



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

SOBRE EL PAPEL DE LA RESILIENCIA INFANTIL EN LA TAREA
DE SOBREPONERSE A SITUACIONES DE ABUSO Y/O ABANDONO
EJERCIDA POR LOS CUIDADORES PRINCIPALES: UNA
EXPERIENCIA EN CENTRO AMANCER PARA NIÑOS (SNDIF).

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
DANIELCAMPOS GARCÍA

DIRECTORA:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

REVISORES:

Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado Mtro. José Luis Sánchez Gámez



Ciudad de México

Agosto, 2017



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.

AGRADECIMIENTOS.

Ante la Imposibilidad de mencionar a todas aquellas personas que me han acompañado durante mi formación profesional, ética y emocional; me limito a manifestarles mi absoluta gratitud y deuda con cada uno.

Sin embargo, me resulta necesario reconocer el cariño y apoyo de cada uno de mis hermanos, quienes con su ejemplo y dedicación me facilitaron comprender que la vida es como un barco en el mar y, que la entereza del corazón es el mejor timón que tenemos para llegar a buen puerto.

Maestro José Luis Sánchez Gámez, siempre con la disposición de apoyar, Maestra Karina Beatriz Torres Maldonado, un gran ejemplo de excelencia, Maestra Inda con su visión de nuestra profesión y su compromiso social, Maestra Lucy siempre proporcionando nuevas formas de enfocar las problemáticas y a la Dra. Mariana Gutiérrez Lara por su siempre asertiva forma de corregirme, infinitas gracias. Ha sido un honor formar parte de la comunidad y aprender de cada uno de ustedes.

Y a mi esposa Xochitl Prado Hernández, compañera de viaje en esta vida. Te agradezco pues tu cariño incondicional y apoyo me ha permitido significar el esfuerzo como un impulso natural el establecimiento de un estado de bienestar.

ÍNDICE.

RESUMEN.....	1
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	2
Objetivos del programa de Servicio Social.....	2
CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.....	3
Misión.....	3
Visión.....	4
Objetivos generales.....	4
Objetivos específicos.....	4
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	5
Actividades realizadas.....	6
OBJETIVOS DEL INFORME DEL SERVICIO SOCIAL	7
SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	8
Vulnerabilidad Infantil.....	8
Maltrato Infantil, un dolor acallado.....	12
Validando el Maltrato (te pego porque te quiero)	16
Primera Infancia (la más frágil oportunidad)	20
El apego, eje central de la resiliencia.....	27
Resiliencia. Un anhelado bienestar.....	38
Genealogía del concepto.....	38
Incidencia de la falta de parentalidad sobre la resiliencia.....	44
Operativizando el constructo resiliencia.....	46
RESULTADOS OBTENIDOS.....	59

Reporte de casos.....	62
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	77
Limitaciones inherentes al trabajo realizado durante el Servicio Social..	77
Aprendizajes obtenidos durante la prestación del Servicio Social.....	79
Propuesta de intervención.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	88
APENDICES O ANEXOS.....	90

1. RESUMEN:

El presente informe tiene como objetivo dar a conocer la experiencia obtenida durante mi prestación de Servicio Social en el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia a través del programa de "Asistencia Social a Personas en Estado de Abandono con Características de Vulnerabilidad" con la población asistida en el "Centro Amanecer para Niños".

Su desarrollo contempla una breve descripción del contexto del servicio social; así como algunas características de la población atendida en esta institución. El Servicio Social se realizó brindándole atención a la población albergada en el "Centro Amanecer para Niños". Todos ellos varones de entre nueve y trece años quienes habitan estas instalaciones a consecuencia del maltrato y/o abandono ejercido por sus familiares o cuidadores principales.

El soporte teórico del mismo busca atender algunos datos sobre la situación actual del maltrato infantil, así como esbozar los postulados centrales de la teoría del apego y algunos temas afines como la formación de memorias emocionales que nos permitan arrojar luz sobre el proceso de "resiliencia", pues los conocimientos sobre este constructo pueden ser una excelente herramienta para el trabajo con la población que ha sido víctima de maltrato y/o abandono.

Se presenta un reporte de resultados mediante el análisis cualitativo del estudio de tres casos; a través de los cuales se pudieron retomar diversas aportaciones de los estudiosos de la infancia temprana y entretelar estos conocimientos teóricos con la experiencia surgida de estar en "Centro Amanecer" con la finalidad de sumar mi esfuerzo hacia la conformación de un tejido social que favorezca el proceso de resiliencia presente en cada menor asistido por esta institución.

Hacia el final del presente, con base a las observaciones, acciones emprendidas y resultados obtenidos de las mismas se elabora una serie de sugerencias que podrían ayudar a mejorar la prestación de Servicio Social en esta sede.

2. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El programa donde cubrí el Servicio Social se registró en la Dirección de Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México bajo el nombre "Asistencia Social a Personas en Estado de Abandono con Características de Vulnerabilidad" con número de clave 2015-63/5-4176

El Servicio Social se cubrió en un periodo de seis meses. Inició el 03 de agosto del 2015 y finalizó el 03 de febrero del 2016.

Objetivos del programa de servicio social

- Otorgar atención integral a los niños albergados en el "Centro Amanecer" del DIF, buscando fomentar la corresponsabilidad de instituciones civiles, públicas y privadas para la atención de los niños.
- Brindar una atención psicológica personalizada buscando alcanzar una integración familiar, social y productiva que les permita colocarse por sí mismos en condiciones de elevar su calidad de vida y bienestar.

3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

El "Centro Amanecer para Niños" es uno de los nueve centros asistenciales denominados Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Coordinados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) (SNDIF, 2016). Dicha institución fue fundada en 1977 por Carmen Romano (esposa del presidente José López Portillo) fusionando al Instituto Nacional de protección a la Infancia (INPI) con el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) (Becerril, 2013).

Siguiendo al Dr. Gallardo (2010) el surgimiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se dio en una época de protagonismo femenino en

el cual las esposas de los altos funcionarios influían sobre estos promoviendo una política asistencial, en este contexto la influencia que la primera dama ejercía sobre la vida pública le fue otorgando el carácter institucional de presidenta del patronato del DIF.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) concibe la asistencia social como el conjunto de acciones dirigidas a propiciar el apoyo, la integración social y el sano desarrollo de los individuos, familias y grupos de población vulnerable o en situación de riesgo, por su condición de desventaja, abandono, desprotección física, mental, jurídica o social; a fortalecer su capacidad para resolver sus necesidades, ejercer sus derechos y coadyuvar a su reintegración al seno familiar, laboral y social (Larracila Márquez, 2012).

El Centro Amanecer para Niños pertenece al subprograma Atención en Centros Asistenciales, este Centro fue inaugurado en septiembre del 2006, con el objetivo de garantizar la supervivencia y el desarrollo de la población infantil, sus instalaciones tienen la capacidad de albergar una población aproximada de 42 beneficiarios, todos ellos son varones cuya edad oscila de 9 a 13 años de edad.

La población asistida en el Centro Amanecer para Niños presenta características de vulnerabilidad extrema, y claros antecedentes de haber sido víctimas de diversas formas de violencia y abandono ejercido por sus cuidadores principales. "El Centro Amanecer" cubre la función de familia sustituta cuyo modelo asistencial se orienta a promover el sano desarrollo de los menores.

Misión: Coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, promover la prestación y profesionalización de los servicios en la materia, establecer prioridades y la concurrencia de acciones entre los diferentes órdenes de gobierno, los sectores social y privado, para la promoción, prevención y protección de los servicios asistenciales estudiando las causas y efectos de los problemas prioritarios de la asistencia social, para crear soluciones orientadas a modificar y mejorar la calidad de vida que enfrenta la población, que por alguna circunstancia social, jurídica o física se ven impedidos para su desarrollo (SNDIF, 2016)

Visión: Ser una renovada organización que permita a nuestra Institución mediante procesos y sistemas administrativos ágiles, fortalecer la concertación de acciones, el diseño de programas y la aplicación de las políticas públicas, para dar respuesta oportuna a las necesidades y demandas que en materia de asistencia social, presentan las personas y grupos sociales que más lo necesitan, con la perspectiva de multiplicar, sumar programas y recursos orientados al desarrollo integral de la familia, al respeto de los derechos de la infancia y la adolescencia, de los adultos mayores, así como de la población que sufre algún tipo de discapacidad (SNDIF, 2016)

Objetivos Generales

Garantizar la protección y el desarrollo integral de las personas que por alguna situación de vulnerabilidad social se encuentran en riesgo, en situación de abandono o de maltrato, promoviendo el acceso a los satisfactores básicos de desarrollo, al ejercicio pleno de sus derechos y a una formación con sentido humano, que potencie sus capacidades individuales y el acceso a una vida digna.

Objetivos Específicos

- Atender de manera integral a las niñas, los niños, las y los adolescentes sujetos de asistencia social en los Centros Asistenciales y promover su derecho a vivir en familia en el marco de los derechos de las niñas, niños, las y los adolescentes; así como apoyar temporalmente a estos grupos, en el marco de igualdad de oportunidades; equidad de género y fomentar la consanguinidad de los hermanos a través de lazos fraternos.
- Proporcionar alojamiento temporal y atención integral a los niños de 9 a 13 años de edad con vínculos familiares, y que requieren en forma temporal apoyo (dof.gob.mx, 2008).

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El trabajo realizado en “Centro Amanecer” es guiado por el método clínico; de tal manera que para valorar la viabilidad presente para que un niño se beneficie del modelo de asistencia de la institución se realiza una valoración multidisciplinar: médica, psicológica, social y jurídica. La junta interdisciplinaria determina el ingreso o canalización del menor a otra institución más pertinente.

El departamento de psicopedagogía realiza una valoración inicial que contempla al menos tres áreas: perceptomotriz, intelectual y emocional. Los datos obtenidos en la dicha valoración sirven de sustento para diseñar un plan de tratamiento personalizado. En la institución predominan tres modelos de intervención Cognitivo-Conductual, Narrativo y Familiar Sistémico.

Los avances obtenidos de implementar el plan de tratamiento sugerido son monitoreados a través de valoraciones psicológicas subsecuentes, así como de la constante actualización del expediente clínico de cada niño asistido. En Centro Amanecer cada psicólogo clínico es responsable del tratamiento de diez menores aproximadamente, aunque sus funciones no se limitan a ello.

El funcionamiento del albergue considera la interacción colaborativa de todos los integrantes, por este motivo aun cuando cada uno tiene asignada una serie de actividades específicas (propias de su área de conocimientos) la tarea fundamental es velar por el bienestar y desarrollo de la población asistida.

Durante el periodo de prestación de Servicio Social la psicóloga del turno vespertino tomó una licencia para ausentarse por seis meses del Centro, esto generó una redistribución del trabajo. La planeación de actividades en la institución debe contemplar los tiempos necesarios para salir a instituciones externas como hospitales, escuelas, así como convivencias programadas (lazos fraternos) en otros Centros. Todo lo mencionado anteriormente me facilitó insertarme en la dinámica del centro.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- **Apoyo en la aplicación de instrumentos de evaluación y diagnóstico psicopedagógico.** Esta actividad engloba la valoración inicial completa de dos menores cuyas madres (víctimas de abuso intrafamiliar) solicitaban un albergue temporal para sus hijos, la valoración de un menor canalizado por otro albergue debido a su mal manejo de ira, la valoración subsecuente de tres menores con el fin de observar su evolución. La integración de seis baterías psicológicas en base a los protocolos de las pruebas y la información proporcionada por el psicólogo tratante.
- **Apoyo en el monitoreo conductual en salas.** La interacción en salas de uso común con la población albergada en Centro Amanecer me permitía observar el índice de violencia con que se relacionaban los menores en su vida cotidiana, así como algunos ejes significativos de su vida afectiva. Esta información resultaba útil para reorientar la intervención psicológica llevándola en ocasiones a nivel preventivo.
- **Intervención en crisis, contención emocional con supervisión de titular y atención psicológica.** Esta actividad representó el mayor reto, y para llevarlo a buen fin fue necesaria la asesoría y supervisión constante de la Maestra Zhenia Hernández Zárate psicóloga titular del Centro Amanecer. La población albergada presenta características de vulnerabilidad extrema, por lo que es deseable que todo el personal cuente con herramientas para realizar contención emocional, intervención en crisis y en algunos casos extremos contención física. Estos procedimientos se realizaban con apego a un protocolo, según el cual, durante la contención física debía estar presente una autoridad del Centro y un oficial de seguridad, mi participación fue de apoyo a las acciones realizadas por los psicólogos titulares del Centro.

- **Participación en los procesos psicológicos que se manejan mediante los programas establecidos en el área.** Durante el mes de agosto los niños que rebasan el límite de edad en Casa Cuna Tlalpan y Casa Cuna Coyoacán son trasladados a Centro Amanecer el programa para recibirlos contempla que el departamento de psicopedagogía realice un curso de inducción que dura 10 sesiones y está encaminado a generar un sentido de pertenencia, la introyección de normas y reglas de convivencia y la prevención del abuso sexual.

