño actúa bastante más de lo que desea, el sentido está en que su interés se dirija más a la asociación con los otros que hacía una actividad particular.
6. Juego cooperativo y organizado suplementario. El niño actúa en un grupo que se halla organizado con relación a algún fin. Éste puede consistir en dramatizar una situación – por ejemplo jugar a las casitas – o en un juego formal, o en fijar objetivos competitivos. Existe el sentido de pertenecer o no al grupo. Hay también una división del trabajo, una aceptación de roles, y una organización de la actividad de forma que los esfuerzos de un niño son completados por los de otros.

Cada niño era observado durante un minuto al día. El orden de la observación se determinaba previamente y variaba de forma sistemática de manera que las muestras de un minuto para cada niño se distribuyeran, más o menos uniformemente, a lo largo del período de una hora de juego libre.

Parten pensaba que su estudio establecía una relación entre la edad del niño y su grado de participación en grupos sociales: a medida que los niños se hacían mayores, participaban más. Su estudio transversal se interpreta frecuentemente en el sentido de sugerir una progresión en el desarrollo; de esta forma el juego paralelo se ve como un "estadio" por el que pasa el niño, en su desarrollo, de jugador solitario a jugador en un grupo social. Esta idea se expuso en libros de texto pero no fue contrastada empíricamente hasta que Peter Smith la llevó a cabo en los últimos años de la década de los 70's (citado en Bakeman 1989). En este contexto, el estudio de Smith redujo las 6 categorías de Parten a tres:

1. Solo, que agrupa las de No ocupado, Espectador y Solitario de Parten.
2. Paralelo, tal como la definió Parten.
3. Grupo, que reúne las Asociativa y Cooperativa de Parten.

Posteriormente Bakeman y Brownlee (1980; citado en Bakeman 1989) proponen que quizá el juego paralelo podría ser considerado de una forma más provechosa, no como el pilar de un estadio en desarrollo, pero sí como un tipo lúdico importante debido a la forma en que se sitúa en la corriente de conducta de juego infantil.

El material básico para este estudio estaba formado por grabaciones en video efectuadas en momentos de juego libre en interiores. Fueron grabados 41 niños de 3 años alrededor de 100 minutos cada uno. Los observadores vieron estas cintas y decidieron cuál de los códigos (No ocupado, Solitario, Juntos, Paralelo, Grupo) caracterizan mejor cada sucesivo intervalo de 15 segundos.

En el presente estudio se toma en cuenta la Clasificación de Smith más la categoría de juego en pareja proponiendo la siguiente clasificación:

1. Solitario: El niño no está realizando ninguna actividad específica; es como si su conducta no tuviera un propósito determinado. Parece mirar algo que tenga un interés momentáneo, jugar con su propio cuerpo, pasear alrededor de algo, o quizá permanecer de pie o sentado en un lugar. El niño observa el juego de otros compañeros, pero sin participar en él. El niño juega solo e independientemente de que cualquier juguete sea de su agrado. Su actividad no se halla afectada por lo que otros están haciendo.
2. Paralelo: El niño todavía juega de un modo independiente, pero su actividad "naturalmente le lleva a estar entre otros niños". Juega al lado de ellos, no con ellos, pero con objetos similares a los de los compañeros que se hallan en su entorno. No se intenta controlar el ir o venir de los niños en el grupo.
3. Juego en pareja: cuando un niño se reúne con otro en una interacción asociativa o cooperativa es decir sin organización y finalidad o con ella.
4. En grupo: Juego asociativo, cuando el niño juega con otros compañeros. Aquí se incluye el compartir el material de juego e intentos de control de los niños que están en el grupo. Sin embargo, no hay división de trabajo o asignación de roles: la mayoría se dedica a una actividad muy parecida. Aunque cada niño actúa bastante más de lo que desea, el sentido está en que su interés se dirija más a la asociación con los otros que hacía una actividad particular. Juego cooperativo y organizado suplementario, cuando el niño actúa en un grupo que se halla organizado con relación a algún fin. Éste puede consistir en dramatizar una situación – por ejemplo jugar a las casitas – o en un

juego formal, o en fijar objetivos competitivos. Existe el sentido de pertenecer o no al grupo. Hay también una división del trabajo, una aceptación de roles, y una organización de la actividad de forma que los esfuerzos de un niño son completados por los de otros.

La relación entre competencia social y juego es evidente en la siguiente clasificación de Piaget (citada por Delval 1994):

TABLA 1

<p>JUEGO DE EJERCICIO</p> <p>Periodo sensorio-motor</p>	<p>Consiste en repetir actividades de tipo motor que inicialmente tenían un fin adaptativo pero que pasan a realizarse por el puro placer del ejercicio funcional y sirven para consolidar lo adquirido. Muchas actividades sensorio-motrices se convierten así en juego. El simbolismo está todavía ausente. Es un juego de carácter individual, aunque a veces los niños juegan con los adultos, como en manitas calientes y aserrín-aserrán. Incluye el juego turbulento.</p>
<p>JUEGO SIMBÓLICO</p> <p>Dominante entre los dos tres y los seis-siete años</p>	<p>Se caracteriza por utilizar un abundante simbolismo que se forma mediante la imitación. El niño reproduce escenas de la vida real, modificándolas de acuerdo con sus necesidades. Los símbolos adquieren su significado en la actividad: los trozos de papel se convierten en billetes para jugar a las tiendas, la caja de cartón en un camión, el palito en una jeringuilla que utiliza el médico. Muchos juguetes son un apoyo para la realización de este tipo de juegos. El niño ejercita los papeles sociales de las actividades que le rodean: el maestro, el médico, el profesor, el tendero, el conductor y eso le ayuda a dominarlas. La realidad a la que esta continuamente sometido en el juego se somete a sus deseos y necesidades.</p>
<p>JUEGO DE REGLAS</p>	<p>De carácter social se realiza mediante reglas que todos los jugadores deben respetar. Esto hace necesario la cooperación, pues sin la labor de todos no hay juego, y la competencia, pues generalmente un individuo o un equipo gana. Esto obliga a situarse en el punto de vista del otro para tratar de anticiparse y no dejar que gane y</p>

De los seis años a la adolescencia	obliga a una coordinación de los puntos de vista, muy importante para el desarrollo social y para la superación del <<egocentrismo>>
------------------------------------	--

TABLA 2

Las etapas de la práctica de las reglas en el juego de las canicas, según Piaget:

Motora Sensorio-motor	El niño juega libremente con las bolas, de forma puramente motora e individual, sin ninguna regla social.
Egocéntrica Desde los dos-cinco años	Recibe las reglas del exterior, pero no coordina la actividad con los demás. Aunque juega con otros no es una actividad plenamente social y todos ganan.
Cooperación Desde los siete-ocho años	Trata de ajustarse estrictamente a las reglas, que sirven para determinar quién gana y cómo hay que jugar; las reglas son sagradas
Codificación Desde los once-doce años	Los jugadores se ponen de acuerdo sobre qué reglas van a utilizar y pueden modificarlas si lo consideran conveniente.

En el presente trabajo se retoma la terapia de juego grupal centrada en el niño para impulsar el desarrollo de la competencia social entendida como: **“la capacidad para establecer relaciones exitosas con los demás”** cuyos criterios de observación son:

- establecer y mantener interacciones sociales
- beneficiarse y beneficiar a otros de esas interacciones
- posesión de las habilidades interpersonales necesarias para darles sentido a las intenciones comunicativas de otros.

Dichos criterios de observación se traducen en los diferentes tipos de juego que las niñas llevan a cabo, es decir que el juego solitario, por ejemplo, es la modalidad que implica un menor desarrollo de la competencia social, y en este mismo sentido el juego grupal implica el mayor desarrollo de la competencia social en base a los mismos criterios

de establecimiento constructivo de interacción y comunicación con otros.

En el siguiente esquema se ilustra la relación entre el nivel de desarrollo de la competencia social y el tipo de juego:

Solitario	Paralelo	En pareja	En grupo (asociativo)	En grupo (cooperativo)
Nivel muy bajo	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	Nivel muy alto

En el curso de las sesiones de este trabajo se realizaron actividades de juego dirigido, semi-dirigido y de juego libre privilegiando el enfoque de la terapia de juego con enfoque humanista centrado en el niño, no obstante si se utilizaron algunas técnicas como el reforzamiento negativo para desalentar conductas abiertamente agresivas; también se realizaban algunas interpretaciones sobre el contenido del juego de cada niña cuando hubo oportunidad de que la terapeuta jugara en pareja con alguna de ellas.

Se realizó el registro observacional desde la primera sesión hasta la décima y se analiza el proceso con una perspectiva de la evolución de de la competencia social entendida en términos de la evolución del tipo de juego de las niñas participantes del grupo.

CAPITULO III. LA PSICOTERAPIA DE JUEGO COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN

En el capítulo anterior se abordó ampliamente el hecho de que el maltrato infantil es una manifestación más de subdesarrollo de los países pobres cuya población no accede a los niveles mínimos de satisfacción de sus necesidades básicas. Aunque no es un fenómeno exclusivo de los pobres, si es mucho más frecuente en esta población, de modo que la mejor forma de erradicar el problema sería prevenirlo, hacer efectivas las garantías individuales que señalan el derecho al trabajo, a la salud, a la vivienda y a la alimentación, entre otros.

La tarea no es sencilla, se requiere trabajar ampliamente en una política de crecimiento del país que se refleje en la calidad de vida de la sociedad en todos sus niveles, que ofrezca alternativas de desarrollo a las familias a fin de que den una mejor educación a sus hijos/as y alternativas de crecimiento que consideren los nuevos roles que están jugando las mujeres y los hombres en todos los ámbitos de nuestra vida y de nuestra sociedad, que permitan adaptarnos y mejorar las formas actuales de interacción que se están dando en la familia, y que mantenga como prioridad la convivencia respetuosa y la integración entre sus miembros.

En este capítulo abordaremos las alternativas de intervención que plantea la psicología para tratar el fenómeno del maltrato infantil una vez que este ha sido perpetrado en los menores. En principio se comentan algunos aspectos históricos sobre la terapia de juego en general y sus diferentes enfoques teóricos continuando con la terapia de juego grupal y algunas aplicaciones desde distintas corrientes.

3.1 TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA.

Sigmund Freud estableció los fundamentos de la terapia de juego psicodinámica. Si bien se enfocó clínicamente a los adultos, el análisis del pequeño Hans, un niño de cinco años con fobia a los caballos (1909-1955), así como su trabajo retrospectivo sobre las experiencias tempranas de sus pacientes adultos sentaron las bases para el tratamiento en niños.

La primera persona en tratar por medio de charlas y juegos a los niños fue la maestra Hermine von Hug-Hellmund quien en 1920 escribió que el análisis tanto del niño como del adulto y tiene el mismo fin, a saber, "el reestablecimiento de la salud y el equilibrio de la psique que han puesto en peligro influencias conocidas y desconocidas" (En Schaefer 2005).

Klein (1932-1975) consideraba que el juego que realizaba el niño en la terapia era equivalente a las asociaciones libres de los adultos y un medio para interpretar directamente incluso el inconsciente de niños de muy corta edad. Por su parte Anna Freud (1927-1974) era más mesurado, pues buscaban ayudar a los niños a entender en forma consciente por qué pensaban, sentían y se comportaban como lo hacían, y que el discernimiento invita al cambio personal (en Schaefer 2005).

3.2. TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO CONDUCTUAL

El modelo cognitivo de los trastornos emocionales comprende la interrelación de la cognición, la conducta y la fisiología, y sostiene que en el comportamiento median procesos verbales; la forma en que los individuos construyen el mundo determina en gran medida cómo se comportan y sienten, y cómo entienden las situaciones de la vida. (A. Beck, citado en Schaefer 2005).

El empleo de la terapia cognitiva sin modificación tal y como se practica con los adultos no es apropiado en el caso de los adolescentes y niños, pues es necesario un método que vaya más acorde con el desarrollo.

Knell (citado en Schaefer 2005) afirmó que la terapia cognitiva podía modificarse para aplicarla con niños de corta edad si se presentaba de una forma sumamente accesible para los niños. Por ejemplo, cabe utilizar libros, títeres, animales de peluche y otros juguetes para modelar estrategias cognitivas. Con un método de modelo de afrontamiento, el modelo (p. ej., un títere) podría expresar verbalmente habilidades de resolución de problemas o soluciones a problemas análogos a las dificultades propias del niño.

En cuanto a la terapia conductual se han aplicado para ayudar a niños y padres a transferir el conocimiento adquirido en la terapia al ambiente natural. A los padres u otras personas significativas en la vida de los niños suele enseñárseles directamente métodos conductuales de manejo de los niños, los cuales han resultado eficaces en el caso de problemas como la desobediencia.

La terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) es estructurada y directiva, breve y limitada en términos de tiempo; se orienta al problema y se basa en un modelo educativo.

En una investigación reciente de Herschell en 2005 llamada Theoretical and Empirical Underpinnings of Parent-Child Interaction Therapy with Child

Physical abuse Populations se establece que varias organizaciones estadounidenses, incluyendo The National Call to Action: A Movement to End child Abuse and Neglect (www.nationalcalltoaction.com) y The Substance Abuse and Mental Health Services Administration's National Chile Traumatic Stress Network, establecieron un panel nacional de expertos en maltrato infantil para revisar y apuntar con toda precisión tres protocolos de intervención como las “Mejores Prácticas” para tratar el abuso infantil:

1. Terapia cognitivo conductual focalizada en el abuso (cuyas siglas en inglés son AF-CBT)
2. Terapia de interacción padre-hijo (PCIT)
3. Terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma para niños con abuso sexual (TF-CBT)

AF-CBT y PCIT fueron catalogadas con el nivel 3 intervenciones “sustentadas y aceptables”. TF-CBT fue catalogada con nivel-1 “bien sustentada y eficaz”.

AF-CBT. El énfasis es puesto en alterar el contexto familiar que mantiene la coerción y la agresión; por lo tanto, niños y padres participan en sesiones individuales y de padre-hijo o sesiones familiares.. AF-CBT ha sido estudiado empíricamente, los resultados fueron obtenidos de la medición pre y post al tratamiento de los padres, niños y terapeutas, así como al tercer mes y al año del tratamiento. Adicionalmente los reportes del servicio social se revisaron a través de un año de seguimiento. Los resultados demostraron una mejoría en los resultados que presentan los niños, las parejas parentales y las familias incluyendo la tasa de reincidencia de abuso.

El PCIT fue diseñado como una terapia breve para familias de niños entre los 2 y 7 años con problemas de comportamiento externalizado. Las dos fases del programa son: Interacción Dirigida con el Niño e Interacción Dirigida con los Padres. En la primera fase se les enseña a los padres a integrar estrategias de la terapia de juego tradicional con el principio conductual de atención diferenciada. Técnicas específicas de la terapia de juego incluyen el incremento de Elogios, Reflexión, Imitación, Descripción y Entusiasmo (PRIDE skills), mientras decrecen las Órdenes, las preguntas y la crítica. Los padres son asesorados para incrementar las conductas pro-sociales (ej. Compartir, esperar turno) e ignorar el comportamiento disruptivo no severo (gimotear, quejarse). Las metas de esta primera fase incluyen fortalecer la relación padre-hijo, construir la autoestima del niño e incrementar sus comportamientos prosociales, así como incrementar las estrategias de los padres. Estas metas se logran en parte a través de las instrucciones didácticas, el modelamiento y el juego

de roles del terapeuta. Cuando el padre interactúa con el niño es guiado por el terapeuta usualmente a través de un audífono.

En la segunda fase, Interacción dirigida con el padre, las mismas modalidades de enseñanza (instrucción didáctica, modelamiento, juego de roles y guía) son usados para educar a los padres en los principios de modificación conductual como dar órdenes efectivas, conformidad vs. no conformidad y a usar el tiempo fuera de manera efectiva. Las metas de esta segunda fase del tratamiento incluyen mantener los logros de la primera fase, incrementar la obediencia o conformidad del niño y decrementar los problemas de comportamiento.

Normalmente las dos fases se completan en un plazo de 10 a 14 semanas, la velocidad en el progreso del tratamiento depende de la severidad de los problemas de comportamiento en el niño y de la facilidad del padre para aprender las estrategias. Se especifican criterios para medir el avance del padre y pasar de la primera a la segunda fase o finalizar el tratamiento. En las primeras sesiones el terapeuta es más directivo y se trata de que para las últimas sesiones el padre ya se maneje por sí mismo.

3.3 TERAPIA DE JUEGO GRUPAL Y CENTRADA EN EL NIÑO

Según Landreth (citado por Schaefer 2005) la terapia de juego grupal es una relación interpersonal dinámica entre niños y un terapeuta formado tanto en procedimientos de terapia de juego como de terapia grupal, que proporciona materiales de juego selectos y facilita el desarrollo de una relación segura de los niños para que se expresen y exploren completamente a sí mismos y a los demás a través del medio de comunicación natural de los niños: el juego.

En las relaciones de la terapia de grupo, los niños experimentan:

- Cualidades terapéuticas liberadoras como descubrir que sus compañeros también tienen problemas.
- Sentido de pertenencia.
- Nuevas habilidades interpersonales.
- Las reacciones inmediatas de sus compañeros y realizan aprendizaje vicario.
- El desarrollo de su sensibilidad hacia los demás.
- Un enorme estímulo a su autoconcepto.
- Que merecen respeto y que su valor no depende de lo que hagan o produzcan sino más bien de quiénes son.

Para Van Der Kolk 1985 (citado en Schaefer 2005) la estructura y el proceso de la terapia de juego grupal debe incluir los siguientes elementos:

- Aceptación total del niño.
- Una invitación simple a jugar sin explicaciones, metas, razones, preguntas o expectativas.
- Ayudar a los niños a aprender a expresarse y disfrutar del respeto.
- Permitir, aunque no alentar, comportamientos regresivos desde el principio de la terapia.
- Permitir todo comportamiento simbólico estableciendo límites a las conductas destructivas.
- Prohibir a los niños atacarse físicamente unos a otros.
- Hacer respetar los límites con tranquilidad, sin críticas, y mencionarlos brevemente cuando sea necesario.
- Sentir y expresar empatía.

Aunque la estructura y el proceso pueden variar según la teoría, el proceso de la terapia de juego grupal debiera incluir la mayor parte de estos elementos, si no es que todos. Es posible que el grupo de juego terapéutico ofrezca lo más cercano posible a la estructura y aceptación de una familia: los niños aprenden unos de otros, se animan entre sí, se apoyan, resuelven dificultades, comparten penas y gozos, descubren lo que es ayudarse y descubren también que son capaces de dar y recibir ayuda. Estas cualidades que generan crecimiento en las familias muy a menudo están ausentes en los niños a quienes se canaliza a terapia de juego.

Para Ginott (citado en Shaefer 2005) las metas de la terapia de juego grupal son:

- El establecimiento de una relación terapéutica.
- Fortalecer el Yo y mejorar la imagen personal.
- La expresión de emociones.
- Las oportunidades de comprobar la realidad, de expresar sentimientos y necesidades en formas más aceptables.

Ginnot se basa en la premisa de que los niños modifican su comportamiento a cambio de aceptación.

En cuanto a la selección de los grupos Ginnot señala las siguientes contraindicaciones:

- Sumamente agresivos.

- Sexualmente impulsivos.
- Apego deficiente con su madre.
- Sociópatas.
- Imagen personal sumamente negativa.
- Hermanos que manifiestan una rivalidad intensa.
- Proceso de evaluación: 1 sesión de terapia de juego individual, informes de padres y maestros, evaluaciones conductuales y entrevistas con los niños.

En cuanto al tamaño de los Grupos:

- Cuantos más pequeños sean los niños, más reducido debe ser el grupo.
- Con grupos más grandes hay que privilegiar actividades estructuradas.

Para lograr el equilibrio en los grupos según el mismo autor es recomendable:

- No formar grupos con niños que han experimentado los mismos traumas.
- No tener una mayoría de niños de un solo género.
- El rango de edades no debe rebasar los 12 meses.
- Tamaño físico de los niños.

Se debe contar con una estancia especial que no debe ser demasiado pequeña o grande (3.5 x4.5 m).

En general los medios de juego deben:

- Atrapar el interés de los niños.
- Propiciar el juego expresivo.
- Permitir el juego no evasivo.
- Ser resistentes para darles un uso activo.

La frecuencia y duración de las sesiones debe determinarse en base a la finalidad del grupo, la gravedad de los problemas que presentan. Suelen ser muy efectivas las terapias intensivas de corto plazo: se reúnen de 2 a 5 veces por semana.

En cuanto al rol del terapeuta éste debe

- Inspirar confianza.
- Fomentar el altruismo y la universalidad.
- Desarrollar habilidades sociales.

- Impulsar el comportamiento imitativo y la catarsis.

En cuanto a las respuestas terapéuticas, el terapeuta debe:

- Tener grado elevado de tolerancia en cuanto al desorden y el ruido.
- Manifestar disposición y manejar con habilidad el caos frecuente.
- Mantener en equilibrio las respuestas entre los miembros del grupo.
- No ser intrusivo.

Para Landreth y Sweeney (citados en Shaefer), los límites:

- Demarcan la relación terapéutica.
- Ofrecen seguridad al niño tanto física como emocionalmente.
- Anclan la sesión a la realidad.
- El niño expresa sentimientos negativos sin ocasionar daño y sin temor a represalias.
- Ofrecen estabilidad y confianza.
- Fomentan y mejoran la sensación de responsabilidad y control personales del niño.
- Protegen el entorno de la terapia de juego.
- Garantizan que se mantengan las normas legales, éticas y profesionales.

En cuanto a las consideraciones legales y éticas:

- Obtener el consentimiento de los padres.
- Los ejercicios planeados deben explicarse a los padres.
- No puede hacerse una promesa de confidencialidad absoluta a los niños.
- Evaluación y preparación de los grupos.
- A los niños debe brindárseles la oportunidad de participar o abandonar el grupo.

Niños de todas las edades y con cualquier tipo de trastorno infantil responden a los beneficios de la terapia de juego grupal.