5.OBJETIVOS DEL INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

- El presente informe tiene la finalidad de dar a conocer la experiencia que se tuvo durante la realización del Servicio Social en el Centro Amanecer para Niños del DIF, así como realizar una sistematización y análisis de las acciones realizadas para obtener una autoevaluación.
- En base al análisis de los procedimientos realizados durante el Servicio Social realizar una propuesta enfocada a mejorar la dinámica de trabajo.

6. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

*"La historia de la infancia es una pesadilla de la que
hemos empezado a despertar hace muy poco"*

Lloyd de Marcuse.

1. Vulnerabilidad Infantil.

Abordar el estudio de la vulnerabilidad infantil implica conceptualizar un fenómeno en el que convergen los saberes de diversas disciplinas como la sociología, el derecho y la psicología. Dichos enfoques realizan sus aportes teóricos y metodológicos con el afán de ir estructurando una solución a esta creciente problemática. Como punto de partida resulta indispensable realizar un breve recorrido acerca de lo que se comprende por Vulnerabilidad Infantil.

Jorge Barudy (1998) retoma las observaciones de los antropólogos en relación con el comportamiento altruista y su necesidad para la preservación de las familias de diversas especies del reino animal. De forma análoga en familias suficientemente sanas se espera un apego que permita vinculaciones afectivas encaminadas a promover y proteger la vida, así como facilitar el crecimiento de sus miembros.

Sin embargo, en realidad las cosas suelen trastocarse dejando a los menores en un estado de desprotección en el cual la probabilidad de que se presenten alteraciones en el curso normal de su desarrollo se incrementa. La constante exposición a factores aversivos suele generar estados crónicos de malestar y disfuncionalidad.

Villanueva Badones & Clemente Estevan (2009) consideran que el menor de edad frente al adulto, presenta muchas más probabilidades de convertirse en víctima, quizás debido a algunas de sus características intrínsecas: mayor dependencia de los adultos, menor autonomía, menor status social (debilidad física, ausencia de poder social, adquisitivo, etc.).

Los malos tratos en la infancia poseen una larga historia en este sentido cabe mencionar la tesis de Jorge Garaventa (2005, pág. 265):

"los abusos y maltratos están en todas las geografías (...) constituyen la otra cara de la violencia, la más corrosiva, la más invalidante, aquella que las víctimas temen y se avergüenzan de denunciar. Invisible y silenciosa, va carcomiendo la columna vertebral de las sociedades que insisten en tolerarlas y naturalizarlas"

Lloyd de Macuse (citado en Gilbert, 2005, pág. 60) nos dice:

"la historia de la infancia es una pesadilla de la cual hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuanto más se retrocede en el pasado (...) más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales".

Barudy (1998) reconoce que la problemática de la violencia infantil también permea a las clases favorecidas, sin embargo, en estas últimas la violencia está más camuflada y sus consecuencias son abordadas de un modo más discreto. Dando el resultado paradójico de que en nombre de la <<respetabilidad>> estos niños sean a veces los más desprotegidos.

Con el concepto de vulnerabilidad infantil se busca abordar el amplio fenómeno de la niñez en riesgo; aun cuando a nivel teórico este concepto busque cierta universalidad su uso común suele irse matizando con las construcciones sociales que existen en torno a él en cada comunidad. Como se mencionó anteriormente es necesario recurrir a la literatura sobre vulnerabilidad infantil con el fin de seguir avanzando en su comprensión.

La vulnerabilidad definida en el moderno ámbito de las ciencias de la salud adquiere muchos y variados significados siguiendo a Rodes Lloret, Montero Olmos y Pastor Bravo (2010) no podemos hablar de vulnerabilidad sin aproximarnos a otros como conducta de riesgo, percepción de riesgo, factor de riesgo y sus contrarias.

Para Burak (citado en Rodes Lloret & cols., 2010, pág. 8) el concepto de vulnerabilidad tendría tres momentos fundamentales:

- La vulnerabilidad, cuando es valorada, solamente refleja el momento puntual en el que se hace y para el problema que se está estudiando. Este análisis

se podría seccionar en tres procesos: el inmediato (como vulnerabilidad aguda); el latente (como riesgo posible de ocurrencia a corto plazo); y el futuro (como riesgo de poder producir consecuencias a largo plazo).

- Debe medirse en cada ocasión que sea necesario, estableciendo el nivel de la vulnerabilidad actual y el nivel de riesgo y/o daño al que se expone con esa vulnerabilidad.
- El análisis de la vulnerabilidad tiene que estar en función del daño y/o daños posibles en relación a la interacción con los factores de riesgo, los factores protectores y otros comportamientos presentes cuando se lleva a cabo la valoración de la misma.

El sociólogo Olivo Pérez (2013) menciona que en un documento sobre niños y adolescentes sin cuidados parentales elaborado por la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF, 2010), se realiza la frecuentemente socorrida práctica de definir diversas expresiones de vulnerabilidad: las dificultades de acceso a la salud, la vida en familias monoparentales, el embarazo adolescente, el trabajo infantil, la dificultad de acceso a la educación, uso de drogas y delincuencia, catástrofes naturales y migración, etc.

En el contexto latinoamericano la evaluación de la vulnerabilidad infantil debe contemplar el incremento de la pobreza como uno de sus generadores, en este sentido Olivo Pérez (2013) conceptualiza la vulnerabilidad como parte de una constelación de conceptos que en los últimos años se han vuelto de uso común en América Latina. En consecuencia, el fenómeno de las vulnerabilidades se enmarca dentro del fenómeno más amplio de la pobreza sin reducirse al mismo.

Para el UNICEF (2016) los niños y niñas huérfanos y vulnerables son aquellos que carecen de la protección más inmediata con que cuenta un niño: los progenitores. Entre los casos más comunes figuran los niños y niñas que, con carácter transitorio o permanente:

- Han perdido a sus progenitores o tutores (niños y niñas huérfanos).

- Han perdido el contacto con sus progenitores. Es el caso, por ejemplo, de los niños y niñas de la calle, los niños y niñas abandonados, deportados o refugiados.
- Han sido separados de sus progenitores, como ocurre cuando los padres o las madres son detenidos o alguien secuestra a los niños y niñas.
- Han sido colocados en centros de acogida por sus progenitores o tutores. Por ejemplo, los niños y niñas con discapacidad o los niños y niñas provenientes de familias pobres que son depositados en instituciones.
- Han permanecido durante largo tiempo bajo atención hospitalaria debido a enfermedades como el VIH.
- Han sido reclusos en centros educacionales, reformatorios, correccionales o centros penitenciarios como resultado de una resolución judicial o administrativa. Por ejemplo, los niños y niñas sospechosos de delincuencia o que han sido condenados, o niños y niñas que solicitan asilo infantil.

Aun cuando las causas varían significativamente en cada caso es importante enfatizar que "la separación de los progenitores y la familia resulta por lo general perjudicial" la ausencia de la guía y protección de una persona adulta suele incrementar la vulnerabilidad inherente a la infancia (unicef, 2016).

2. Maltrato Infantil, un dolor acallado.

Idóneamente la familia constituye el espacio nutricional y facilitador para el desarrollo de los menores, sin embargo, esta deseable plataforma de la infancia a menudo es trastocada por la violencia "la violencia puertas adentro ha sido difícil de detectar y dimensionar, quizás lo más complejo sea aceptar que quienes se espera que protejan –en general los padres– sean precisamente quienes golpean, agreden, amenazan, castigan o abusan" (Larrain & Bascuñan, 2009, pág. 5)

La situación real del maltrato infantil en nuestro país es un fenómeno cuyos límites se difuminan, ahogados en la negación de una sociedad civil que prefiere confiar en el discurso institucional que a menudo informa solo sobre las medidas que se están tomando para combatir esta problemática. Sin embargo, las acciones institucionales no alcanzan a abarcar todos los casos, ni son (aisladamente) suficientes para contrarrestar los efectos de este complejo fenómeno.

La Secretaría de Salud en su Informe Nacional sobre Violencia y Salud (2006) reconoció que en México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades (...) y que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados, y quedan, por tanto, fuera de los registros.

En los diarios locales se pueden encontrar notas que de forma inconexa informan sobre la situación de los menores en algunos hogares: "amarran a un niño a la ventana de su casa (...) para inculcarles el temor a dios" (Excélsior, 26/06/14), D. de un año y cuatro meses de nacida, se aferra a la vida. Tras ser **presuntamente** golpeada y hasta atacada a mordidas por su padrastro y madre (El Financiero 20/04/14), Eduardo Rivera León y Andrea Martínez Pérez de 23 y 22 años (...) mataron a su bebé a golpes y quisieron simular una caída (La Prensa 12/06/16).

Sin embargo, la sociedad civil suele restarle importancia a los focos rojos que prueban que algo va mal. Como en un acto defensivo se pasan de largo las páginas del diario que "hablan" sobre la dolorosa situación de la infancia mexicana, o se colocan estas noticias como algo totalmente lejano, como si este fenómeno pudiera

resultarnos completamente ajeno y, sus consecuencias no tuvieran ninguna incidencia en nuestra vida cotidiana. Esta actitud inconsciente solo contribuye a mantener los actuales niveles de violencia contra la infancia que existen en nuestro país.

La ausencia de un registro que abarque la totalidad de los casos de violencia infantil, dificulta la comprensión de esta problemática, presentándose un efecto "Iceberg" en el que solo resultan visibles aquellos casos extremos en los cuales los menores de edad terminan sufriendo golpizas brutales que llegan a causarles hasta la muerte, mientras en la parte no visible (o simplemente ignorada a voluntad) se encuentran todos aquellos menores para los que el maltrato se va convirtiendo en el único eje sobre el cual se ven obligados a ir articulando su personalidad y estilo de vida.

Entre los estudios que nos permiten dimensionar la magnitud que ha ido alcanzado el maltrato infantil se encuentra el Informe Nacional sobre Violencia y Salud del año 2006, cuyas estimaciones calculaban que, durante los últimos 25 años, dos niños menores de 14 años han muerto asesinados cada día. Además, que **entre un 55 y un 62% de niños y niñas dicen haber sufrido alguna forma de maltrato** (físico, emocional o sexual) en algún momento de su vida (Secretaría de Salud, 2006)

De la síntesis que realiza Ma. Teresa Sotelo (2015) se pueden retomar las cifras de la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, las cuales estiman que hay 412, 456 niños y niñas sin "cuidados parentales" de los que sólo 29, 310 están en 703 instituciones. Cabe mencionar que nuestro país carece de una correcta normalización y supervisión de todos los albergues que existen, de tal manera que resulta imposible garantizar la sanidad de los mismos.

Menciona Ma. Sotelo que en el 2015 la procuraduría de la defensa del menor del DIF reportó: 39, 516 casos de maltrato infantil denunciados, de los cuales, en 27, 675 el maltrato fue comprobado. Estos datos implican un incremento de 9,398 casos confirmados en relación a los registrados en el año 2014. Es importante mencionar que para el desempeño de su función el DIF no cuenta con atribuciones

protocolarias que le permitan exigir cuentas a las distintas instituciones que se encargan de atender a esta población.

Otros datos esclarecedores que se pueden extraer del mismo informe son: el reporte de la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM) acerca de los 23, 000 homicidios de niños y niñas de cero a 17 años registrados del 2006 al 2008. México en el primer lugar de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años, México como primer lugar mundial en pornografía infantil con más de 12, 000 cuentas personales en internet, la ARDF estima que la cantidad de niños que trabajan en la calle rebasa un millón (Sotelo, 2015).

A este oscuro cuadro generado por el maltrato infantil debemos agregar las estimaciones sobre sus costos económicos. Pues "la violencia contra la niñez genera costos de diversa índole en la economía. Un niño golpeado requiere hospitalización y atención psicológica en cerca del 30% de los casos, mientras en el 100% de ellos requiere apoyo psicológico" (Correa López, 2009, pág. 135), estos costos varían en relación con la gravedad del daño sufrido.

Como puede observarse existe una marcada discrepancia entre los datos aportados por las diferentes instituciones, así como la incidencia de elementos culturales como la negación u omisión de la violencia intrafamiliar. Sin embargo, Molina Salazar & cols. (2009) Estiman en un 14% del PIB el costo generado por la violencia infantil. Un costo sumamente elevado para un país que busca desarrollarse, anexando las deficiencias en la distribución del recurso que el estado destina a remediar los estragos de dicho fenómeno.

Las imprecisiones, discrepancias y contradicciones en relación a las cifras sobre maltrato infantil en nuestro país son una constante al momento de abordar el tema:

"La ausencia de un sistema veraz y fiable de información sobre las formas en que se ejerce dicha violencia, así como el monitoreo de sus consecuencias (...) dificulta la tarea de hacerla visible, desnaturalizarla y contar con

respuestas adecuadas de política pública para su prevención y erradicación" (unicef, 2016).