En el presente estudio se utilizó un enfoque humanista centrado en el niño por lo cual se aborda con más detalle a continuación.

Parte de la filosofía existencial-humanista, sostiene la idea de que el ser humano tiene la capacidad innata de esforzarse en alcanzar el crecimiento y la madurez; enfatiza la capacidad del niño para auto dirigirse constructivamente.

Desarrollado originalmente por Carl Rogers en 1941 y adaptado por Virginia Axline en 1957, discípula y colega de Rogers, como modelo centrado en el niño de la terapia de juego.

La terapia de juego centrada en el niño no es una capa que el terapeuta se ponga al ingresar en el recinto de juego y que se quite al salir, sino una filosofía que se traduce en actitudes y comportamientos para vivir la propia vida en las relaciones con los niños. En tanto filosofía básica de la capacidad humana innata del niño para esforzarse en alcanzar el crecimiento y la madurez, como una actitud en la que se cree de manera profunda y perdurable en la capacidad del niño para auto-dirigirse constructivamente. La terapia de juego centrada en el niño es un sistema terapéutico completo, no sólo la aplicación de unas cuantas técnicas que busquen establecer una compenetración (Sweeney y Landreth citados en Schaefer 2004)

Los principios básicos de la estrategia consisten en:

1. Desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. Aceptar al niño tal como es
3. Crear un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. Estar alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y reflejarlos de nuevo hacia él de tal forma que logre profundizar más en su comportamiento.
5. Observar un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
6. No intentar dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino, el terapeuta lo sigue.
7. No pretender apresurar el curso de la terapia. Es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.
8. Establecer sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacer patente al niño su responsabilidad en la relación. (Axline 2003)

Landreth (citado en Schaefer 2004 p.48) sugiere que los objetivos generales de la terapia de juego centrada en el niño son congruentes con el esfuerzo interno y autodirigido del niño por la autorrealización. El énfasis se coloca en facilitar sus esfuerzos para que logre afrontar en forma más adecuada, como persona, los problemas actuales y futuros que pueden influir en su vida. Para ese fin, los objetivos de la terapia de juego centrada en el niño son ayudarle a:

1. Desarrollar un autoconcepto más positivo.
2. Asumir una mayor responsabilidad personal.
3. Volverse más directivo.
4. Aceptarse cada vez más a sí mismo.
5. Volverse más independiente.
6. Tomar sus propias decisiones de manera más determinada.
7. Experimentar una sensación de control.
8. Sensibilizarse con el proceso de afrontamiento.
9. Desarrollar una fuente interna de evaluación.
10. Confiar más en si mismo.

La evaluación en el enfoque centrado en el niño según Janet West (1999) consiste en:

- Desde la primera evaluación es crucial determinar si la referencia para terapia de juego es apropiada.
- Una vez que se acepta al niño, el terapeuta de juego tiene en mente que la evaluación y la terapia se sobreponen.
- Las primeras sesiones le permiten al terapeuta la confirmación (o no) de las hipótesis que se obtuvieron durante la fase de organización, acerca de la situación del pequeño.
- La evaluación significa sopesar las dificultades presentes contra lo que se conoce de los antecedentes del niño o cómo él o ella, utiliza las sesiones para la exploración y expresión de conflictos internos y problemas externos.
- Surgirá una imagen más clara acerca de los mundos interno y exterior del niño, y entonces el terapeuta puede sacar sus propias conclusiones acerca de qué es lo que perturba al niño, lo cual quizá confirme o niegue lo que han dicho las personas que refieren al pequeño o cuidan de él.
- No es necesaria una evaluación clínica inicial, pero sí un informe completo y preciso de los antecedentes sociales y problemas actuales del niño
- En las primeras sesiones se observa el juego en base a: la elección de los materiales y la naturaleza y tipo de juego, es decir: ¿Se expresa vívida y libremente, o es demasiado solemne e inhibido? ¿Es apropiado al nivel de edad del niño o es inmaduro y se parece al de un bebé, o tal vez es en exceso complicado y lo dominan estándares adultos? A partir de ello se puede decidir si el niño es comparativamente normal o perturbado.
- Sirve para sopesar las dificultades presentes contra lo que se conoce de los antecedentes del niño o cómo él o ella utiliza las

sesiones para la exploración y expresión de conflictos internos y problemas externos.

Según West (1999), para medir el progreso del niño buscamos:

- Una resolución natural de los temas que se presentan en las sesiones de terapia de juego
- Progresos en los sentimientos y conductas del niño

Las etapas terapéuticas según West (1999) son:

ETAPA 1

- La conducta del niño es profusa, difusa, por arriba del límite, o inhibida, encauzada de manera apropiada e inapropiada. La tarea terapéutica consiste en formar la alianza terapéutica.

ETAPA 2

- Los sentimientos del niño llegan a enfocarse en determinadas personas y cosas fuera de él. Puede parecer que el comportamiento del niño empeora.

ETAPA 3

- Comienza a mostrar sentimientos positivos, pero existe mucha ambivalencia.

ETAPA 4

- Emergen sentimientos realistas con mayor firmeza. El niño se siente mejor interiormente y está más capacitado para enfrentar las vicisitudes de la vida. Desarrolla una relación más apropiada a su edad con el terapeuta de juego.

Las etapas no siempre suceden en este orden. Pueden volver a repetirse las etapas, pero por lo regular de manera diferente al trabajar el niño aspectos adicionales. (West, 1999).

La terapia de juego grupal centrada en el niño "se basa en una confianza pertinaz en la capacidad del grupo para desarrollar su propio potencial moviéndose en una dirección positiva y constructiva (...) Esto tiene repercusiones significativas en los niños, a quienes tan a menudo se les evalúa pero pocas veces se les dan opciones. El mediador de un grupo de niños debe ser muy deliberado para ayudar a cada niño a sentirse lo suficientemente seguro para crecer (o no crecer) y elegir." (Landrethy, Sweeney citados en Schaefer 2005).

Concluimos que existen múltiples enfoques dentro de la psicoterapia infantil basada en el juego que comparten algunas características técnicas y difieren en otras, por ejemplo la cognitivo conductual es directiva, en cambio la psicoanalítica y la centrada en el niño que es la que se aplica en este trabajo son no directivas, es decir, el niño en todo momento marca la pauta de las actividades de juego.

En este estudio se aplica la terapia de juego humanista centrada en el niño a nivel grupal porque resultó ser la más eficiente dadas las características de una terapia de corto plazo (10 sesiones) en la que no se buscaba profundizar en los contenidos del juego de cada niña, sino impulsar su proceso de maduración de la competencia social.

IV. METODOLOGÍA

4.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato Infantil en México es un problema creciente a nivel mundial, para ilustrar el aumento de este fenómeno en nuestro país, basta con retomar las siguientes estadísticas:

- Perea Martínez y Loredo Abdalá mencionan que uno de cada diez niños/a es víctima de violencia, pero sólo se registra el 10 por ciento de los casos (Perea, y cols., 2005).
- En la República Mexicana entre 1979 y 1990 hubo en México un promedio anual de 4,533 niños/as entre los 0 y los 4 años de edad que fallecieron por causas accidentales y violentas. En el rubro de homicidios, el total de muertes fue de 2,939 lo que significa que, en promedio, un niño menor de cinco años fue asesinado cada dos días en México. Esta relación ha ido en aumento, ya que mientras que en 1979 era de .50 por día, para 1990 fue de uno diario (CESOP 2005).
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005), registró de 1995 al 2000, un promedio de 25,000 casos de maltrato a menores cada año.

Las consecuencias físicas y psicológicas son de muy diversa índole y dependen en gran medida de la duración frecuencia y nivel de violencia ejercido sobre el menor. **La competencia social se ve afectada** en los/as niños/as quienes son abusados y abandonados por las personas a su cargo, ya que frecuentemente no forman nexos efectivos y presentan problemas en el comportamiento. Todo lo anterior se puede ver reflejado en problemas que suelen comenzar en la adolescencia como la delincuencia juvenil (Widom y Maxfield, 2001) y el abuso de alcohol y otras drogas (Kilpatrick citado en CESOP 2005). Asimismo, se calcula que una tercera parte de los/as niños/as maltratados/as y abandonados/as eventualmente victimizarán a sus propios hijos/as.

En el trabajo Institucional en México no se ha implementado y reglamentado un sistema de atención integral que permita al niño maltratado afrontar y superar de la mejor manera los posibles estragos emocionales generados por estas aberrantes situaciones.

Es por ello importante documentar las experiencias que se realizan en este sentido, para así poder compararlas e integrarlas sistemáticamente en el trabajo de las Instituciones encargadas del cuidado de esta población. Este panorama presenta múltiples preguntas que aún no han

sido contestadas en nuestro País: ¿Es la Institucionalización el mejor recurso para los menores maltratados? ¿Cual es el enfoque teórico más efectivo en el trabajo psicoterapéutico con menores maltratados institucionalizados? ¿En qué aspectos de la personalidad del niño (a) se observan cambios favorables y con que tipo de intervención?

Finalmente planteamos la pregunta que se pretende contestar con el presente estudio:

- **¿La aplicación de la terapia grupal con el enfoque centrado en el niño mejora la competencia social de niños maltratados institucionalizados?**

4.2. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar las competencias sociales en dos grupos de niños (as) víctimas de maltrato a través de la terapia de juego grupal centrada en el niño.

4.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Lograr la alianza terapéutica
- Ampliar el autoconocimiento y la autoestima de los participantes en un ambiente libre, seguro y estable donde el límite principal es la no agresión física y la autoagresión.
- Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros.
- Que los participantes logren establecer juegos grupales de mayor complejidad en el nivel de comunicación y organización.

4.4. HIPOTESIS DE TRABAJO

Si aplicamos la terapia de juego grupal centrada en el niño a un grupo de niñas maltratadas institucionalizadas, entonces su competencia social aumentará.

4.5. VARIABLES:

- Competencia social (expresada en el tipo de juego)
- Terapia de juego grupal centrada en el niño

4.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

COMPETENCIA SOCIAL: En Gonzalez (2000) encontramos que la competencia social es la capacidad para establecer relaciones exitosas con los demás o la maestría tendiente a alcanzar éxitos dentro del contexto social del individuo. En el presente estudio se expresa la competencia social en el tipo de juego y frecuencia.

TERAPIA DE JUEGO GRUPAL CENTRADA EN EL NIÑO: La terapia de juego grupal centrada en el niño “se basa en una confianza pertinaz en la capacidad del grupo para desarrollar su propio potencial moviéndose en una dirección positiva y constructiva (...) Esto tiene repercusiones significativas en los niños, a quienes tan a menudo se les evalúa pero pocas veces se les dan opciones. El mediador de un grupo de niños debe ser muy deliberado para ayudar a cada niño a sentirse lo suficientemente seguro para crecer (o no crecer) y elegir.” (Landrethy, Sweeney citados en Schaefer 2005).