Sin embargo, debemos tener presente que la dificultad para disponer de una base de datos unificada sobre los casos de maltrato infantil se sostiene sobre una cultura de ocultamiento, negación y naturalización de la violencia ejercida hacia los niños. De tal modo que resulta inútil conformarnos con la operatividad cuantitativa del sufrimiento infantil, esta información podría constituir el parteaguas a los cambios jurídicos, sociales y culturales que faciliten una reivindiquen la infancia como una (breve) etapa de la vida.

Validación del maltrato (¡te pego porque te quiero!)

En la actualidad existe un reconocimiento sobre el aumento de esta problemática y en gran medida sobre las causas que la generan, sin embargo, la inversión a nivel preventivo y remedial resulta insuficiente para erradicar este fenómeno. El maltrato infantil en sus diversas modalidades interfiere en el crecimiento y desarrollo de los niños, impactando negativamente a la sociedad al extenderse hacia otras formas de violencia.

Al tratarse de una problemática compleja y multicausal su abordaje debe contemplar un intercambio de saberes entre los profesionales que prestan su servicio para asistir sus consecuencias, a su vez, para que estas acciones alcancen a ser eficaces se requiere de un soporte institucional y un marco legal claro que regule sobre los abusos cometidos hacia la infancia mexicana.

En nuestro país se presenta una tendencia a ver la infancia como una época de desvalimiento e inferioridad en lugar de verla como es en realidad: una etapa de aprendizaje y grandes logros.

El sociólogo Olivo Pérez (2010) afirma que actualmente existen pocos estudios que aborden teóricamente el componente cultural subyacente en el fenómeno del maltrato y/o abandono infantil. Sin embargo, es necesario reconocer que resulta imposible revertir un fenómeno que avanza sobre los ejes de la negación, la ignorancia y la errónea idea de que al adulto le está permitido tiranizar al menor según su libre voluntad.

El Dr. Loredo Abdala (2017) al hablar sobre el maltrato infantil nos menciona:

"Este problema ha sido un compañero de la humanidad; prácticamente, desde que el adulto (**por su superioridad física o intelectual**) abusa o maltrata a los niños"(pág. 9).

La Unicef en su boletín de Julio del 2009 menciona que, en México y Centroamérica, el castigo físico se justifica como un mecanismo que utilizan los padres para corregir

o enderezar las conductas de sus hijos, así, formas de violencia como golpear, pellizcar o patear a los niños y niñas no son consideradas como acciones lesivas.

Este organismo considera que, si buscamos causas de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, tanto en México como en otros países, nos encontraremos con que la percepción social es, en muchos casos, que los niños y niñas son propiedad de los adultos. Y considera que extender la noción de que son sujetos de derechos es a la par todo un desafío, así como una necesidad inherente para la erradicación del fenómeno (unicef, 2016).

En esta línea de investigación Olivo Pérez (2013) plantea que el poder del adulto sobre el niño que la sociedad suele llamar patria potestad, se supone equivocadamente en sí mismo como legítimo, por un lado, por el hecho de que se ejerce en el nombre de los valores ideales del amor, la piedad y la compasión, y por el otro, porque su crecimiento como persona social debe supuestamente de estar dirigido a lo que es considerado como conveniente de acuerdo con determinadas reglas e ideales de lo que es una persona madura.

Para Acevedo Alemán (2010) el significado que cada civilización le ha dado a las agresiones hacia los niños (as) varía ampliamente según las características culturales prevalecientes, siendo algunas veces condenado, pero otras abiertamente favorecido y legitimado. En México de manera particular las prácticas de castigo infantil aún son ejercidas dentro de los distintos escenarios familiares, ya que son vista culturalmente como medios apropiados para corregir y educar a los hijos (as).

Una de las ventajas de reflexionar sobre el maltrato infantil consiste en avanzar en el reconocimiento de algunos sesgos de nuestro pensamiento en relación a lo que representa la infancia pues, "ningún individuo está dispuesto a gozar las verdades, pues estas no son gozables, sino que son intrínsecamente dolorosas" (Olivo Pérez, 2013, pág. 195), llegados a este punto es necesario admitir que hemos ido integrando una sociedad inclinada a solapar los malos tratos hacia la infancia. La

costumbre debe medirse en relación a sus resultados, evitando que al entrelazarse con la ignorancia se teja un manto que favorezca las practicas del maltrato.

La "superioridad" física e intelectual de los adultos tan solo son consecuencia natural del ciclo de vida; este conjunto de habilidades se podría utilizar para impulsar el desarrollo de los menores. Sin embargo, el INEGI registra que en México el porcentaje de madres menores de 20 años se ha incrementado. Entre 1990-2012 en cerca del 20% del total de los partos las madres eran menores de 20 años (Loredo Abdalá, 2017), la pregunta que se abre inmediatamente es ¿una madre tan joven está suficientemente habilitada para la ardua tarea de la crianza?

Nuestro país también adolece por la ausencia de una cultura de denuncia, para Larraín & Bascuñán (2009) algunas de las razones que explican este fenómeno son el miedo a la represalia y al autor de la violencia, vergüenza entre miembros de la familia y la visión persistente de que el abuso es una cuestión privada. Sin embargo, mantener el silencio que rodea a la víctima es encapsular el mal, dejándola a la deriva. Preservar este estado de las cosas solo nos convierte en participantes pasivos a los que poco les importa que las consecuencias del maltrato se agudicen.

La atención del maltrato infantil en nuestro país presenta una paradoja: por un lado, se va presentando una exacerbación real del número de vidas infantiles dañadas, mientras por otro el malestar social que esta situación genera en la población civil descarga su responsabilidad sobre el papel de las instituciones gubernamentales. Esto es, "cuando se dice que se asiste a los niños sufrientes, la no intervención sobre los mismos tiende a ahondarse" (Olivo Pérez, 2013, pág. 200).

Lo cultural tiene un peso crucial en la genealogía del maltrato infantil, aunque la explicación de este fenómeno no puede reducirse a este factor. Hablar del componente cultural es hablar de "el conjunto de tradiciones y estilos de vida socialmente adquiridos por los miembros de una sociedad" (Dulanto Gutiérrez, 2017, pág. 206), por lo tanto, su estudio nos permite ir adquiriendo los elementos necesarios para la evaluación y el diseño de intervenciones eficaces.

Olivo Pérez (2013) sostiene que cualquier tipo de daño y no solamente el de los niños, siempre es parcialmente reparado cuando se comienza por su comprensión. En tal sentido, el primer paso es siempre un paso de esperanza hacia una cura que no admite desviaciones: la verdad de lo sucedido, si es bien asumida, tiende a desatar los esfuerzos de resarcimiento.

Basta de autoengaños y negación, dicha actitud solo ha favorecido "que se dé por un lado el aumento del sufrimiento en infantes, y por el otro, dosis cada vez más fuertes de ideología en los adultos para evadir el problema" (Olivo Pérez, 2013, pág. 200), es necesario que la sociedad civil vea de frente los horrores causados por el maltrato infantil y tome de forma activa el papel que le corresponde en la solución de este problema de salud mental.

El actual incremento del problema del maltrato infantil demanda la participación activa de familia, comunidad e instituciones gubernamentales. Estas deben mantenerse en constante intercambio para lograr un objetivo común: proporcionar a la infancia un entorno digno, en el que la función de los adultos sea cubrir las necesidades básicas de los menores, así como, acompañarlos y fomentar su pleno crecimiento y desarrollo.

"Los adultos podemos ayudar a construir una sociedad no violenta. El desafío ético es colaborar en la formación de mejores personas, familias y comunidades" (María Mateos, 2017, pág. 126), es urgente que la superioridad física, intelectual y económica con que cuentan los adultos se responsabilice de esto "la sociedad actual no puede eludir responsabilidad en el maltrato o destrato a que es sometida nuestra niñez" (Gilberti, Garaventa & Lamberti, 2005, pág. 263).

El influjo del maltrato infantil tiende a deteriorar la calidad de vida de nuestra población, esta problemática demanda la revisión de los actuales modelos de crianza, del mismo modo; exige una divulgación acerca de los conocimientos sobre el significado de esta etapa de la vida. La agudeza de esta problemática requiere urgentemente un proceso de reeducación que nos permita comprender la necesidad de facilitar a los menores un ambiente favorable a su desarrollo.

Primera infancia (la más frágil oportunidad)

El ser humano llega al mundo incapaz de autosatisfacer sus necesidades básicas para subsistir. El recibir atención inmediata (proporcionada en centros médicos o por una partera), así como el abastecimiento de los nutrientes necesarios, la protección en un espacio seguro, etc. son responsabilidades que recaen sobre las personas que lo reciben en el mundo. De tal modo que para continuar su desarrollo depende completamente de la atención que le brinden sus cuidadores.

Los cuidadores principales se convierten rápidamente en el ancla más importante del recién nacido, estos son los encargados de construir la plataforma de su desarrollo, “los seres humanos nacemos siendo seres inmaduros; esto implica que al mismo tiempo que tenemos una capacidad incomparable de aprender, experimentamos una dependencia absoluta a todos niveles” (Gonzalo & Pérez Muga, 2012, pág. 53) de aquí la crucial dependencia que experimentamos de los adultos.

Siguiendo a Loredó Abdalá (2017) en México uno de cada cinco partos ocurre en mujeres menores de 20 años de edad. Estos jóvenes se convierten en padres obligados a utilizar los recursos (pocos o suficientes) disponibles hasta ese momento para encarar la responsabilidad inherente a la paternidad. En estos casos es común que otros integrantes de la familia (abuelos, tíos, hermanos/as) contribuyan como proveedores en las necesidades del nuevo integrante de la familia.

La dependencia del nuevo integrante de la familia suele convocar la asistencia por parte de otros miembros, sin embargo, dicha participación no siempre es tan positiva como se anhela e invariablemente es deseable que el menor cuente con la supervisión y cercanía de un cuidador principal (el cual le facilitará organizar su mundo afectivo) “el desarrollo del psiquismo humano empieza fuera de la persona, en otro que decide vincularse a la persona y que, existiendo para él o ella, la persona adquiere consciencia gradualmente de su existencia y desarrolla sus capacidades” (Horno, 2009, pág. 69).

Al estar cerca de un menor debemos mantener presente la postura de Luis Gonzalo & Muga (2012) para quienes creer que “con el amor se cura todo y que lo que ha ocurrido con anterioridad se olvida” (pag. 18) solamente constituye un mito (hablando de maltrato infantil), el trauma se graba en las memorias emocionales e impele al niño a actuar conforme al mismo (con unas tendencias de acción de orden inferior, de supervivencia, como huir, evitar, atacar) ante una situación que puede recordarle la experiencia dura del pasado.

La infancia temprana es una etapa de suma fragilidad como puede observarse: “el cerebro de un recién nacido tiene al nacer un 25 por ciento del peso que tendrá de adulto. En su segundo cumpleaños, el cerebro tiene el 75 por ciento de su peso de adulto” (Santrock, 2006, pág. 138). Siguiendo a Gonzalo & Muga (2012) durante los tres primeros años la capacidad craneal aumenta de un de un veinticinco a casi el noventa por ciento de su desarrollo final, configurandose circuitos neuronales que perduraran en el tiempo.

La primera infancia es medular en el desarrollo psicológico del nuevo ser “las transformaciones cualitativas que experimenta el niño durante los tres primeros años son tan significativas que algunos psicólogos, al estudiar dónde está la mitad del camino del desarrollo psíquico del hombre, desde el momento de su nacimiento hasta la edad madura, lo ubican en la edad de los tres años” (Sergueyevna Mujina, 2015, pág. 121).

La compleja organización del nuevo ser se va configurando mediante la interacción de diversos factores, siguiendo a Horno (2009) partiendo de un bagaje fisiológico y genético y de al menos una relación vincular, se genera el desarrollo afectivo. Sobre este desarrollo se construye el desarrollo cognitivo, aprendiendo, filtrando toda la información desde los modelos afectivos e incorporando la información y estrategias relevantes que las figuras vinculares han ofrecido a la persona.

Para Siegel D. (2010) Desde los primeros días de vida los bebés perciben el contexto que les rodea. La investigación ha demostrado que los bebés son capaces de demostrar el recuerdo de experiencias en forma de aprendizaje conductual,

perceptual y emocional. Las investigaciones han mostrado lo activos que se comportan los bebés en la comprensión de su medio y el consecuente desarrollo de memorias implícitas.

El neurodesarrollo contempla un programa genético predeterminado, según Flores Lázaro & Ostrosky-Shejet (2012) desde su conformación inicial hasta al menos la segunda década de vida posnatal, el cerebro humano presenta una secuencia particular de desarrollo. Las secuencias, etapas y características del neurodesarrollo se encuentran genéticamente predefinidas, pero en algunos aspectos la expresión genética depende en gran parte del medio ambiente.

El estudio de la epigenesis del neurodesarrollo ha facilitado la comprensión de diversas etapas (desarrollo axonal, mielinización, parcelación), así como la influencia de los principales factores ambientales que pueden interferir sobre el mismo (el consumo de sustancias tóxicas, exposición prolongada al estrés, etc.). con la finalidad de tener un acercamiento a estos saberes atendemos a la división general del neurodesarrollo en dos grandes etapas: neurogénesis y maduración.

La neurogénesis (formación del sistema nervioso) se lleva a cabo durante las primeras 20 semanas de gestación. A partir de la semana 20 de vida intrauterina se lleva a cabo el crecimiento neuronal y la maduración la cual culmina iniciada la adultez con la maduración de las regiones corticales conocidas bajo el nombre de áreas prefrontales. Sin embargo, como mencionan lo mencionan Rosselli, Esmeralda, & Ardila (2010) “tanto la neurogénesis como la maduración dependen de influencias genéticas y epigenéticas”.

Para Rosselli, Esmeralda, & Ardila (2010) el nacimiento no es una marca particular del proceso biológico madurativo, pues durante la neurogénesis se lleva a cabo la formación de manera precisa y secuenciada de cada una de las partes que conforman el SN, seguido de la maduración propiamente dicha. Durante la etapa fetal ocurren los procesos esencialmente madurativos que van a dar la forma final del sistema nervioso.

Sin embargo, desde el inicio el desarrollo del sistema nervioso central se mantiene expuesto a factores ambientales, según Enseñat, Rovira & Molina (2015) el estrés puede llegar a afectar la forma en que las células nerviosas crecen, se diferencian o comunican entre sí. Sin embargo, en mujeres embarazadas este efecto está condicionado por la causa, duración e intensidad del estímulo estresante, la reactividad al estrés materno y la susceptibilidad genética del feto.

El estrés desencadena la activación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), que culmina en la síntesis y liberación de glucocorticoides por las glándulas suprarrenales. El principal glucocorticoide en humanos es el cortisol y actúa como factor de transcripción y regulación de la expresión génica (Enseñat et al., 2015), los estudios han mostrado que durante el embarazo las mujeres presentan menores índices de cortisol en la sangre, esta respuesta biológica favorece la neurogénesis.

Lo anterior nos sirve para comprender que el organismo de las mujeres embarazadas posee sus propios medios de autorregulación y protección ante factores estresantes, sin embargo, cuando estos recursos son rebasados (situación comúnmente generada en dinámicas con un alto grado de violencia intrafamiliar) es posible que se presente algún tipo de alteración en el neurodesarrollo o maduración.

Tal como mencionan Álvarez González, Ortega, & Valiente (2013), el neurodesarrollo es un proceso de alta vulnerabilidad al daño y de potencial aumento de su eficacia, pues, si bien los genes controlan la información sobre cuándo y cómo iniciar y detener cada uno de esos progresos, numerosos factores ambientales pueden interferir su expresión. La comprensión de esta doble posibilidad debería alertar a todos los cuidadores principales acerca del papel que su labor posee en el desarrollo del menor a su cargo.

El programa genético del neurodesarrollo contempla que los sistemas sensoriales de los niños están notablemente bien desarrollados en el momento del nacimiento. Pueden ver, oír, oler, y son sensibles al dolor, al tacto y al cambio de posición. Su sentido del gusto reacciona ante diferencias de sabor dulce o amargo, la sensibilidad al dolor se agudiza en los primeros días, y la convergencia de los ojos

parece establecerse entre las 7 y 8 semanas de nacimiento (Mussen, 2013). Sin embargo, un buen estilo de crianza es un requisito, pues cuando este se presenta facilita la madurez del SN; potencializando la adquisición de habilidades que caracterizan a este proceso.

La crianza empieza por el establecimiento de vínculos afectivos que favorecen la construcción y reconstrucción de aprendizajes conscientes e inconscientes. Dichos aprendizajes resultan de las interacciones a lo largo de la vida (socialización) de los sujetos de crianza (Loredo Abdalá, 2017). Como menciona Cyrulnik (2010) a un niño hay que traerlo al mundo a través de la interacción, hay que socializarlo y, como veremos más adelante, no todos los estilos de crianza son compatibles con la salud.

La construcción del psiquismo del menor se va configurando mediante la interacción del sujeto con su medio, siguiendo a Sergueyevna Mujina (2015) desde la primera edad se manifiesta claramente la regularidad general del desarrollo psíquico que consiste en que los procesos y cualidades psíquicas se forman en el niño bajo la influencia decisiva de las condiciones de vida, de la educación y de la enseñanza (Sergueyevna Mujina, 2015).

Para Siegel, D. (2010) al momento del nacimiento el cerebro infantil es el órgano más indiferenciado del cuerpo. Los genes y las experiencias tempranas modelan la forma en que se conectan entre sí las neuronas y, de este modo, forman los circuitos especializados que dan origen a los procesos mentales, por esto es necesario reconocer que las experiencias en los orígenes de la vida tienen un tremendo impacto sobre la mente en desarrollo.

Este autor considera que la naturaleza de las interacciones durante los primeros años de vida puede modelar las estructuras mismas que nos permiten crear las representaciones de la experiencia, permitiendo con ello una representación coherente del mundo o propiciando su opuesto. Fortaleciendo la visión a través de la cual el neurodesarrollo depende de factores genéticos y epigénéticos.

El desarrollo cerebral es también un proceso “dependiente de la experiencia”, en el cual la experiencia activa ciertas vías cerebrales, fortaleciendo las conexiones

existentes y creando otras nuevas. Cuando la experiencia repetida es de maltrato, esta, va formando una memoria emocional cuya influencia repercute en etapas posteriores del desarrollo.

Para Siegel (2007) la memoria es más de lo que podemos recordar conscientemente sobre los acontecimientos del pasado. *La memoria es el modo en que los acontecimientos pasados influyen sobre la función futura.* En esta definición cabe el modo en que la experiencia pasada afecta el cerebro y consecuentemente a su respuesta futura, así como el modo en que nos relacionamos con los demás.

No hemos nacido aún y ya nos estamos tejiendo. La memoria a corto plazo que aparece en ese momento permite realizar los primeros aprendizajes. Se trata de una memoria sensorial, una especie de sabiduría del cuerpo que retiene la información procedente del exterior y dan forma a nuestras maneras de reaccionar (Cyrulnik, 2010).

Para Siegel (2010), la memoria implícita confía en estructuras que están intactas en el nacimiento y permanecen disponibles a lo largo de toda la vida, estas estructuras incluyen la amígdala, los ganglios basales, y el córtex para la memoria conductual y los córtices perceptuales para la memoria perceptual. La disponibilidad de estas estructuras facilita el establecimiento de modelos mentales, que a su vez nos permiten crear generalizaciones a partir de la experiencia desde el inicio de nuestras vidas.

No todo se olvida y lamentablemente los niños expuestos a situaciones de maltrato infantil van adquiriendo una configuración cerebral que los lleva a actuar con conductas de orden primario, dificultando con ello su interacción con los demás y, generándoles el malestar emocional de reactivar los circuitos cerebrales que quizás en otro momento les permitieron mantenerse a salvo, aunque en la actualidad solo les generan inadaptación y problemas “actuamos, sentimos e imaginamos sin reconocer la influencia de la experiencia pasada en nuestra realidad presente” (Siegel, 2010, pág. 59).

Como podemos comprobar en esta breve revisión, la etapa de 0 a 3 años es crucial en el desarrollo, cuando las condiciones de vida durante la misma son muy desfavorables, existe una mayor probabilidad de que se presente una falla en los cimientos del menor. Las experiencias negativas influyen la constitución cerebral del menor (Gonzalo & Pérez Muga, 2012). La intensidad con que un menor es expuesto a medios culturales nocivos tiende a dejar una huella emocional en él.

El neurodesarrollo y la posterior madurez del SNC constituyen las etapas de la vida en las que, por naturaleza, se llevarán a cabo el mayor número de procesos encaminados a habilitar al ser humano para lograr una vida autónoma, sin embargo, como hemos venido revisando aunque exista un plan genéticamente predeterminado, el medio ambiente juega un papel crucial durante este proceso. Los adultos somos responsables de construir un ambiente facilitador y propicio al desarrollo, así como de los casos en que se genera un ambiente contraproducente al mismo.

Debemos reconocer la capacidad del recién nacido para ir adquiriendo una memoria implícita la cual le permitirá configurar los modelos mentales que le servirán para ordenar su mundo emocional. De ahí la importancia de que el bebé cuente con un cuidador protector, sensible y atento que le permita generalizar esta experiencia formando un estilo de apego seguro.

Mientras en los casos de abandono y/o maltrato infantil la experiencia tiende a generalizarse a través de un modelo de apego inseguro, que genera una percepción del mundo en la que los cuidadores principales terminan constituyéndose como figuras distantes e incluso temibles, de las cuales. El niño tiene necesidad.

El apego, eje central de la resiliencia.

Siguiendo a Bowlby (1996) emprender la tarea de ser padre conlleva un gran reto, cuando se logra establecer una paternidad positiva los frutos que se cosechan son muy agradables, mientras que errar en esta labor tiene un costo emocional elevado que incluso puede llegar a poner en riesgo la salud mental de las generaciones que nos suceden.

Jhon Bowlby (1969, 1988) desarrollo una teoría del apego con una base biológica que la esquematiza como un conjunto de comportamientos encaminados a mantener al niño a una distancia más o menos estrecha de su figura materna. Dicha conducta también puede observarse en otras especies “en un sentido biológico básico, el sistema de apego cumplió una función adaptativa para la supervivencia” (Di Bartolo, 2016, pág. 17).

Según Bowlby (1996) la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esta percepción se va forjando a partir de la interacción constante entre el bebé y su cuidador principal y en relación con las características que definan este intercambio se va generando un estilo de apego particular.

El dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante activan la conducta del apego. La función biológica que cubre el apego es buscar la protección, es por eso que un abrazo prolongado puede regular las emociones intensas que se experimentan (Bowlby, 1996), aunque como pudimos observarlo en la primera parte de este escrito, en nuestra sociedad el alcance del amor como vehículo de formación se encuentra infravalorado.

Recordemos que cuando un bebé nace carece de toda capacidad para regularse, depende totalmente de los padres: de su cuidado, de su atención, de su contención. Solo a través de la interacción con la persona que lo cuida un niño va construyendo la capacidad para regularse (Di Bartolo, 2016), sin embargo, cuando los cuidados y

atención recibidos son deficientes, se abre una ventana hacia los problemas de salud mental.

Al inicio el bebé tiene la necesidad de satisfacer funciones físicas como la sed el hambre, el sueño, la excreción, y es necesario que el cuidador principal se mantenga al tanto y disponible para ayudarlo. A medida que el bebé se desarrolla se va ampliando la gama de conductas y el cuidador se ve en necesidad de aprender un nuevo lenguaje que le permita una correcta interacción con él.

El establecimiento de la comunicación con el menor requiere el componente central del amor y la empatía, es a través de estos que los adultos pueden acceder a las necesidades emocionales de los menores, favoreciendo la creación de un medio que facilite el advenimiento del proceso de organización y modulación emocional del menor.

Para Bowlby (1996) una correcta crianza demanda la colaboración de ambos progenitores encaminada a proporcionar una base segura a partir de la cual el niño o adolescente pueda hacer salidas al mundo exterior, así como regresar sabiendo con certeza que será bien recibido, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si se siente afligido y tranquilizado si se siente asustado.

En el marco de la teoría del apego el término se refiere a un vínculo muy particular, el que nos une solo a personas, muy cercanas y muy especiales. Solo unas pocas personas, aquellas especiales como los padres en la infancia, o la pareja o un amigo íntimo en la adultez, tienen la potencia única de una figura de apego: dar seguridad, generar la calma y la regulación emocional (...) habilitando nuestro mejor funcionamiento (Di Bartolo, 2016).

De tal modo que aquellos niños que experimentan una pérdida temprana de su figura de apego, presentan una mayor vulnerabilidad a presentar problemas en su desarrollo, llegando incluso a padecer de depresión en otras etapas de la vida.

Bowlby (1969, 1982) en su teoría del apego propone en forma análoga a la homeostasis fisiológica (un sistema de control del apego) una "homeostasis

ambiental” la cual contempla el mantenimiento de la conexión de una persona con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad, en la cual se suelen utilizar métodos de comunicación cada vez más sofisticados.

La conducta de apego y exploración buscan mantenerse equilibradas, durante la primera infancia, es común que gran parte de los recursos del individuo se focalicen a mantener dicho equilibrio “la figura de apego funciona doblemente: como una base desde la cual explorar, y como un refugio al cual volver” (Di Bartolo, 2016, pág. 14).

Contar con una figura de apego atenta y disponible facilita el desarrollo del menor, y le permite interiorizar modelos mentales que contemplan la posibilidad de ser socorrido en momentos de crisis, esta actitud a su vez favorece la confianza para ir explorando el mundo y, en este proceso se van adquiriendo las autoreferencias que más tarde favorecen el proceso de resiliencia ante la adversidad.