4.7. PARTICIPANTES

Se consideraron dos grupos, uno de niñas con seis integrantes y uno de niños con cuatro integrantes, de entre 8 y 11 años de edad asignadas por el personal del albergue por presentar problemas de comportamiento; institucionalizados por haber sido expuestos a situaciones de violencia y agresión. Se consideraron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CLITERIOS DE INCLUSIÓN
Episodio emocional muy crítico que le impida contactar con la realidad o mostrar un mínimo de cooperación Hermanos que muestren rivalidad intensa	Edad: De 8 a 11 años Antecedentes: Abuso Físico o abandono Institucionalización entre enero y julio de 2007

DESCRIPCIÓN DE LAS NIÑAS DEL GRUPO TERAPÉUTICO

Ficha de identificación	Antecedentes
<p>OMBRE: KAI SEXO: F EDAD: 8 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: 27/ABR/1999 DELITO: DENUNCIA DE HECHOS MOTIVO: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FECHA DE INGRESO: 19/JUL/2007</p>	<p>Se acercó a un policía en el metro Buenavista a pedirle que la llevara a casa de su abuelita que vive por el metro Revolución porque ya no aguantaba los malos tratos de su mamá y su padrastro. La madre se llama Ma. Luisa y el padre Héctor N. Desconoce quién es su papá ya que la madre nunca le habla de él. El padrastro la golpea y la mamá la defiende, pero a ella también la golpea. El día que se escapó la mamá la jaló de la oreja. En el 2004 nace Héctor Miguel y la madre declara que Caliza se vuelve desobediente y grosera. La mamá está gestionando su regreso.</p>
<p>NOMBRE: DIA SEXO: F EDAD: 11 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: 17/AGO/1996 DELITO: DENUNCIA DE HECHOS MOTIVO: MALTRATO Y FUGA DE HOGAR FECHA DE INGRESO 07/JUN/2007</p>	<p>Se escapa y la encuentran los policías, no quiere regresar porque la maltrata su mamá desde que tenía 7 años. Un día que no entendía una lección de matemáticas le pegó con el puño cerrado en la nariz. Su abuelo Andrés le pegó a su mamá y a ella la mandaron a casa de su tía que vive enfrente, a los dos días regresa y la madre continúa golpeándola con lo que tiene en la mano (cinturón, ganchos, palo) porque no le entiende a la tarea. La niña declara que quiere vivir con su tía Araceli. La han visitado su padre, hermano y tíos. Dia no sabe que Joel T es su padrastro. Su hermano tiene 6 años. Ella si quiere vivir con el papá pero no quiere regresar a su casa con la madre y no cree que su padre la deje por ella.</p>
<p>NOMBRE: VIC SEXO: F EDAD: 9 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: 26/MAR/1998 DELITO: ROBO MOTIVO: ENCARGO A TERCEROS FECHA DE INGRESO: 11/JUL/2007</p>	<p>Detienen a las niñas cuando iban en compañía de la tía que comete un robo. La niña declara no haber conocido a su padre y que la madre se juntó con un hombre con el que se dedicaba a vender videos piratas y lo que sacaban se lo gastaban en alcohol y se agredían mutuamente, el se encuentra en el reclusorio porque manoseó a sus hermanas. La madre estuvo anexada en AA. Ella quiere estar con los tíos, pero no es visitada.</p>
<p>NOMBRE: SAR SEXO: F EDAD : 9 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO : 09/SEP/1998 DELITO : VIOLENCIA FAMILIAR MOTIVO: MALTRATO FECHA DE INGRESO: 27/ENE/2007</p>	<p>Se fue a casa de una amiguita diciendo que su mamá la corrió, la mamá de la amiguita le insistió para que se fuera pero la niña dijo que no porque su mamá la golpeaba. Entonces la lleva con el M.P. la madre cuando se presenta dice que la procreó con una persona que conoció cuando trabajaba en una cantina y que cuando él se enteró de su embarazo no le volvió a ver. Después se junta con José T, quien reconoce a la niña legalmente y de quien lleva 5 meses separada por problemas de pareja. Acepta que golpea a la niña desde que tenía 4 o 5 años y dice que es como si le hablara una voz desde dentro de su ser. J. C. declara que se casó por el civil con la Sra. Cuando Sar tenía pocos meses de edad. Tiene convivencias directas con el padre y cámara de gessel con la madre. Tiene 2 hermanitos de 3 y 2 años respectivamente. Su mamá habla zapoteco, también ella y sus hermanos. La niña declara que la madre le abría las piernas y le pegaba con el cinturón, le pegaba con un gancho y la quemó con la plancha. Al principio la hacía quitarse la ropa para golpearla y después ya no. Una vez su abuela la defendió pero después le decía a su mamá que sí le pegara.</p>
<p>NOMBRE: LES</p>	<p>Un vecino denuncia que las niñas recibían golpes y cuando</p>

EDAD : 9 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: 28/SEP/1998 Y DELITO: VIOLENCIA FAMILIAR MOTIVO: MALTRATO FECHA DE INGRESO: 27/ENE/2007	se les lleva ante el MP se les encuentran moretones y declaran que se los propina el padrastro y las insulta a ella y su hermana mayor. El padre las abandonó ha 6 años atrás. Son visitadas por la abuela y un tío materno. El tercer hermano es J de 6 años.
NOMBRE: JESI EDAD : 11 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: 14/AGO/1996 DELITO: VIOLENCIA FAMILIAR MOTIVO: MALTRATO FECHA DE INGRESO: 27/ENE/2007	Un vecino denuncia que las niñas recibían golpes y cuando se les lleva ante el MP se les encuentran moretones y declaran que se los propina el padrastro y las insulta a ella y su hermana mayor. El padre las abandonó ha 6 años atrás. Son visitadas por la abuela y un tío materno. El tercer hermano es J de 6 años.

NOMBRE	EDAD	MOTIVO ING.
Vic	9 AÑOS	ENCARGO A TERCEROS
Sar	9 AÑOS	VIOLENCIA INTRAF.
Kai	8 AÑOS	VIOLENCIA INTRAF.
Dia	11 AÑOS	VIOLENCIA INTRAF.
Les	9 AÑOS	VIOLENCIA INTRAF.
Jesi	11 AÑOS	VIOLENCIA INTRAF.

4.8. ESCENARIO:

Albergue Temporal para Menores de la PGJ-DF:

- Sala de Aislados. Cuarto de aproximadamente 3x5 m. bien iluminado y ventilado, con baño, mesa sillas y con espacio libre
- Dormitorio. Habitación de 8x8 m. provista con literas y espacio libre de 7x3 m. aprox. Bien iluminada y ventilada provista con baños.
- Patio trasero. Espacio al aire libre provisto con jardín y un pulpo con changuera, resbaladilla y columpios de aprox. 200 metros cuadrados.
- Ludoteca. Espacio cerrado, bien ventilado e iluminado provisto con todo tipo de juguetes.

La disponibilidad de los espacios es variable. Se llega cada sesión a un acuerdo acerca de en dónde se trabajará primero y por cuanto tiempo, y dónde después. Los detalles se describen sesión por sesión.

4.9. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de caso debido a que, se requiere obtener información detallada de los integrantes del grupo y tratándose de niños, la observación tiene una función vital en la recopilación de información,

(Coolican, 2005). Se llevó a cabo la revisión de los expedientes de cada una de las niñas participantes y se verificó que ninguna de ellas presentara alguna característica que fuera motivo de exclusión como una patología psiquiátrica severa.

Se trata de un estudio cuasi-experimental que como lo señala Hernández Sampieri (2003), no requiere un muestreo aleatorio y no se tienen niveles de la variable independiente.

Es un estudio exploratorio (Hernández Sampieri 2003) pues no se encontraron estudios que manejen las mismas variables con población de niños maltratados institucionalizados.

4.10. DISEÑO

Siguiendo a Oblitas (2004) en este trabajo se propone un **diseño de caso único A-B**. En la fase A se tomará la línea base y en la fase B se aplica el tratamiento. La lógica que subyace a este diseño es sencilla, pues cualquier cambio que se produzca durante la fase de intervención con relación a la línea base se atribuye a la intervención, aunque con ciertas reservas. El análisis no proporciona información acerca de cual hubiera sido el curso natural de la conducta si no hubiéramos introducido el tratamiento.

V. RESULTADOS

En este capítulo se presentan en primer término la síntesis o registro cualitativo de las sesiones, enseguida los registros de observación de cada sesión y las tablas donde, en base al análisis de cada ficha de observación se obtiene la frecuencia y el tipo de juego presentado por cada niña en cada sesión.

Al final se presenta una tabla concentrada sobre la presencia de cada tipo de juego en cada sesión y la duración del juego grupal espontáneo, con la finalidad de observar si hubo algún cambio en la competencia social de las participantes entendida como la "capacidad de establecer relaciones exitosas con los demás".

ANÁLISIS CUALITATIVO DE RESULTADOS POR PARTICIPANTE

Les: En esta niña se notó claramente la evolución por las cuatro etapas señaladas por West. Paso de ser una niña directamente agresiva y retadora, a mostrar sentimientos positivos y una actitud adaptativa. Con la misma claridad e intensidad con que ella expresó su agresión yo tuve que poner el límite y suspenderla un sesión, pero sin mostrar enojo o rechazó, por el contrario, tuve una breve entrevista extraordinaria con ella en la cual le entregué un libro del cual les leí unos capítulos y ella se sintió muy interesada, insistiéndome en que le sacara una copia. Estoy conciente de que este detalle tiene más que ver con una estrategia conductual, pero la acoto pues resultó de mucha utilidad. Fue única en su capacidad de simbolizar en juego solitario y en pareja), aprendió a no descargar el enojo directamente, aunque se aislaba y no lo verbalizaba.

Jes: Era cooperadora y no presentaba problemas de agresión, mas bien tendía a aislarse y posiblemente el entrar después al grupo tuvo relación con esto, no obstante logró integrarse al grupo. Era atendida en terapia individual y sus cambios repentinos de estado de ánimo (dos veces) posiblemente tienen relación con la pubertad. Faltaba constantemente y por eso no la tomé en cuenta en el análisis del tipo de juego. En su última sesión antes de que la llevaran a otro albergue creó toda una función de teatro guiñol, lo cual habla de su creatividad, espontaneidad y capacidad de simbolización, lo cual efectivamente representa un avance, tomando en cuenta la timidez y aislamiento de las primeras sesiones.

Dia: También muestra cambios de ánimo repentinos frecuentes, posiblemente debidos a su etapa de desarrollo (pubertad), también pudo ser un recurso para llamar la atención, además de que es una característica frecuente en los niños con maltrato. Comenzó a mostrarse

enojada y agresiva, pero sin dirigir estos sentimientos hacia alguien, posiblemente se enojaba conmigo, pero no se atrevía a ser tan directa. No obstante logró mejorar su competencia social, disfrutando de la interacción y manteniéndola por más tiempo.

Sara: Para la última sesión se minimizó (en cuanto a tiempo e intensidad) su rechazo hacia Kai, pero cuando lo mostraba seguía siendo muy intenso y lo argumentaba como algo razonable, no obstante también fue partícipe del juego grupal, en el cual olvidaba sus diferencias y actitud discriminatoria. Su estado de ánimo es alegre y equilibrado, salvo cuando se toca el tema de de Kai, con lo cual se muestra sumamente molesta.

Vic: Su estado de ánimo es muy estable pero también arremete verbalmente contra Kai, esto se vió disminuido a partir de la suspensión de Les. En la última sesión ya no se muestra agresiva con Kai y muestra sentimientos positivos, no obstante argumenta a favor de la conducta discriminadora de Sar cuando le marco el límite, con lo cual manifiesta su sentimiento positivo hacia una de sus compañeras y negativos hacia la otra (ambivalencia).

Kai: Es una niña sensible a la crítica y con una gran inteligencia (nivel muy elevado en sus creaciones en juegos de construcción y lenguaje oral y escrito) No obstante, se encuentra insegura (frecuente aislamiento) temerosa y frecuentemente triste, resiente mucho la ausencia materna (no fue tan maltratada por la madre). Se sintió muy contenta con el juego grupal pues se sintió aceptada por todas sus compañeras.

SESIONES DE INTERVENCIÓN

En la siguiente ficha de observación se presentan los datos y la descripción de la primera sesión.

Ficha de observación 1.

Primera Sesión	Objetivos:	Escenarios y materiales;:
	-Presentación de la terapeuta y de la terapia (propósitos, duración, límites, actividades) -Lograr la alianza terapéutica	1ª. Hora y media: Dormitorio, materiales de arte (hojas blancas, acuarelas, plumones y colores), muñecas, casita. 2ª. Hora y media: Patio trasero: pasamanos, columpios, pelota, bicicletas.
Desarrollo:		
<p>Me presento por mi nombre y como su terapeuta de grupo y les digo que en este grupo podremos jugar, divertirnos y hablar sobre lo que piensan y sobre lo que sienten con la finalidad de que se conozcan más a sí mismas y a sus compañeras y tengan una buena relación entre ellas. La única regla es no lastimarnos, ni lastimar a las demás de lo contrario se suspenderá una sesión a quién no cumpla la regla. Como inicio le leí una poesía de Pablo Neruda llamada "Tu risa", luego les dije que podían jugar a lo que quisieran con los materiales. Les quiso jugar con la casita y las muñecas, Kai y Nic pintaron con acuarela y Sar hizo una flor con colores de palo en su block. Vic dibujó un corazón feliz y uno triste. Dia y Kai jugaban con las muñecas. Nic hizo dibujos de flores para sus amigas. Les deja las muñecas y dibuja flores más pequeñas, le comenta a Nic – tu mamá no sabe hablar bien- Nic no le contesta pero dirige su agresión hacia Vic – ¡dibuja bien no como niña de primero!- Yo les reflejo la situación. Nic se va al espacio de la casita.</p> <p>En el patio surgen agresiones verbales entre Vic y Kai por el uso de las bicicletas, organizo turnos. Andan en bicicleta Vic, Sar y Les. Dia y Kai se columpian. Realicé la contención de Dia que se puso a llorar y expreso que se quería ir y que las otras niñas la molestaban, pero lo que en realidad la tenía más angustiadas es que varias de sus amigas se irán pronto. Para terminar la sesión les llamo a todas y les pregunto cómo se han sentido y si quieren expresar algo, responden que se sintieron bien.</p>		

ANÁLISIS

Se presenta el juego en paralelo y en parejas acompañado de algunas agresiones verbales. El estado emocional predominante es contenido y en Dia aflora la tristeza. Se comparten tranquilas en el espacio del dormitorio y al salir al patio surgen desacuerdos que pueden controlarse. De nuevo predomina el juego en paralelo y solitario. Nic regaló los dibujos de las flores a sus amigas a manera de despedida y ellas lo recibieron con gusto.

De la ficha anterior se obtienen los siguientes datos referentes al tipo de juego y su frecuencia en la primera sesión de tres horas, con lo cual se obtiene la línea base de esta investigación.

SESIÓN 1

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC		X			
2. DIA		X	X		
3. LES		X			
4. KAI	X	X	X		
5. SAR		X			

Las niñas no presentan juego grupal en ninguna de sus modalidades; dos nipas juegan un momento en pareja y una en solitario. Lo que predomina es el juego paralelo en la mayor parte del tiempo de la sesión. El nivel de la competencia social entendida como "la capacidad de establecer relaciones exitosas con los demás", es bajo.

Ficha de observación 2.

Segunda sesión	Objetivos:	Escenarios y materiales;:
	-Lograr la alianza terapéutica -Conocer la interacción grupal	1ª. Hora y media: Dormitorio, materiales de arte (hojas blancas, acuarelas, plumones y colores), muñecas, casita. 2ª. Hora y media: Patio trasero: pasamanos, columpios, pelota, bicicletas.
Desarrollo:		
<p>No hubo sesión anterior porque en trabajo social se perdió la libreta, pedí al jefe de psicología que les avisara pero no le fue posible, ellas no recibieron mi mensaje, aunque no mostraron mayor descontento al respecto, solo me preguntaron que había pasado y yo se los expliqué.</p> <p>Diana me enseña un cuaderno donde hizo muchos pequeños poemas, al parecer le gustó mucho la poesía que les leí en la primera sesión.</p> <p>Nic no acudió a la sesión porque acudió a la fiscalía. En el dormitorio las niñas colocaron las colchonetas, después de darse algunas marometas eligieron materiales. Les se decidió por las quesadillas de masa, Kai y Diana colorean, Vic viste a las barbies. Sar se integra al juego con Les. Se hace el silencio. Kai les dice que jueguen a pedir pizza pero no la escuchan, realizan juego paralelo. Dia saca la pintura digital y juegan a embarrarla en las hojas, cuando apachurran los tubos se escucha un sonido y Les dice, suena a pedos, todas ríen. Dia plasma sus manos embarradas en una hoja blanca. Les y Vic se agitan y corretean un poco persiguiéndose con las manos embarradas, les señalo que es hora de lavarse las manos para guardar y bajar. Se lavan y bajamos. Prefieren salir a jugar al patio en vez de a la ludoteca.</p> <p>Sar y Vic toman las bicicletas, Les se pone los patines, Kai está lejos en la otra changuera. Les y Dia se columpian. Kai toma un triciclo y Sar le dice ¿es en lo único que sabes andar? La bici es como un triciclo pero le falta una rueda, responde Kai. Sar y Vic en juego paralelo en las bicicletas. Les y Dia en los columpios.</p> <p>Kai se sienta junto a mí y se pone a llorar, le pregunto qué tiene y no me contesta, le vuelvo a insistir y dice que es el cumpleaños de su hermano y que no lo puede ver, que tal vez ya se olvidaron de ella. Yo le cuento que casualmente contesté una llamada de su mamá en trabajo social (lo cual fue cierto) se calma y Sar pregunta que le pasa, que si quiere le presta los patines. Al final las llamo a todas y les digo que me ha parecido muy bien que intenten consolar a su compañera, ya que son ahora compañeras y pasan por situaciones muy parecidas. Les pregunto cómo</p>		

se sintieron. Dicen que bien.

ANÁLISIS

Al principio de la sesión hubo juego en grupo de marometas en las colchonetas lo cual se dio con un nivel de organización básico de turnos. Les y Sar manifestaron sentimientos ambiguos hacia su compañera Kai. El juego paralelo predominó nuevamente. El clima grupal fue menos contenido, más espontáneo y por momentos alegre. De nuevo tuve que realizar la contención de una de las niñas.

De la ficha de observación anterior se obtienen los siguientes datos sobre el tipo de juego presentado por las niñas durante la segunda sesión de tres horas.

SESIÓN 2

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC		X	X	X	
2. DIA	X	X		X	
3. LES		X	X	X	
4. KAI	X	X		X	
5. SAR		X	X	X	
				Fue espontáneo y con una duración aproximada de 10 minutos	

Lo que observamos en esta tabla es el surgimiento espontaneo del juego grupal por un breve espacio de 10 minutos, no obstante sigue predominando el juego paralelo con breves episodios de juego en parejas y solitario.

Ficha de observación 3.

Tercera sesión	Objetivos: -Lograr la alianza terapéutica -Conocer la interacción grupal	Escenarios y materiales;: 1ª. Hora y media: Ludoteca con todos sus materiales 2ª. Hora y media: Patio trasero: pasamanos, columpios, pelota, bicicletas.
Desarrollo:		
<p>Subimos al dormitorio pero lo estaban aseando, entonces bajamos a la ludoteca. Mantuvieron juegos intermitentes por parejas, Jes jugó sola y se notaba seria. Las niñas entran fácilmente en desacuerdos y les cuesta trabajo disfrutar sus juegos, cambian rápidamente de parejas y de juego o bien, juegan solas.</p> <p>En el patio Jes estuvo casi todo el tiempo en la bicicleta y Kai llorando se quejó de que Vic y Les le habían pegado, entonces les recordé la principal regla de no lastimar ni lastimarse, pero ellas comenzaron a quejarse en voz alta de Kai y de que era mi consentida, les hice saber que ninguna era mi consentida y que a cualquiera de ellas la defendería igual si las demás la molestaban. Les y Sar no querían bajarse de las bicicletas cuando las llamé para cerrar la sesión, entonces les dije que si no acudían las suspendería una sesión, entonces acudieron y les leí un pequeño cuento en el que al final ellas expresaban palabras, Les y Sar expresaron palabras de descontento que yo les reflejé. Jes pidió que trajera material para hacer masa.</p>		

ANÁLISIS

El juego predominante en la primera hora treinta fue por parejas y al salir al patio en solitario o en paralelo. Las niñas expresan abiertamente su intolerancia hacia el chivo expiatorio que es Kai, a quien yo le he señalado que no debe permitirlo y debe denunciar cuando la molesten o le peguen. Fue una sesión en que las niñas se están mostrando tal cual son, esta confianza al mismo tiempo debe manejarse dentro de límites que permitan la seguridad de todas las participantes.

De la ficha de observación anterior se obtienen los siguientes datos:

SESIÓN 3

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC		X	X		
2. DIA	X	X			
3. LES		X	X		
4. KAI	X	X			
5. SAR		X	X		

La frecuencia del juego paralelo no aumentó, pero el tiempo que invierten las niñas en él sí aumenta, no se presenta juego en grupo y persiste el juego solitario en las mismas dos participantes.

Ficha de observación 4.

Cuarta sesión	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ampliar el autoconocimiento y la autoestima de los participantes en un ambiente libre, seguro y estable donde el límite principal es la no agresión física y la autoagresión. -Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros. 	<p>Escenarios y materiales;:</p> <p>1ª. Hora y media: Patio trasero: pasamanos, columpios, pelota, bicicletas.</p> <p>2ª. Hora y media: Ludoteca con materiales diversos.</p>
<p>Desarrollo:</p> <p>Acordamos por mayoría trabajar primero en el patio y luego jugar en la ludoteca, Kaisa expuso el porqué quería jugar en la ludoteca, aún después de que las demás votaron por trabajar en el patio. Al principio sólo Jessica y Leslie se interesaron en hacer la masa, pero después todas espontáneamente acudieron. En esta sesión se integró Irene como coterapeuta y la presenté con las niñas, les pedí que le mencionaran para qué era este grupo y Sarahí le comento que era para trabajar, jugar, divertirse y hablar sobre lo que piensan y sobre lo que sienten. Estuvieron muy contentas y animadas, recordaron cosas bonitas, como preparar hotkakes con su mamá o ver cómo se prepara una pizza, quieren que preparemos algo de comer en la siguiente sesión. Cuando lograron darle una buena textura a la masa modelaron diversas figuras pero no realizaron algún juego con trama. Después de asear el lugar y de que se lavaron las manos, entramos a la ludoteca y jugaron en pares o tríos, damas chinas y juegos de armar, Kaisa jugaba sola y Jessica se integró con otros niños grandes en el futbolito.</p>		

ANÁLISIS

Las otras niñas han logrado integrarse en juegos de pares, solo Kaisa sigue sin poderse integrar. Lograron evocar recuerdos agradables y convivir grupalmente en una actividad dirigida.