Una homeostasis ambiental (emocional) engloba una relación de complementariedad entre exploración y comportamiento de apego. Cuando la figura de apego está disponible, el sistema de apego esta relajado. La sensación de seguridad desactiva las conductas de búsqueda de proximidad, y da lugar a la exploración optima, e inversamente, el estrés y la inseguridad dan lugar a las conductas orientadas a lograr la proximidad con la figura de apego (Di Bartolo, 2016).

Una base segura es necesaria para el correcto desarrollo de la conducta exploratoria, esta base se va sentando en relación a la disponibilidad de la figura materna para asistir las necesidades físicas y emocionales del bebé. La acumulación de las experiencias recibidas en la interacción con la figura de apego le permite al menor predecir lo que puede esperar de ella en las experiencias venideras.

Las primeras interacciones van moldeando el mundo interno del niño, generando modelos mentales que inciden sobre el modo en que este interactúa durante su vida. Las representaciones de una figura de apego disponible, capaz de dar respuestas que calman en los momentos de necesidad, lleva al niño a buscarla en

situaciones de estrés. A la inversa, la experiencia repetida de no encontrar un eco responsivo en ella, lleva a un niño a la construcción de una representación de apego en la que no se espera de ella una regulación adecuada (Di Bartolo, 2016).

Siguiendo a Di Bartolo (2016) los modelos mentales del niño se van formando a partir de la experiencia, sin embargo, una vez configurados actúan sobre la realidad filtrando las experiencias, organizándolas y dotándolas con un significado que le otorga un sentido en particular, esto incide directamente sobre la conducta. El influjo de las representaciones internas incide sobre las relaciones interpersonales, generando versiones parecidas a las relaciones ya conocidas.

Las representaciones de apego corresponden al mundo representacional. No es el mundo real, pero condiciona como se vive en el mundo real: cómo se experimenta subjetivamente, cómo se comprende, cómo se reacciona en el mundo real. Por lo tanto, la indiferencia e indisponibilidad de la figura materna va generando un modelo de apego ambivalente e incluso un apego angustiado.

Como se ha venido observando las experiencias vividas durante los tres primeros años de vida tienen un impacto directo sobre la configuración de la personalidad, es por ello que en los casos de maltrato y/o abuso asistidos institucionalmente, los menores muestran la tendencia a conservar el estilo de apego establecido en el pasado.

Cabe recalcar que disponer de una figura de apego no es una condición privativa de la infancia, a lo largo de la vida buscamos tener alguna (as) persona (s) con quien podamos establecer una conexión verdaderamente profunda que nos permiten modular, calmar y organizar nuestras emociones en momentos de necesidad “El apego es un sistema con vigencia durante todo el ciclo vital” (Di Bartolo, 2016, pág. 15) y, Como se mencionó anteriormente nuestras figuras de apego son por un lado una base para explorar y un refugio al cual podemos recurrir en situaciones de estrés.

En la actualidad, el vínculo de apego alude a la conexión emocional con una figura a la que una persona se vuelve en forma selectiva cuando necesita consuelo, apoyo,

aliento o protección (Di Bartolo, 2016). Aunque sea en la primera infancia donde se constituyen los modelos de nuestro estilo de apego y nuestra figura de apego cambie a lo largo del ciclo de vida nuestro modo de relacionarnos con ella presenta cierta constancia, situación que a veces se interpone a nuestro bienestar por ser solo de carácter representacional.

Di Bartolo (2016) considera a la teoría del apego como la corriente más validada sobre el desarrollo emocional y social de que la ciencia dispone actualmente. Esta teoría se centra en comprender los vínculos humanos más profundos, y en cómo estos vínculos estructuran la mente.

El apego como sistema es normativo al desarrollo y es universal. Un bebé nace genéticamente programado para establecer una relación de apego con el cuidador primario, y solo en muy graves condiciones, como el abandono o la institucionalización, el vínculo selectivo con una figura de apego discriminada del ambiente no se establece.

Sin embargo, aunque se establezca un vínculo de apego, este puede funcionar en forma eficiente o no. O incluso puede funcionar en forma perturbadora. (Di Bartolo, 2016), por lo tanto, hay casos en los que la existencia de un cuidador principal no garantiza el bienestar del individuo, llegando incluso a trastocarlo con sus características.

Siguiendo a Bowlby (1996), desde 1971 los trabajos de Ainsworth y sus colegas describieron tres pautas de apego, dichas pautas se encuentran bien identificadas al igual que las circunstancias familiares que las favorecen, una es conocida como apego seguro, en el que el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles, sensibles y colaboradores si se encuentra en una situación adversa o atemorizante, esta pauta es favorecida durante los primeros años al contar con una figura materna atenta y disponible.

Una segunda pauta es la del apego ansioso resistente en el cual el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre, siempre tiene la tendencia a la separación

ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Esta pauta se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero no en otras.

Mientras en la pauta del apego ansioso elusivo el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial, sino que, por el contrario, espera ser desairado. Este individuo buscará volverse emocionalmente autosuficiente llegando a ser diagnosticado como narcisista. Este tipo de pauta de apego, es el resultado del constante rechazo de la madre, siendo los casos más extremos aquellos en los que el rechazo se convierte en una constante.

Siguiendo a Martínez y Pía (2005) la propuesta de Ainsworth contemplaba la posibilidad de medir y clasificar la calidad de las relaciones entre la diada madre-hijo, los resultados obtenidos a partir del diseño llamado “situación extraña” dieron pie para crear un cuarto grupo denominado “desorganizados o desorientados” cuyo comportamiento se caracteriza por la ausencia de una vinculación adecuada, respuestas contradictorias frente a la figura de apego.

Di Bartolo (2016) menciona que hay dos comportamientos básicos que caracterizan el comportamiento del patrón de apego desorganizado: contradicción y temor. La conducta del niño desorganizado con la figura de apego resulta intrínsecamente contradictoria, o bien indica miedo a ella, sea en forma directa o indirecta. Contradicción irreconciliable busca ser protegido por la figura de apego y temor de la respuesta que se pueda obtener del mismo.

Los niños cuyo patrón de apego fue desorganizado en la primera infancia presentan en general, a lo largo del desarrollo, una variedad de problemas afectivos y de comportamiento, tales como emocionalidad negativa, hiperreactividad emocional, trastornos de conducta, comportamientos bizarros y comportamiento agresivo y relaciones sociales pobres (Di Bartolo, 2016).

Tal como se mencionó al principio, un mal estilo de crianza pone en riesgo la salud mental de las generaciones que nos suceden; el establecimiento de un estilo de apego desorganizado agudiza los problemas en la regulación de las emociones

negativas y el control de impulsos, interfiriendo en las interacciones con los pares y la externalización e internalización del mundo afectivo del individuo.

Existen una serie de estudios que evidencian el impacto del apego sobre el bienestar del individuo, por ejemplo, Hazen, Jacobvitz, Allen, Higgins y Jin (2009) midieron el apego al año de edad y luego (seis años más tarde) encontraron en niños que presentaban un apego desorganizado desde el primer año una frecuencia significativamente mayor de problemas como dificultad para aceptar las normas y comportamiento agresivo y desafiante.

Di Bartolo (2016) menciona que en un estudio longitudinal con una duración veinte años, realizado por Waters, Merrick, Treboux, Crowell y Albershein (2000), en el 72% de los individuos en los que se evaluó la seguridad en el apego al año de vida; recibió veinte años después la misma clasificación original. Dicho estudio evidencia, dolorosamente, que los patrones de apego se mantienen estables en el tiempo.

Aun cuando la figura de apego sea distinta en las diferentes etapas del ciclo vital, los patrones de apego adquiridos durante los tres primeros años de vida presentan cierto grado de permanencia. Sin embargo, es contraproducente que a partir de estos resultados manifestemos una tendencia a establecer relaciones lineales de causa-efecto en la comprensión de los fenómenos psicológicos, pues su génesis en realidad posee un origen multicausal, aunque asumir esta postura nos demande un mejor manejo de la información.

El compromiso de integrar nuevos conocimientos a nuestra comprensión sobre los fenómenos psicológicos debe contemplar el hecho de que hasta la activación genética requiere de ciertas experiencias en particular pues “la plasticidad es una propiedad del desarrollo (...) constituye el mecanismo de la evolución para escapar de las restricciones del propio genoma y favorecer la adaptación al ambiente en el que al organismo le toca vivir” (Di Bartolo, 2016, pág. 195), por lo tanto la medicación psiquiátrica es solamente una de los muchos recursos con que el ser humano cuenta para acceder a su propio estado de bienestar, sin llegar a ser la panacea de todos los males.

Según Holmes (2009) Los humanos somos la especie más flexible que existe. Con una misma dotación genética, podemos variar hasta adaptarnos a vivir en las diferentes condiciones climáticas, habitacionales, alimenticias, culturales, sociales, idiomáticas. Los humanos a lo largo de la vida permanecemos intercambiando información con el medio, de tal manera, que no somos invulnerables a las adversidades, ni impermeables a las influencias favorables y esta condición nos responsabiliza sobre el estilo de vida al que llegamos a acceder.

Siguiendo a Bowlby (1996), desde que un bebé nace potencialmente se abren ante él una serie de caminos y que aquel por el cual avanzara permanece determinado por el entorno en que se encuentra en cada momento. Algunos de estos caminos son compatibles con la salud mental mientras otros no, sin embargo, el papel que juegan los cuidadores principales es fundamental durante la primera infancia y durante las siguientes etapas del desarrollo.

La teoría del apego ofrece un marco teórico para comprender los trastornos psicológicos, siguiendo a Holmes (2009) el sistema inmunológico psicológico esta mediado a través del afecto, cuando un vínculo de apego se ve perjudicado se produce la tristeza y algunas veces la depresión, si está amenazado se produce la ira y la angustia (...) el miedo subyace a muchas fobias, el trastorno límite de la personalidad puede verse como un trastorno de la regulación del afecto.

Van Ijzendoorn y Zagi (1999, en Holmes, 2009, pág. 24) sintetizan los hallazgos de la teoría del apego bajo cuatro encabezamientos;

- *La universalidad de la hipótesis.* En todas las culturas conocidas, las criaturas humanas se apegan a uno o más cuidadores específicos.
- *La normatividad de la hipótesis.* Alrededor del 70% de las criaturas establecen apegos seguros; los restantes establecen apegos inseguros; evitativos, ambivalentes y desorganizados. Las criaturas con apegos seguros se restablecen con más facilidad ante el estrés. Por lo tanto, el apego seguro es numérica y fisiológicamente normal.

- *La sensibilidad de la hipótesis.* La seguridad del apego depende de los cuidados sensibles y responsivos.
- *La hipótesis de la competencia.* Las diferencias en la seguridad del apego conducen a las diferencias en la competencia social; los niños o niñas con apegos seguros presentan más probabilidad de relacionarse satisfactoriamente con sus compañeros y profesorado y son menos propensos a ser maltratados o a maltratar.

Sobre la base de estas hipótesis, la teoría del apego proporciona una serie de conceptos vinculantes generales que incluyen muchos aspectos de la práctica psicoterapéutica. Holmes (2009) habla al menos de cinco dominios aplicables al individuo, pareja o familia: base segura, la exploración y el juego, la protesta y el asertividad, la pérdida, los modelos internos de trabajo y la capacidad reflexiva.

Por su parte Di Bartolo (2016) considera que un terapeuta que trabaje desde la teoría del apego se encarga de proporcionar las condiciones en las que el paciente pueda explorar sus modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego con el fin de volver a evaluarlos y reestructurarlos a la luz de la nueva comprensión adquirida y de las nuevas experiencias vividas en la relación terapéutica.

Siguiendo a Di Bartolo (2016) el papel del terapeuta puede ser descrito por cinco puntos principales: proporcionar al paciente una base segura, ayudar al paciente en sus exploraciones, el establecimiento de una relación en la que el paciente pueda introducir sus percepciones, construcciones (modelos operantes), iniciar un proceso de reestructuración en el cual el paciente pueda considerar sus sentimientos y acciones como un resultado de experiencias vividas en la edad temprana, el último punto consiste en invitar al paciente a liberarse de los viejos estereotipos inconscientes.

La contribución de la teoría del apego como enfoque terapéutico apuesta a el establecimiento de una base segura en la diada usuario-terapeuta, a partir la cual el usuario puede avanzar reconfigurando los circuitos que han venido perjudicado su bienestar, sin embargo, es necesario tener presente la gran dificultad que

conlleva dicho proceso. Pues a pesar de ser necesario el establecimiento de un vínculo seguro es necesario que el usuario avance habilitándose a nivel profundo para lograr su establecimiento.

El vínculo profundo y sostenido con una figura de apego da lugar a la regulación y organización de los procesos cerebrales. La sintonía con otra mente, la conexión emocional, la comunicación intersubjetiva permite alcanzar niveles crecientes de organización mental y cerebral (Hobson, 2002; Melzoff y Moore, 1998; Stern, 1985; Trevarthen et al., 2006 en Holmes, 2009). Sin embargo, en los casos de maltrato infantil en que se establece un apego inseguro, lograr una vinculación profunda durante la intervención constituye un gran reto técnico.