De la ficha anterior se obtienen los siguientes datos sobre el tipo de juego presentado por las niñas.

SESIÓN 4

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC			X	X	X
2. DIA			X	X	X
3. LES			X	X	
4. KAI	X	X		X	
5. SAR			X	X	X
				Dirigido 50 min.	Espontáneo, 10 minutos

Disminuye el tiempo que pasan las niñas en el juego paralelo y de manera espontánea juegan en parejas y en pequeños grupos. No tomaré en cuenta el juego en grupo asociativo para el análisis de resultados porque fue dirigido y no espontáneo, solo se utilizó como una actividad que motivara el juego grupal espontáneo.

Ficha de observación 5:

Quinta sesión	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ampliar el autoconocimiento y la autoestima de los participantes en un ambiente libre, seguro y estable donde el límite principal es la no agresión física y la autoagresión. -Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros. 	<p>Escenarios y materiales;:</p> <p>1ª. Hora y media: Comedor: leche, pan, mermelada, mantequilla y jugo.</p> <p>2ª.Hora: Patio trasero: pasamanos, columpios, pelota, bicicletas. Durante la última media hora trabajamos en el cuarto de aislado.</p>
Desarrollo:		
<p>En el comedor hicimos pan con mantequilla y mermelada y les llevé leche y jugo también, compartieron con mamis y con otros compañeritos del albergue. Hicieron algunos diseños originales con el pan. Mientras preparábamos el pan les propuse la técnica de construir una historia entre todas, agregándole pedacitos por turnos, solo Kai no participó. "Era una niña que se perdió en el bosque... porque iba en su bicicleta y... se hizo de noche y... pasó por encima de unas espinas y... se le ponchó la llanta y... ya no sabía en dónde estaba y... un lobo que andaba cerca la comenzó a seguir." Luego salimos al patio y jugaron con las bicis y en la changuera. Les y Sar buscaban pelear con Kai y yo les señalé que eso no estaba bien y que si seguían peleando con su compañera las suspendería la próxima sesión. Para terminar subimos a aislados, Kai hizo una carta para su mamá mientras las demás pintaban con acuarela, en un momento en que fui al estante por hojas Les le pegó a Dia, cuando le revisaba la frente les señalé que posiblemente había sido sin querer y Les dijo que si había sido a propósito, en tono retador, entonces le dije que quedaba suspendida para la próxima sesión y entonces ella dijo que de todos modos ya no quería venir a ninguna sesión. Le dije que el martes le llevaría las copias del libro que me había encargado y que entonces me diría si ya no quería regresar definitivamente. Ella decía que ya lo había decidido y que ya no quería regresar nunca. Mientras Diana se levantó y se puso a llorar metida en una esquina entre un armario y la pared. Por más que la invité a regresar, se quedó allí por el resto de la sesión.</p>		

ANÁLISIS
La historia revela una gran ansiedad por amenazas externas y el no saber hacia dónde va su camino. Las otras niñas han logrado integrarse en juegos de pares, solo Kaisa sigue sin poderse integrar. Les tenía la necesidad de sentir un límite ante su prepotencia.

De la ficha anterior se obtienen los siguientes resultados:

SESIÓN 5

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC		X		X	
2. DIA		X		X	
3. LES		X		X	
4. KAI		X		X	
5. SAR		X		X	
				Dirigido por la terapeuta con una duración de 60 min.	

La actividad de juego paralelo fue también dirigida en el cuarto de aislados, se les impuso la actividad de dibujo sentadas en una mesa. Cabe señalar que en esta sesión influyeron factores externos como limitantes en el uso del espacio y los materiales.

Ficha de observación seis:

<p>Núm. de Sesión: Sexta</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ampliar el autoconocimiento y la autoestima de los participantes en un ambiente libre, seguro y estable donde el límite principal es la no agresión física y la autoagresión. -Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros. 	<p>Escenarios y materiales;:</p> <p>1ª. Hora y media: Patio trasero: pasamanos, columpios, pelota, bicicletas.</p> <p>2ª. Hora y media : Ludoteca</p>
<p>Desarrollo:</p>		
<p>No hubo sesión el día 24 porque las niñas tuvieron exámenes en la escuela. Les regresó al grupo con una actitud completamente distinta, tranquila y participativa. Era el cumpleaños de Jes que se mostraba molesta sin decir porqué, saqué los gansitos y las paletas de dulce y le cantamos las mañanitas, su semblante cambió y me comentó que le dolían las piernas pero que no quería ir a la enfermería, froté su pierna y le pregunté si se sentía mejor, dijo que sí y que quería ir con el grupo que saldría a pedir claverita, el grupo está de acuerdo en que se vaya. Saco el cartoncillo y les propongo hacer máscaras, Les se queda a hacer su máscara y las demás se van a jugar en las bicis y en la changuera pero vienen de manera intermitente a hacer sus máscaras, las colorean originalmente y Dia le dibuja raspones y le escribe detrás una historia "era una niña que se murió porque su mamá la maltrataba mucho". Les y Sar molestan a Kai y les advierto que serán suspendidas si molestan a su compañera, se detienen pero continúan retándome abiertamente. Kai se va a jugar alejada pero de pronto cuando se acerca a hacer su máscara vemos que está llorando y entonces Les la quiere defender retando a sus compañeras, yo le digo que ella y Dia se han portado muy bien en esta sesión y que no es necesario que ella pelee por Kai, que para poner orden estoy yo, se tranquiliza y continúa trabajando en las máscaras. Sar tiene mucha habilidad para realizar el trabajo manual, me pregunta si yo creo que ella es de Oaxaca y yo le digo que sí lo creo. Cuando Kai se va a lavar al baño les pregunto si no les duele que su compañera llore, y ellas se quedan pensativas y calladas (cosa rara). Entramos a la ludoteca y juego con Les a la mamá en el espacio de la casita, mientras las demás niñas se integran en un juego con fíteres e incluso invitan a Kai a ver la obra.</p>		

ANÁLISIS
Cuestionarlas sobre sus sentimientos hacia el dolor de su compañera ayudó a que se mostraron mucho más tranquilas en la ludoteca, detuvieron la agresión hacia su compañera. Les a comenzado a jugar con contenido simbólico. Se mantienen más tiempo jugando juntas sin cambiar de compañeras de juego. Yo tuve un acceso de tos que me hizo salir de la ludoteca y me sentía con fiebre, por lo tanto no retuve algunos detalles del juego.

De la ficha anterior obtenemos la siguiente información

SESIÓN 6

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC		X			X
2. DIA		X			X
3. LES		X	X		X
4. KAI		X			
5. SAR		X			X
					Espontáneo 30 min.

En este caso el juego fue paralelo dirigido, el juego en grupo cooperativo espontáneo por primera vez logra una duración mayor al de las sesiones anteriores.

Ficha de observación siete

Séptima sesión	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ampliar el autoconocimiento y la autoestima de los participantes en un ambiente libre, seguro y estable donde el límite principal es la no agresión física y la autoagresión. -Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros. -Que los participantes logren establecer juegos grupales de mayor complejidad en el nivel de comunicación y organización. 	<p>Escenarios y materiales;:</p> <p>1ª. Hora y media: Patio trasero: pasamanos, columpios, pelota, bicicletas.</p> <p>2ª-Hora y media: Ludoteca, materiales variados</p>
Desarrollo:		
<p>No asistió Vic porque tenía un examen importante en la escuela. Dia se separa del grupo y se va a los columpios. Les, Kai, y Sara juegan juntas en la resbaladilla es un juego en el que hay muchas risas y no temen al contacto físico, predomina la espontaneidad, aunque si toman turnos y los respetan. Jes primero juega en la bicicleta y luego se integra al juego en la resbaladilla. Cuando me acerco a Dia se muestra triste y me dice que ya no quiere estar en el grupo y que quiere terapia individual, le pregunto los motivos y no me sabe decir, digo que si es posible que se separe del grupo pero que por el momento no se le daría terapia individual porque hasta que se inicie el año se volverán a designar a nuevos niños para terapia individual.</p> <p>En la ludoteca Dia se integra conmigo y con Sar al juego del Lince, su ánimo cambia. Jes da una función de teatro a todos los niños que estaban en la ludoteca. Les juega futbolito con un niño nuevo. Kai juega con un rompecabezas. Dia, Sar y Les juegan atrápame (recoger tarjetas con valores distintos con un chupón, cada vez que terminan de recoger las tarjetas van conmigo para que les ayude a hacer la cuenta de sus puntos. Sar le pega con el chupón a Les, sin querer, yo se los reflejo y Les no responde agresivamente pero deja de jugar con ellas y se aísla, después juega sola con una casita y cuando les anuncio el final de la sesión dice que ella no se quiere ir, se lo reflejo. Dia y Sar continúan en el juego de las tarjetas pero ya no cuentan, se ha convertido en un juego de velocidad con un elevado nivel de espontaneidad y disfrute. Al terminar la sesión le sugerí a Dia que permaneciera en el grupo en las últimas sesiones y que veríamos el próximo año si podía recibir la atención</p>		

individual, asintió sonriente
ANÁLISIS
Han logrado integrarse en pequeños grupos en juegos con materiales (semidirigidos) muestran mayor espontaneidad y disfrute en ello y respetan las reglas. Cuando se presentó el incidente de Les ella pudo contener su respuesta agresiva pero sigue siendo hipersensible ante la agresión, aunque esta no fue intencional.

De la ficha anterior obtenemos la siguiente información:

SESIÓN 7

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC	No asistió				
2. DIA	X			X	X
3. LES	X			X	X
4. KAI		X		X	X
5. SAR			X	X	X
				Espontáneo 40 min.	Espontáneo 80 min.

Predomina el juego grupal ya que ocupa dos terceras partes de esta sesión (2 h.) lo cual representa un progreso importante para el grupo, aunque persiste el juego solitario y paralelo en algunas niñas.