En los casos de intervención psicológica es un requisito establecer un vínculo. Como lo menciona Holmes (2009), la relación profunda y sostenida con otra persona, la experiencia compartida de mirar mentalmente lo mismo, ofrece las condiciones para que el sí mismo se construya en intersubjetividad y acceda a la complejidad que proporciona el contacto profundo y la sintonía con otras mentes.

Para Di Bartolo (2016), la relación que se llega a establecer entre el usuario y su terapeuta debe compartir las características deseables de la relación temprana entre figura materna e hijo. Esto es, una comunicación intersubjetiva sintonizada, que permita llegar a comprender los estados psicológicos del individuo. Siempre será deseable que al llegar al mundo el individuo sea recibido con un cariño y atención constante, cuando esto falla queda en manos de los adultos (terapeutas en su caso) proporcionarle este necesario soporte.

Todo terapeuta debe ser consciente de las dificultades que conlleva dicho proceso, así como comprender que solo la empatía, tenacidad y creatividad pueden llevar a buen fin la intervención, el cometido que debe guiar nuestra labor es crear un estado mental compartido que facilite la regulación emocional o en su caso la reestructuración del estilo de apego que presente el individuo.

Los buenos tratos nunca perjudicaran al individuo, pero entre más pronto lleguen más favorecedor resultara su influjo, como asegura Di Bartolo (2016) la identidad,

la sensación subjetiva de sí mismo, se construye en la infancia y se sostiene a lo largo de la vida en forma interpersonal, en el marco de los vínculos íntimos. La naturaleza de este intercambio moldea la sensación de quienes somos.

Debemos tener presente que la plasticidad cerebral tampoco es la panacea para todos los males, sin embargo, es naturalmente nuestra mejor aliada para realizar un buen proceso de intervención. El camino que va a recorrer un individuo durante su existencia trae consigo elementos favorecedores y situaciones que pondrán en riesgo su bienestar psicológico.

La naturaleza del vínculo de apego establecido durante la primera infancia configura las pautas de comportamiento con que el individuo interactúa posteriormente con sus pares y nuevas figuras de apego, modificar dicha base conlleva un gran trabajo de intervención, así como una gran disposición por parte del individuo, aunque permanecer encerrado en absurdos estereotipos de la infancia tiene un costo aún más elevado.

Resiliencia. Un anhelado bienestar.

“Los resilientes están heridos, pero no traumatizados”

Boris Cyrulnik

Genealogía del concepto.

Es importante comenzar mencionando que el concepto resiliencia se nutre de diversos saberes: neurología, etiología, psicología, antropología, sociología, psicoanálisis y otros encuentran en este término puntos de convergencia. El estudio de la resiliencia conlleva una ruptura con la comprensión mecánica- fatalista de los acontecimientos psicológicos.

La misma génesis del concepto nos muestra la transdisciplinariedad en que este se ha desarrollado. Siguiendo a Landgrave Zamora (2010) hacia los años 70, Michael Rutter introdujo el concepto al campo de la psicología, descubriendo la relación biológica cerebral, social ambiental en el desarrollo psicofisiológico del individuo.

Hacia 1990 este constructo fue adquiriendo un carácter multidimensional que comprende al ser humano como una compleja unidad biológica, psíquica, social, afectiva y racional. El desarrollo de dicha concepción comprende ya varias generaciones de estudiosos, Puig & Rubio (2011, pág 40) sintetizan este desarrollo en el siguiente cuadro:

Primera generación (80)	Segunda generación (90)	Generacion actual (2000)
CAPACIDAD	PROCESO	PARADIGMA
Qué distingue a aquellos individuos que se adaptan a pesar de las predicciones de riesgo. • Énfais en la capacidad humana	Cuál es la dinamica entre los factores que permiten una adaptación positiva. • Énfasis en la promoción	Cuál es el marco que nos explica que la respuesta resiliente no es la excepción a la norma, sino la habitual. • Énfasis en el cambio de mirada

<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación pos-hoc (posterior) 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de factores protectores. • Énfasis en el proceso • Énfasis en el contexto social 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la elaboración de modelos de aplicación
Se “es” resiliente	Se “esta” resiliente y se aprende	Se “construye” resiliencia

Entre las definiciones que han ido dando los estudiosos de la resiliencia sobre el termino existe el acuerdo común que cuando nos referimos a este concepto asumimos que implica la competencia, habilidades adaptativas o respuesta positiva y efectiva de afrontamiento a situaciones de riesgo o adversidad (Luthar y Cushing, 1999, en Landgrave Zamora, 2010).

La definición de Vanistaendel (1994, 2002) distingue dos componentes en la resiliencia: la resistencia frente a la adversidad y la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles. La resiliencia consiste en una cualidad humana universal, presente en todo tipo de situaciones difíciles y contextos desfavorecidos (...) sirve para hacerles frente y salir fortalecido e incluso transformado de la experiencia.

En nuestra disciplina, la resiliencia puede definirse como, la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad y desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy (Henderson y Milstein, 2004).

Di Bartolo (2016), reconoce que, así como hay condiciones que aumentan la morbilidad, hay otras condiciones que tienen un efecto protector. Este autor nos habla de tres tipos generales de factores protectores que han sido identificados (Jenkins y Smith, 1990; Haggerty et al, 1994; Grenberg, 2008, pág. 84):

1. Características del individuo (por ejemplo: temperamento o inteligencia).
2. Calidad de las relaciones del niño. Dentro de este dominio, la importancia del apego seguro a los padres es fundamental.
3. Factores ambientales más amplios como buenas escuelas, vecinos, leyes, etcétera.

Durante las últimas décadas hubo un interés creciente en el concepto de resiliencia (Rutter, 1981, 1989, 1995, 1999, Steele, Steele, Higgitt, Target, 1994; Haggerty et al, 1994, Phels, Belsky y Cronic, 1998; Belsky, 2002 en Di Bartolo, 2016) el término de resiliencia se refiere al proceso a través del cual un individuo es capaz de sobreponerse a experiencias de adversidad o estrés.

Este concepto originalmente fue tomado de la física, disciplina en la que alude a la propiedad de algunos objetos (metales) de recobrar su forma original a pesar de haber estado sometidos a condiciones deformantes (Di Bartolo, 2016). En la actualidad la resiliencia no es concebida como una característica de la personalidad con la que se nace, es más bien una capacidad que los individuos pueden desarrollar mediante algunas conductas aprendidas en la vida, durante el aprendizaje y desarrollo en la infancia (Landgrave Zamora, 2010).

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural.

Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1992, citado en Landgrave).

Siguiendo a Landgrave (2010) en la visión conductista de Rutter, quien inspirado en la física introdujo al ámbito de la psicología el término, la resiliencia se reducía a una suerte de <<flexibilidad social>> adaptativa. Más tarde los aportes del Boris Cyrulnik permitieron ampliar este concepto; sus observaciones de los sobrevivientes

de los campos de concentración, los niños de orfanatos rumanos y los niños bolivianos en situación de calle permitieron trascender el conductismo.

Para Boris Cyrulnik, la resiliencia se trata de un proceso, de un conjunto de fenómenos armonizados por donde el sujeto se cuele en un contexto afectivo, social y cultural. La resiliencia es el arte de navegar por los torrentes. Un trauma ha empujado al herido en una dirección en la que hubiera preferido no ir (...) el resiliente ha de apelar a los recursos internos impresos en su memoria (Cyrulnik, 2010).

Las cualidades que nos hacen resilientes tienen que ver con la posibilidad de formar conexiones en los periodos sensibles, momentos en los que cristaliza una primera impresión del mundo. El tipo de cableado, su configuración, predispone a un tipo de gestión de la realidad y de las ansiedades que esta genera. Los mecanismos para gestionar las ansiedades, una vez establecidos, tienden a funcionar de manera automática y la información recibida posteriormente es interpretada mediante estos mecanismos, por lo que se retroalimentan y tienden a reforzarse (Gonzalo & Pérez Muga, 2012).

Para Cyrulnik (2010) la historia de las ideas en psicología esta hecha de tal modo que partimos de lo orgánico para evolucionar hacia lo intangible. Para este autor constatar que algunos niños traumatizados resisten a la pruebas, y en algunas ocasiones hasta las utilizan para ser más humanos aun, puede explicarse no en términos de superhombre o de invulnerabilidad, sino asociando la adquisición de recursos internos afectivos y conductuales en la primera infancia con la disposición de recursos externos sociales y culturales.

Intervenir desde una perspectiva de la resiliencia conlleva una menor focalización sobre degeneración cerebral, paralización del desarrollo en un nivel inferior, regresión infantil, inmadurez o déficit de atención, y adoptar una visión en la cual se pueda comprender la función adaptativa momentánea de una conducta y la reanudación de su evolución, que es posible cuando se han propuesto guías de resiliencia internos y externos adecuados.

La evolución del concepto de resiliencia nos permite ver que la habilidad para afrontar exitosamente el estrés y los eventos adversos proceden de la interacción de diversos elementos en la vida del niño (a) como: el temperamento biológico, características internas, especialmente la inteligencia, el locus de control interno o externo, la familia y el ambiente de la comunidad, especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes; así como el número e intensidad de duración de circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado el niño, especialmente a edad temprana, (Kumpfer, Szapocznik, Catalana, Clayton, Liddle, McMahon, Millman, Orrego, Rinehart, Smith, y Steele, 1998, citado en Landgrave, 2010).

Para Barudy & Maryorie (2011) una parentalidad competente y los buenos tratos infantiles que resultan de ella constituyen los cimientos de la resiliencia infantil primaria, es decir, la capacidad que presentan los niños y niñas bien tratados para vencer los obstáculos que se cruzan en su camino. Siendo fundamental el aporte de madres, padres o sustitutos, sin limitarse a que sea el único, una red resiliente se teje solamente conjuntando los esfuerzos y recursos de una comunidad que trabaja en común con por lograr un desarrollo integral de los niños.

Para estos autores una lectura ecosistémica de la resiliencia nos permite imaginarnos esta capacidad infantil como la obra de una tejedora que produce un tejido en el que mezcla la lana de las capacidades personales de los niños y niñas con la seda afectiva y social, resultado de las dinámicas familiares y comunitarias de buenos tratos.

Barudy & Maryorie (2011) mencionan dos tipos de resiliencia: primaria y secundaria. La resiliencia primaria emerge como el resultado de haber tenido un estilo de apego seguro, empatía, habilidades, conocimientos, destrezas y comportamientos sociales altruistas a través de los cuales los niños y niñas van ganando competencias de todo tipo, hasta alcanzar la madurez.

Mientras la resiliencia secundaria corresponde a la capacidad de una persona de sobreponerse a los desafíos y a las adversidades de la vida, gracias al apoyo

afectivo y social de “sus tutores o tutoras de resiliencia”, a pesar de haber vivido experiencias de malos tratos en el inicio de su infancia, esta segunda conceptualización del término corresponde mas puntualmente con el trabajo que se realiza en los centros de acogida.

La resiliencia secundaria constituye una posibilidad, pues como lo asegura Cyrulnik (2010) “los que han sido privados de estas adquisiciones precoces podrán desarrollarlas más tarde aunque más lentamente, a condición de que el medio, habiendo comprendido cómo se modela un temperamento, disponga guías de resiliencia en torno a los heridos” (pág. 256).

Cyrulnik (2010) nos dice:

"si el niño no dispone en torno suyo más que de un único vínculo afectivo, su evaluación dependerá esencialmente de las reacciones del adulto que le proporciona afecto. Pero si dispone de varios vínculos apegos (...) siempre encontrará otro adulto que le que le proporcione una nueva guía de desarrollo, otra manera de apegarse que le permita reanudar su proceso de evolución" (pág. 105)

Tal como nos lo recuerda Recalcati (2015), “una de las tareas más difíciles que incumbe a los seres humanos: saber renunciar a la violencia en nombre del reconocimiento del otro como prójimo, como ser singular, como diferencia absoluta” (pág. 111), la violencia debe ser atendida de forma consciente en aras de dignificar la labor social encomendada a los adultos: cuidar y proteger la niñez. Así como la responsabilidad de ser agentes activos durante el proceso de resiliencia de quienes sufren los estragos de haber sido víctimas del maltrato y/o abandono.

Pues en última instancia lo que diferencia a un niño feliz, mentalmente sano, sin problemas de conducta, altruista y constructivo, de otro que es totalmente lo contrario, es que probablemente el primero creció en un ambiente donde los adultos le cuidaron y educaron suficientemente, es decir, le trataron bien; en cambio el segundo probablemente creció en un contexto relacional caracterizado, de modo total o parcial, por experiencias de malos tratos.