Ficha de observación ocho:

Octava sesión	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros. -Que los participantes logren establecer juegos grupales de mayor complejidad en el nivel de comunicación y organización. -Preparar al grupo para el término de las sesiones 	<p>Escenarios y materiales;:</p> <p>1ª. Hora y media: Biblioteca con libros y material recortable, tijeras y pritt.</p> <p>2ª. Hora y media: Dormitorio, materiales de arte (hojas blancas, acuarelas, plumones y colores), muñecas, casita</p>
Desarrollo:		
<p>Les y su hermana fueron trasladadas a otro albergue. No se nos permitió el acceso a la ludoteca, el patio estaba sucio, el cuarto de aislados ocupado por dos niñas con varicela, así que las niñas me sugirieron trabajar en la biblioteca que afortunadamente estaba desocupada, ahí sacaron los libros de actividades y pusieron manos a la obra, les hablé sobre el término de la terapia. Repentinamente Dia se mostró molesta, aventó su trabajo y dijo que Kai le copiaba, (refleje y acepté el enojo) se dirigió a la parte posterior de la sala donde permaneció hasta que cambiamos de ambiente. Les leí el cuento de Ut y las estrellas y mostraron mucho interés quedándose en silencio, salvo breves interacciones entre ellas para pedir algún material. En el dormitorio bajaron 2 colchonetas y jugaron a darse marometas, hubo contacto físico no agresivo y un juego turbulento (propio de etapas anteriores del desarrollo), pero sin llegar a lastimarse. Enseguida organizaron un juego de "las traes", poniéndose de acuerdo sobre las reglas y llegando a acuerdos, este juego abarco cerca de 30 minutos. Faltando 15 minutos para terminar la sesión, Sara organizó un juego de tazos, no le repartió a Kai, y cuando le pregunté por qué, no quiso contestar , , pero Vic, me contestó por ella, que no quería que Kai jugara, le suspendo su asistencia a la siguiente sesión. Diana y Kai se retiraron a sus camas.</p>		

ANÁLISIS
<p>En el juego inicial de las marometas se permitieron un contacto físico aparentemente descontrolado pero amable como el juego turbulento de los niños pequeños que les ayuda a la construcción de su esquema corporal y a la transmisión del afecto. En el juego de las traes es la primera sesión en que presentan un juego no dirigido organizado con reglas y con un alto grado de disfrute con una duración de 30 min. No obstante siguen presentándose en Dia y Kai cambios de estado de ánimo bruscos (lo cual es normal en niñas con sus antecedentes). Hay una alianza entre Sar y Vic en contra de Kai que sin embargo se venía presentando con menos frecuencia y duración y que tal vez por la cercanía del cierre me vi presionada y aplique un castigo a Sar.</p>

De la ficha anterior obtenemos los siguientes datos:

SESIÓN 8

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC		X		X	X
2. DIA		X		X	X
3. LES (baja)					
4. KAI		X		X	X
5. SAR		X		X	X
				Esponáneo, 30 min.	Esponáneo 60 min.

El juego paralelo fue dirigido y esto lo determinaron las circunstancias que limitaron el uso del espacio y materiales. No se presenta el juego solitario y sigue dominando el juego grupal en la sesión.

Ficha de observación nueve:

Sesión Nueve	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros. -Que los participantes logren establecer juegos grupales de mayor complejidad en el nivel de comunicación y organización. -Preparar al grupo para el término de las sesiones 	<p>Escenarios y materiales;:</p> <p>3 horas: Ludoteca con materiales diversos</p>
Desarrollo:		
<p>Antes de entrar Vic me pidió reiteradamente que Kai no estuviera en la última sesión argumentando que Sar y ella no habían estado en una sesión. Me dijo que no quería estar si estaba ella, yo le reflejé su enojo con respecto a la suspensión de su amiga pero le reiteré que era necesario mantener el respeto entre las compañeras y que era su decisión entrar o no a la sesión. Dia y Kai jugaron con tarjetas numeradas y luego jugaron de manera paralela con las muñecas. Vic y yo jugamos jenga, ella recordó que lo jugaba cuando estaba en su casa y no quiso llegar al final del juego:</p> <p>Vic: -si se tiene cuidado crece bien alto-</p> <p>Terapeuta: - Sí, como las personas, si se les tiene cuidado crecen</p> <p>Vic: - me pongo nerviosa de que se valla a caer</p> <p>Terapeuta- si quieres la podemos dejar así, solo recuerda que uno se puede cuidar y querer a sí mismo.</p> <p>Vic:- sí quiero ponerme un disfraz.</p> <p>Dia:- Deja el juego paralelo y con piezas de imán arma al "papi Richar" y le pone cuernos.</p> <p>Vic se pone un disfraz y juega adivina quién con otro niño.</p> <p>Kai se disfraza, Vic pinta un muñeco en el pizarrón.</p> <p>Dia deshace el muñeco y dice, papi Richar se deshace. Vic, juega con un niño a que la atrape. Kai juega paralelamente en el área del hogar y luego se integra para jugar a cocinar, también Vic. Kai y Vic juegan juntas frente al espejo a arreglarse, luego Kai regresa al espacio de la casita con las otras niñas. Dia arma una nave que capta extraterrestres. Vic toma un juego de armar como el de dia y me dice – conste que usted ve todo lo que estoy sacando. Dia comenta – ya destruí el cubo, ahora me falta y pregunta si subiremos al dormitorio, le contesto que iremos al patio y ella argumenta que quería subir al dormitorio pero que podemos ir primero al patio, le señalo que es una buena propuesta y que</p>		

consultaremos para ver qué opinan las demás. Dia va por su cuaderno para enseñarme una canción. Salen a comer la colación que consiste en una mandarina. De regreso Kai reanuda el juego en el espacio de la casita con otras dos niñas, hace papel de una mamá que acusa a los niños por teléfono y arregla lo que los otros desarreglan. Vic elige una calabaza para dibujar y Dia lo hace también y después van a jugar a la escuelita, Dia hace el papel de una maestra estricta que dirige todas las actividades. Kai observa a los niños que juegan futbolito luego nos unimos al juego de la escuelita y las hago reir un poco haciendo el papel de una niña rebelde. Al final les comento que la próxima sesión será la última y que haremos una posada para despedirnos.

ANÁLISIS

Las niñas profundizan en sus emociones en juegos de parejas y en grupo con otros niños y al final, de manera espontánea en un juego simbólico organizado. Vic puede acercarse a Kai sin la presencia de Sar.

De la sesión anterior se desprenden los siguientes resultados

SESIÓN 9

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC			X	X	X
2. DIA			X	X	X
3. LES(baja)					
4. KAI			X	X	X
5. SAR			X	X	X
				Esponáneo 30 min.	Esponáneo 30 min.

Desaparecen el juego solitario y paralelo y predomina el juego en grupo.

Ficha de observación diez.

Sesión Diez	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que los participantes exploren de manera espontánea sus posibilidades de comunicación y convivencia con los otros. -Que los participantes logren establecer juegos grupales de mayor complejidad en el nivel de comunicación y organización. -Preparar al grupo para el término de las sesiones 	<p>Escenarios y materiales;:</p> <p>Tres horas: Patio trasero:</p> <p>pasamanos, columpios, pelota, bicicletas, piñata, dulces</p>
<p>Desarrollo:</p> <p>En esta sesión salimos al patio y Sar se mostró molesta desde el principio por la presencia de Kai entonces le señalé que todas tenían derecho de participar y que en esta última sesión podríamos disfrutar y celebrar, entonces se enoja más y sube a un árbol, intento decirle que entiendo que esté enojada por haber sido suspendida en la sesión anterior pero que no puedo permitir el maltrato entre ellas, ella debe saber que el maltrato no debe permitirse y que entre ellas les conviene apoyarse y tratarse con respeto ya que están compartiendo ese espacio y que de ellas depende estar lo mejor posible y hacer amigas , no accede a bajar del árbol y entonces organizo que rompamos la piñata y guardo algunos dulces para ella. Una de las niñas le da sus dulces y continuamos con la reunión sin decirle nada más, después de un rato decide unirse a la conversación mientras comemos algunos dulces, luego deciden jugar en una resbaladilla y se unen en un juego espontáneo , todas participan Kai, Sar, Vic y Dia. El juego consiste en que se arremolinan para no caer y la que finalmente cae corre a subirse y empuja a la de enfrente, el juego se vuelve más caótico y divertido, las niñas ríen. Les anuncio el cierre en 5 minutos para que vayan dándole el fin a su juego. Realizo el cierre de la sesión comentándoles lo importante que fue verlas jugar y divertirse juntas sin ningún conflicto, expresé también mi deseo de que continúen así y puedan arreglar sus diferencias expresando lo que sienten y piensan sin agredir o lastimar a los demás.</p>		

ANÁLISIS
En esta sesión se realizaron actividades dirigidas y al final ellas entraron en un juego auto-organizado y con reglas en el que mostraron el nivel más alto de disfrute y contacto sin ningún conflicto, tal vez este tipo de juego en grupo corresponde al de niños más pequeños pero resultó un gran adelanto en cuanto al tiempo en que lograron sostenerlo y establecieron las reglas de manera implícita pero flexible, la finalidad de todas ellas fue la misma, divertirse y fue la mejor manera de terminar el proceso.

De la sesión anterior se obtienen los siguientes datos:

SESIÓN 10

SUJETO	TIEMPO EN MINUTOS QUE PASAN LOS SUJETOS EN CADA TIPO DE JUEGO				
	SOLITARIO	PARALELO	EN PAREJA	EN GRUPO ASOCIATIVO	EN GRUPO COOPERATIVO
1. VIC					X
2. DIA					X
3. LES (baja)					
4. KAI					X
5. SAR					X
					Dirigido 90 min. 90 min. espontaneo.

Se logró un juego grupal espontáneo de 90 minutos y ya no se presentó el juego solitario, paralelo o en parejas, lo cual indica un cambio importante en la forma en que las niñas se relacionan a través del juego, es decir con una mayor capacidad de establecer relaciones exitosas con los demás, esto es, denota una mejora en su competencia social.

En la siguiente tabla se concentran los tipos de juego presentados durante las sesiones y en el caso del juego grupal se registra también la duración:

No. De Sesión	Solitario	Paralelo	En parejas	En grupo asociativo	En grupo cooperativo	Total juego grupal espontaneo
1	X	x	x			
2	X	x	x	10 min.		10 min.
3	X	x	x			
4	X	x	x	50 min. dirigido	10 min.	10 min.
5		x		60 min dirigido		
6		x	x		30 min.	30 min.
7	X	x	x	40 min.	80 min.	120 min.
8		x		30 min.	60 min.	90 min.
9			x	30 min.	30 min.	60 min.
10					90 min. dirigido 90 min. espontaneo.	90 min.

En esta tabla concentrada se observa:

En la primera sesión las niñas no jugaron en grupo, por lo cual en la línea base hay ausencia de juego grupal en un periodo de 180 minutos, con un predominio de juego paralelo en el cual la interacción es nula. Las niñas se encuentran por debajo del nivel de desarrollo social esperado para su edad.

El juego va cambiando de un nivel de juego rudimentario de poca interacción (solitario y paralelo), hacia un tipo de juego de mayor interacción (paralelo y el grupal)

El juego solitario y paralelo no se presentan en las tres últimas sesiones

El juego grupal espontaneo aumentó su duración y permanencia a partir de la 6ª sesión hasta la 10ª

En la 7ª sesión se obtuvo el mayor tiempo en el juego grupal espontaneo

En la 10ª sesión se obtuvo el mayor tiempo de juego grupal cooperativo espontáneo.