La resiliencia es una actitud y una capacidad para hacer frente a la adversidad; es, por tanto, un potencial de esperanza que facilita recursos para recuperarse de situaciones difíciles e incluso traumáticas. En el caso de los niños y las niñas, es posible generarla cuando en su entorno encuentran adultos que les entregan afectividad y posibilidades de encontrar nuevo sentido a su experiencia (Barudy & Maryorie, 2011)

Incidencia de la falta de parentalidad sobre la resiliencia

Siguiendo a Cyrulnik (2010) para ser padre no basta con concebir un hijo, hay que traerlo al mundo. Este proceso es parte de un proyecto en el cual desde la concepción se van estableciendo pautas de interacción, un recién nacido requiere satisfacer una serie de necesidades: afectivas, de atención, cariño, educacionales. Así como las psicosociales: cognitivas, recreativas, a las cuales todos los niños tienen derecho y de las cuales los adultos de una comunidad deben hacerse responsables (Shelley, 2002, en Landgrave, 2010).

Todo bebé adquiere el temperamento, el tipo de conducta, como consecuencia de una doble coacción. La pulsión genética le proporciona el impulso hacia el otro, pero es la respuesta del otro la que le propone una guía de desarrollo (Cyrulnik, 2010). Es importante conocer como el desarrollo sano se ve afectado cuando el niño es abandonado o maltratado (...) y sobre todo las consecuencias de la violencia de los padres hacia los niños (Bowlby, 1989).

Landgrave (2010) nos menciona que los estudios sobre la falta de una madre o un adulto que cubra estas necesidades en los niños (as) datan de varias décadas atrás. En los años treinta y cuarenta, una serie de clínicos como Laretta Bender (1941), Jhon Bowlby (1944), Anna Freud (1942), René Spitz (1940), entre otros, se interesaron en los niños abandonados en la calle a su suerte y en niños que llevaban una prolongada estancia en orfanatos o instituciones e iniciaron observaciones sobre los efectos negativos y los cambios más frecuentes que presentaban estos niños.

La importancia de la privación de cuidados maternos y las desventajas sobre el desarrollo psicológico de los niños ha sido ampliamente confirmada, ya que el grado en que dos o más experiencias adversas interactúan provoca que, el riesgo de una perturbación psicológica se multiplique, a menudo varias veces (Rutter, 1979, citado en Landgrave Zamora, 2010), parafraseando a Cyrulnik no es la primera, sino la segunda bofetada la que te hace comprender el estado de indefensión en que te encuentras.

La resiliencia tiene que ver sobre todo con los vínculos afectivos que los adultos son capaces de ofrecerles a los niños, en primer lugar, a través del proceso de apego. La resiliencia no es un atributo individual innato e independiente del entorno, sino que emerge de la relación del niño o niña con su entorno fundamental (Barudy & Maryorie, 2011).

Para Barudy & Maryorie (2011) los niños asistidos en su institución son víctimas de la profunda injusticia de haber nacido de madres y padres que no tuvieron la oportunidad de aprender el <<oficio>> de madre o padre, porque ellos mismos fueron hijos o hijas de otros padres que tampoco tuvieron la oportunidad de aprenderlo. Abuelos y padres nacieron y crecieron en comunidades que hicieron muy poco en favor de los buenos tratos.

La institucionalización no sólo implica ausencia de la madre como fuente de afecto, sino que se acompaña con un déficit de estimulación ambiental. Sus efectos no sólo son transitorios e inmediatos ante la institucionalización; sino que persisten hasta la adolescencia, manifestándose en características anormales de la personalidad como; apatía, indiferencia, superficialidad en las relaciones interpersonales, agresividad, menor capacidad para el ajuste a las normas sociales, impulsividad (Landgrave Zamora, 2010).

Cuando un bebé pierde a sus padres antes de comenzar a hablar, es todo su mundo sensorial el que queda deshabitado, y es la percepción de este vacío lo que perturba el desarrollo. Si en ese momento se le propone un marco afectivo estable, reanudará su evolución (Cyrulnik, 2010). Cuando la experiencia adversa se

presenta irremediablemente no queda de otra más que esperar a que el propio desarrollo permita una reelaboración de la representación de esta pérdida sufrida.

Al igual que los factores de riesgo, también hay factores que contribuyen a la protección de la salud mental. La presencia de los factores protectores es determinante cuando un individuo queda expuesto a situaciones adversas. Como profesionales de la salud mental es nuestra obligación convertirnos en tutores de resiliencia, esto significa poner al servicio de la infancia maltratada nuestros conocimientos y habilidades.

Pues la resiliencia puede ser comprendida como una metáfora sobre la posibilidad de reconstrucción humana que apuestan por suministrar un manto de caricias provenientes del contexto social a la persona herida, con el objeto de permitirle desarrollar aquellas capacidades y habilidades que le puedan catapultar hacia su transformación (Flores, A., Grade, J, 2008, citado en Barudy & Dantagnan, 2011).

Operativizando el constructo resiliencia.

En el estudio de los factores que hacen posible la resiliencia es conveniente utilizar un modelo teórico en particular, con este fin utilizaremos el trabajo de tesis realizado por Landgrave (2010), quién basándose en el modelo propuesto por Block (1980) realizó un estudio comparativo sobre la resiliencia en una muestra de niños mexicanos con cuidados parentales y aquellos que no contaban con los mismos.

El modelo de control y resiliencia del yo CCQ-set de Block y Block, (1980) propone para su estudio sistemático un instrumento, mismo que fue traducido y ajustado a la población mexicana por Valencia en el año 2005, esta propuesta teórica plantea un modelo de la personalidad basado en la teoría psicoanalítica.

La concepción de Block (en Valencia, 2005) contempla al ego resiliente como una propiedad similar a la elasticidad <<*capacidad dinámica del individuo para modificar su nivel de control de yo, en cualquier dirección, como una función de la demanda de las características del contexto ambiental*>> (pág. 17) por lo tanto, se espera que

una persona resiliente funcione mejor en circunstancias nuevas e irresolubles, con la habilidad de adaptarse exitosamente a las condiciones ambientales cambiantes.

En este modelo la resiliencia se conceptualiza como aquella estructura interna de la personalidad que funciona para modular los impulsos adaptativamente, dicha adaptación es generada por la actividad cambiante en el medio ambiente o en el interior del individuo, presentándose en el individuo actitudes regresivas, progresivas en relación a las presiones experimentadas.

Esta propuesta contempla la resiliencia como un continuo entre dos dimensiones: el individuo con un alto grado de resiliente se muestra ingenioso en adaptarse a situaciones nuevas, mientras quién presenta un bajo grado de la misma se muestra como un individuo frágil o de personalidad quebradiza que exhibe poca flexibilidad de adaptación ante situaciones nuevas o estresantes.

Los estudios han revelado que las personas que presentan un elevado grado de resiliencia tienden a mostrarse más empáticas y sociables con sus pares, con una buena habilidad en la resolución de problemas desde preescolar, presentando la tendencia a ser más competentes y a estar más a gusto en su mundo interpersonal. De igual manera el estudio longitudinal realizado por Block, et al. (1980, 1998) muestra una relación entre el consumo de drogas y la baja resiliencia desde la infancia.

Block desarrolló un instrumento llamado California Child Q-set (CCQ), el cual fue diseñado para lograr descripciones comprensibles de la resiliencia en niños en una forma apropiada para hacer comparaciones y análisis subsecuentes (Valencia García, 2005, pág. 32). La orientación original de la prueba está diseñada para que sea un observador quién registre las conductas del evaluado.

Utilizar este instrumento en población mexicana demandando un trabajo de adaptación al contexto, la adaptación del California Child Q-set CCQ, corrió por cuenta de Valencia (2005) y para realizar este trabajo se basó en varios estudios longitudinales de Diaz Guerrero para el análisis de los tipos de personalidad del mexicano, dando

como resultado una versión ajustada que contempla 5 factores que agrupan las siguientes características:

- **Competencia Personal:** detona funciones del yo que se relacionan fuertemente con las habilidades, la adaptación y la competencia.
- **Falta de Habilidades Sociales:** se refiere a conductas de agresión a los demás e inadaptación al medio.
- **Impulsividad:** se relaciona con la expresión inmediata del impulso.
- **Control:** denota un control del impulso, la reflexión y la planeación de actividades.
- **Empatía:** refleja el interés y preocupación por los demás.

Típicamente las evaluaciones realizadas a través del CCQ eran formuladas por observadores con orientación psicológica, maestros, terapeutas, asesores de personalidad u otras personas que conocen al niño y que previamente son asesorados para observar al niño durante cierta cantidad de tiempo. Block consideraba que este proceso minimizaba las discrepancias de criterio y facilitaba la investigación.

La adaptación de la prueba al contexto mexicano dio como fruto una versión autoaplicable con un total de 29 reactivos, escala tipo Likert (anexo 1) que evalúan los 5 factores anteriormente mencionados: competencia personal, falta de habilidades sociales, impulsividad, control y empatía (anexo 2). Este cuestionario sirvió de base a Landgrave Zamora (2010) para realizar un análisis sobre la resiliencia en niños (as) que contaban con cuidados parentales vs niños (as) con ausencia de los mismos.

Dado el interés de nuestro reporte focalizaremos la atención solamente en los resultados obtenidos por Landgrave Zamora en las hipótesis:

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños (as) en ausencia de madre y el grupo de niños (as) en presencia de madre en los factores:
 - Competencia Personal

- Falta de Habilidades Sociales
 - Impulsividad
 - Control
 - Empatía
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños en ausencia de madre y el grupo de niños en presencia de madre en los factores:
 - Competencia Personal
 - Falta de Habilidades Sociales
 - Impulsividad
 - Control
 - Empatía

Landgrave (2010) utiliza la definición conceptual de la resiliencia aporta por Block (1980):

“capacidad dinámica del individuo para modificar su nivel de control del yo en cualquier dirección, como una función de la demanda de las características del contexto ambiental” (pág. 36).

Constructo general que se valida a partir de los 5 factores anteriormente mencionados.

Reporta la autora del estudio que, en el caso de los niños que viven en ausencia de madre, la encuesta se realizó en las instalaciones de la Casa Hogar “Centro Amanecer para Niños” y en el caso de las niñas en ausencia de madre, en la Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal” ambas sedes pertenecientes al Sistema del Desarrollo Integral de la Familia”, DIF. Mientras en el caso de los niños con presencia de madre, se realizó en las Escuelas Primarias donde se aplicó el instrumento.

Landgrave (2010) reporto que los niños (as) del estudio tenían una edad entre los 9 y 13 años, la población quedo conformada por 98 sujetos, un grupo de 48 sujetos

en ausencia de madre, conformados por 28 niños y 20 niñas y otro grupo de 50 sujetos en presencia de madre, conformados por 27 niños y 23 niñas.

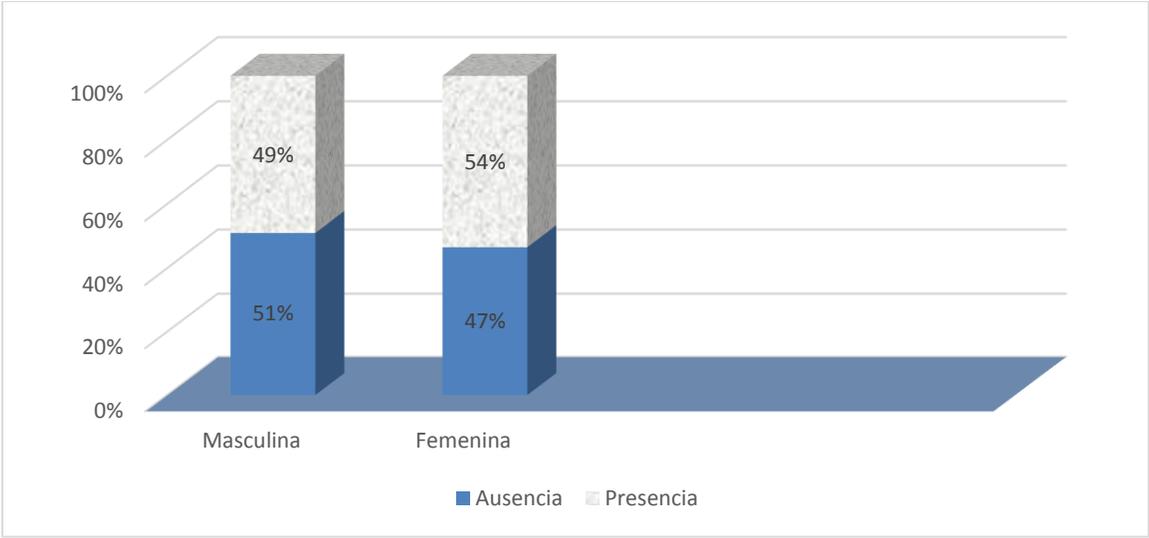


Figura 1: Distribución de Población por Ausencia o Presencia de Madre, por Sexo.

Fuente: Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.