Comparando la línea base de 0 min. de juego grupal espontáneo, con los 120 min. obtenidos en la séptima sesión podemos obtener las siguientes conclusiones:

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La hipótesis de esta investigación señala:

“Si aplicamos la terapia de juego grupal centrada en el niño a un grupo de niñas maltratadas institucionalizadas, entonces su competencia social aumentará”.

Por tanto, en base a los resultados obtenidos con la técnica cualitativa de observación se acepta esta hipótesis de trabajo, No obstante, tratándose de un estudio exploratorio cualitativo y que no solo se aplicó la técnica de juego libre, sino también técnicas de reforzamiento y actividades dirigidas de la terapia cognitivo conductual, e incluso algunas interpretaciones del juego simbólico de corte psicoanalítico, cabe hacer la propuesta de nuevas investigaciones donde exista un control más riguroso de las variables, del espacio y de los materiales, así como una observación más rigurosa que permita medir el tiempo que pasa cada participante en cada tipo de juego. Adicionalmente se concluye que:

- Siguiendo a Bakeman (1989) si hay una transición en el tipo de juego que indica la transición de estadios de menor madurez a mayor madurez de la competencia social.
- La terapia de juego con enfoque centrado en el niño es muy conveniente para este tipo de población que requiere de aceptación, tolerancia, confianza en sus capacidades y respeto por la totalidad de su persona, para poder integrarse y lograr el auto-conocimiento y la adaptación al medio.
- Siguiendo a Axline (2004), el brindarle a las niñas un ambiente seguro para explorar sus capacidades de acción y decisión posibilita el libre cauce del crecimiento personal y el establecimiento de una relación activa, positiva y reconfortante con los otros y con el medio, lo cual para muchas de ellas resulta un descubrimiento, ya que su historia esta marcada por la inseguridad, la agresividad, la amenaza y la pérdida.
- Este tipo de trabajo psicoterapéutico grupal representa un ahorro de recursos a corto y largo plazo, se logran avances en poco tiempo y en varias niñas (os), e implica un intento de romper el círculo de la violencia en las futuras madres, por lo cual representa una medida preventiva, pero sobre todo es posible que contribuya a mitigar el sufrimiento de seres humanos en el presente y a futuro.

- El objetivo de desarrollar la competencia social fue cubierto a nivel grupal y se reflejó en el aumento en la frecuencia duración y disfrute del juego en grupo, así como la inclusión de todas las participantes, aunque los procesos de cada niña deben ser continuados en terapia individual y queda abierta la posibilidad de afinar la investigación en posteriores experiencias.
- El acercamiento a las realidades planteadas en los expedientes de cada niño constituye un choque emocional, pues en muchos casos revelan historias absolutamente adversas y contrarias a cualquier lógica de cuidado o de humanidad al interior de las familias de estos pequeños. Superar este momento implica atravesar por un proceso que permita al fin manejar adecuadamente el estrés y tener la fuerza interna suficiente para ofrecer a los niños un buen servicio psicoterapéutico.
- Considero un acierto, la posibilidad de destinar una parte de la sesión para el juego no dirigido de ejercicio, ya que las niñas requieren canalizar una gran cantidad de energía acumulada en sus rutinas diarias caracterizadas por un gran sedentarismo.
- Uno de los aprendizajes más significativos que me ha dejado esta experiencia fue precisamente el hecho de que los niños y niñas, a pesar de haber atravesado por situaciones de sometimiento y maltrato de diversa intensidad, en su mayoría, siguen teniendo una gran fuerza interna que les permite la adaptación al medio y seguir teniendo la posibilidad de juego, diversión y transmisión de afecto hacia los demás.
- Tuve la oportunidad de practicar la evaluación con diversas técnicas psicométricas y proyectivas. En cuanto al tratamiento pude practicar la intervención en crisis, la terapia breve y de largo termino tanto a nivel individual como grupal para lo cual utilicé técnicas derivadas de las teorías fundamentales como el psicoanálisis, el conductismo, la gestalt y de manera prioritaria la teoría humanista centrada en el niño cuyos principios dirigen y orientan el presente trabajo.

VII. LIMITACIONES

- Sería muy importante para próximas experiencias contar con el apoyo de otra terapeuta para poder registrar el tiempo que cada niña ocupó en cada tipo de juego, sesión por sesión, lo que permitiría realizar un tratamiento estadístico que revelara más detalles al respecto.
- Dado que en albergue la población tiene una permanencia variable me parece acertada la modalidad de trabajo intensiva de tres horas semanales que permite profundizar en el trabajo con mayor rapidez aunque quince sesiones permitirían reforzar la hipótesis. De igual manera sería pertinente manejar un grupo de control registrando una sesión y después de las quince sesiones sin intervención volver a tener una sesión de registro con este grupo.
- La prohibición institucional para el uso de cámara de video o grabadoras constituye una limitación.
- La reducción del número de participantes sería muy útil también en cuanto a la posibilidad de las interacciones verbales de la terapeuta con cada niña o niño, lo cual podría redundar en un mayor avance de los procesos individuales.
- También sería importante cerrar el rango de edad de manera que se trabaje una sola etapa del desarrollo.
- Es importante comentar que el maltrato detectado y acotado en los expedientes no ha sido tan extremo como el que se presenta en los casos de abuso sexual. Es factible extender la investigación hacia este otro segmento de población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Axline, V. (2004). *Terapia de Juego*. México; Diana.

Bakeman, R. (1989). *Observación de la interacción, introducción al análisis secuencial*. Madrid, España; Morata, S.A.

Brena, S. I. (2004). *El Derecho y la Salud: Temas a Reflexionar*. Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México; México.

Centro de Estudios Sociales y de Población (CESOP), (2005), *Violencia y maltrato a menores en México. Reporte Temático No. 1*. [en línea]. México: Cámara de Diputados. Recuperado el <9 de diciembre de 2009> de <www.camaradediputados.gob.mx>

Carter, L., Kay, S.J., George, J.L. y King, P. (2003). Treating children exposed to domestic violence. *Journal of Emotional Abuse*, 3 (3/4), 183-202.

Cerezo, C. M. V. (2005). Neurobiología del niño maltratado. En M. Jiménez (coord.). *Caras de la violencia familiar*. (pp.183- 193). México, D.F.; Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Cortés, M. R. y Cantón, J. (1997). Definición, incidencia y causas del maltrato infantil en el contexto familiar. En J. Cantón y M.R. Cortés (eds.). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. (pp. 1-72). España; Editorial Siglo Veintiuno Editores.

Chalk, R., Gibbons, A. y Scarupa, H. J. (2002). *The multiple dimensions of child abuse and neglect. New insights into an old problem. Child Trends*. [En línea] Fecha de último acceso: 21 de junio del 2006. Recuperado de <www.childtrends.org/files/ChildAbuseRB.pdf>.

Delval, J. (1994). *El Desarrollo Humano*. México; Siglo XXI.

DIF-PREMAN. (2005). *Maltrato infantil*. [en línea]. México: DIF. Recuperado el <20 de julio de 2006>, de <www.dif.gob.mx>

Escandón, C. (2000) . ¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México). En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. México Universidad Autónoma del Estado de México. Pág. 17

Ford, J.D. (2002). Mortalidad por homicidio en niños 1979-1990. *Salud Pública de México*, 36 (5), 529-537.

Frenk, Julio. (1993). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México; Fondo de Cultura Económica.

Fromm, E. (1974). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires, Argentina, Paidós.

Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos. Enfoque ecológico sobre el maltrato de niños y de adolescentes*. Barcelona, España; Ediciones Granica.

Giaconi G. J. (1994). *Los desafíos de la Salud Pública*, [en línea]. Chile; Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el <15 de septiembre del 2009> de [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud Publica/1_1.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_1.html)

Gonzalez, C. (2000). *El establecimiento de competencia social a través de un procedimiento de imagen guiada como una estrategia preventiva de disfunción psicológica*. Trabajo de grado, Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.

González-Serratos R. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva y Sociedad*, 6-7,14-17.

Higashida, H. (1990) *Ciencias de la Salud*. México; McGraw-Hill.

Ley General de Salud (1984). *Diario Oficial de la Federación* [en línea] México: Secretaria de Salud. Recuperado de < http://evaluacion.salud.gob.mx/metas_pns/metas_pns.htm>

McGee, R. y Wolfe, D.A. (1991). Psychological maltreatment toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, 3, 3-18.

Medina M., y Villatoro J. (2005). *La epidemiología de la salud mental en México*. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo "La salud mental en México. Retos y perspectivas" [en línea]. México: Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). Recuperado de <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>.

Motz, A. (2001). Mortalidad por homicidio en niños 1979-1990. *Salud Pública de México*, 36 (5), 529-537.

Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México, D.F.; Cengage Learning.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. WHO. (documento WHO/HSC/PVI/99). (29–31). Geneva, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6. Pág. 25

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Perea, M.A., Loredó, A.A. y Corchado, C.S. (2005). Situación actual de la atención a los menores víctimas de violencia. En: M. Jiménez (coord.) *Caras de la violencia familiar*. (pp. 169- 182). D.F., México; Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Quiroz, N. (2005) *La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial*. Trabajo de grado, Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ramos, L., González-Forteza, C. y Caballero, M.A. (2000). Los testigos de la violencia doméstica: prevalencia y sus repercusiones en la sociedad. *La Psicología Social en México* Vol. VIII: pp. 548-554. México: AMEPSO

Rice, P. F. (1997) *Desarrollo Humano*. México; Pearson, Prentice Hall.

Santamaría G. (1992). El maltrato infantil o maltrato social. *El Maltrato a los niños sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional*. (Vol. II 201-206). D.F., México; Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil.

Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Salud Mental. México. ISBN 968-811-994-6.

Schaefer (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México, Manual Moderno.

Silverman, A.B., Reinherz, H.Z. y Giaconia, R.M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*. 20(8), 709-723.

Stien, P.T. y Kendall, J. (2004). Psychological trauma and the developing brain. **Neurologically based interventions for troubled children**. Nueva York, EE. UU.: Haworth Maltreatment & Trauma Press/The Haworth Press, Inc.

Tapia C. (2005) El Derecho a la Protección de Salud Pública, en Ingrid Brena Sesma, *Salud y Derecho*, UNAM, México, p. 152.

Trejo, H.J. (2005). Atención integral al niño maltratado. Un enfoque desde la salud pública. En: M. Jiménez (coord.) *Caras de la violencia familiar*. (pp.195-206). D.F., México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Teva, I. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. *Psicología y Salud*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Vol. 14, (1). Pags. 229 – 235

West, J. (2000). *Terapia de Juego centrada en el niño*. México, Manual Moderno.

Widom, C.S. y Maxfield, M.G. (2001). *An update on the 'cycle of violence*. Washington, DC: National Institute of Justice.

Wolfe, D. (1991). *Programa de conducción de niños maltratados*. México; Trillas.

Wood, J., Foy, D.W., Goguen, C.A., Pynoos, R. y James, C.B. (2002). Violence exposure and PTSD among delinquent girls. En: R. Greenwald (ed.) *Trauma and juvenile delinquency. Theory, Research, and Interventions*. (pp. 109-126). Nueva York, EE.UU: Haworth Maltreatment & Trauma Press/The Haworth Press, Inc.