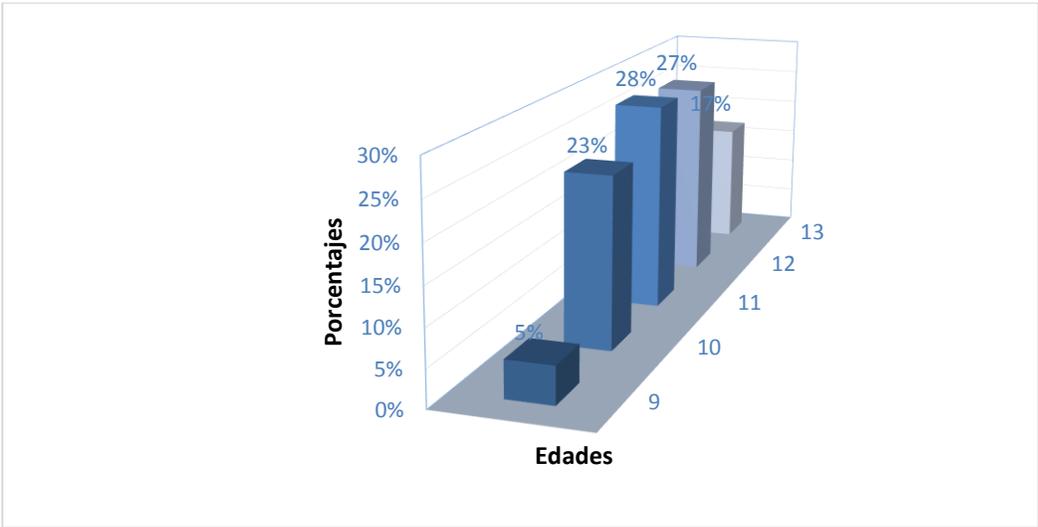


Figura 2: Distribución de la población por edad

Fuente: Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.

Para el análisis estadístico Landgrave (2010) empleo la prueba t Student con la finalidad de comparar las muestras, obteniendo los siguientes resultados:

En el grupo de niños y niñas en ausencia y presencia de madre, se encontraron diferencias significativas en el Constructo General de Resiliencia, Tabla 1, Lo que significa que el grupo total de niños (as) en presencia de madre mostraban competencias más altas en la suma de los resultados de los 29 reactivos, divididos en los 5 factores en resiliencia en su conjunto.

Tabla 1:

Comparación por presencia y ausencia materna en los Factores de Resiliencia.

		Media	T	Sig.
Competencia Personal	Ausencia	9.8409	1.13	0.26
	Presencia	10.6957		
Falta de Habilidades Sociales	Ausencia	16.3182	-2.419	0.01
	Presencia	18.52		
Impulsividad	Ausencia	9.5778	-1.444	0.15
	Presencia	10.98		
Control	Ausencia	11.4667	0.277	0.78
	Presencia	11.2128		
Empatía	Ausencia	5.3023	2.294	0.02
	Presencia	6.7826		
Constructo Resiliencia	Ausencia	49.5833	3.098	0.00
	Presencia	55.84		

Nota. Fuente: Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.

Mientras al comparar el grupo de niños en ausencia y niños en presencia materna NO se encontraron diferencias estadísticamente significativas como lo muestran los datos de la siguiente Tabla 2.

Tabla 2:

Comparación de los factores de resiliencia en el sub-grupo de niños con presencia y ausencia materna .

		Media	T	Sig.
Competencia Personal	Ausencia	10.9583	-.042	.957
	Presencia	11.0000		
Falta de Habilidades Sociales	Ausencia	16.5385	-1.387	.171
	Presencia	18.2222		
Impulsividad	Ausencia	10.7308	-1.178	.244
	Presencia	12.1111		
Control	Ausencia	12.8571	1.522	0.134
	Presencia	11.1154		
Empatía	Ausencia	5.0370	-.891	.377
	Presencia	5.7778		
Constructo Resiliencia	Ausencia	53.0714	-1.016	.314
	Presencia	56.4074		

Nota. Fuente: Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.

El resultado a la hipótesis central de la tesis de Landgrave (2010): Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños (as) en ausencia de madre y el grupo de niños (as) en presencia de madre en los 5 factores de la resiliencia, se puede observar en la Figura 3.

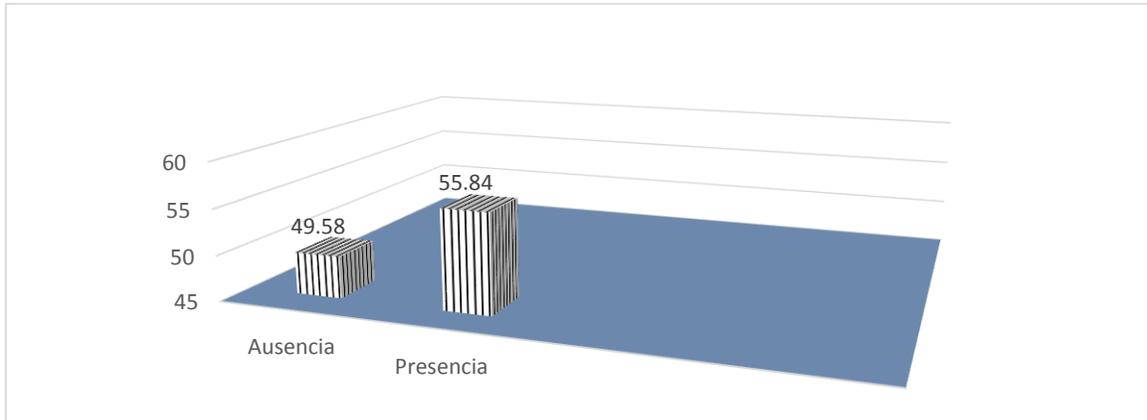


Figura 3: Diferencia en los 5 factores de resiliencia en el total de la muestra.

Fuente: Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.

En relación a la Figura 3 Landgrave (2010) reconoce que si existen diferencias significativas en los 29 reactivos del constructo de resiliencia. Estos resultados, registran un mayor grado de resiliencia en el grupo de niños (as) que han crecido en presencia de madre.

Tras reconocer las fallas inherentes a la metodología empleada en el estudio (muestra pequeña, especificidades de los sujetos, etc.) Landgrave concluye que existen las diferencias más significativas se presentaron en factores como: falta de habilidades sociales, empatía y el constructo general de resiliencia. Confirmando mucho más resiliente al grupo de niños (as) que crecieron en presencia de madre.

Estos datos confirman que crecer bajo los cuidados de una madre, hace a los niños resilientes (Landgrave Zamora, 2010).

Entre los hallazgos del estudio se puede retomar la existencia de una diferencia por género entre niños y niñas sin presencia materna. Los resultados generales de la muestra (98 sujetos) Figura 3 arrojan una diferencia significativa en el constructo

general de resiliencia; así como en los factores falta de habilidades sociales y empatía.

Mientras al focalizar nuestra atención al sub-conjunto de niños con ausencia y presencia materna (55 sujetos), no es tan fundamental que se presente un menor grado de resiliencia en los niños sin presencia de la madre como en las niñas. Dicha diferencia podría explicarse debido a que los niños funcionan de una forma más instrumental y lógica que las niñas. Los niños en ausencia de madre, proyectaron más capacidades resilientes que las niñas Figura 4, este resultado podría deberse a que los niños se les habilita más en la vida, pues en general se piensa en el lugar que ocuparan ellos en la sociedad. Viendo en ellos los futuros proveedores y cabeza de familia (Landgrave Zamora, 2010).

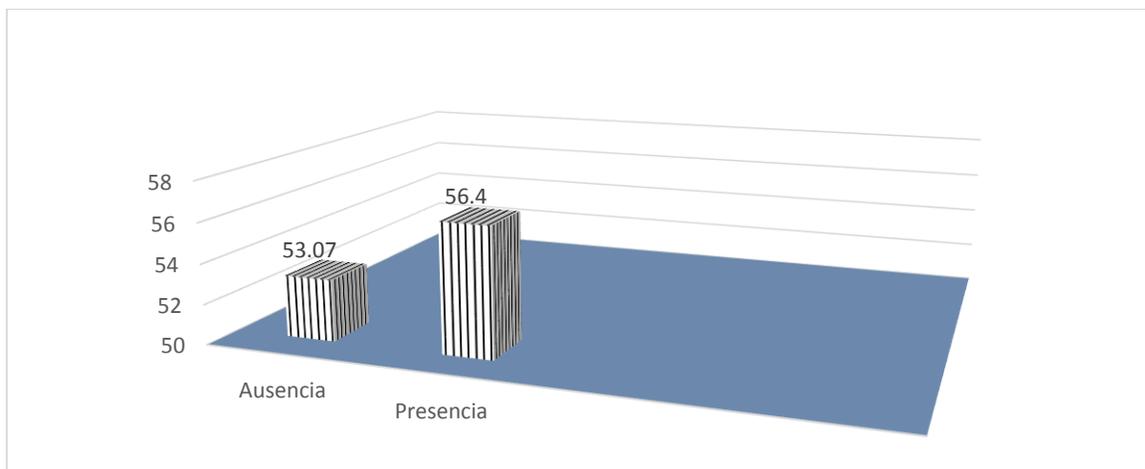


Figura 4: diferencia entre niños con y sin presencia materna en el constructo resiliencia.

Recuperado de Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.

Recuperando los datos del trabajo de Landgrave (2010) para realizar un análisis comparativo de los cinco factores de la resiliencia entre niños con presencia y ausencia materna nos permite observar que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos Figura 5.

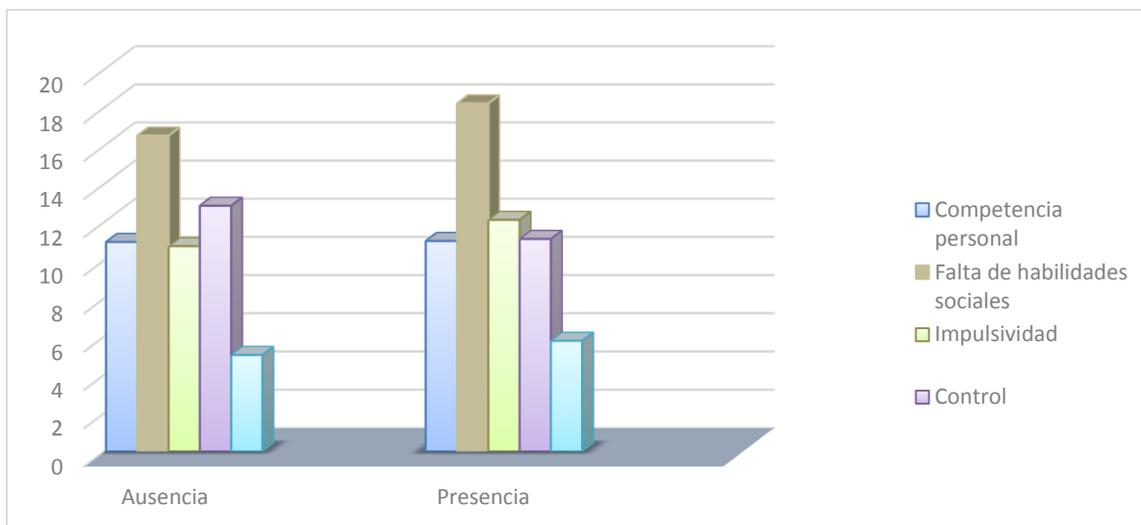


Figura 5: diferencia entre niños con y sin presencia materna los cinco factores de resiliencia.

Recuperado de Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.

Aunque la diferencia observada en el grado de resiliencia sea menos marcada entre niños con y sin presencia materna (sin llegar a ser estadísticamente significativa), la versión adaptada por Valencia (2005) del CCQ se mostró sensible a las diferencias reportadas entre aquellos niños que cuentan con algún tipo de cuidado parental y quienes han sufrido algún tipo de ruptura en el mismo.

Un análisis cualitativo de la resiliencia debe contemplar que la edad promedio de los participantes en el anterior estudio se agrupa principalmente alrededor de los 11 años, edad en la cual la mayoría de los participantes han pasado algún tiempo institucionalizados, recibiendo atención psicológica de forma regular y avanzando en la estructuración de su personalidad a pesar de haber sido separados de su familia.

Como la literatura lo menciona es técnicamente imposible diseñar estudios que nos permitan valorar la resiliencia en un ambiente artificial, a decir de Cyrulnik (2010) el herido cae en un torbellino por el que hubiera preferido no navegar y es ahí donde se ve en necesidad de buscar una mano que se tienda hacia él. Los niños

participantes en el estudio encontraron en el “Centro Amanecer Para Niños” esta mano que se tiende hacia ellos para asistirlos (Landgrave Zamora, 2010).

Sin embargo, la herida sufrida por la separación acompañara a lo largo de sus vidas a los niños asistidos en esta institución. En este sentido es difícil saber si en el “Centro Amanecer para Niños” se ha logrado avanzar por buen camino, tejiendo la resiliencia de su población o los resultados registrados en el estudio se deban a que la actual estructura familiar carece de eficacia en la atención de los menores. En cualquier caso, se requiere un mayor esfuerzo para incrementar los factores que potencian la resiliencia, dado que esta es la mejor herramienta con que se puede equipar a un ser humano para hacer frente a los reveses de la vida.

En el tema de la resiliencia nunca seremos dos grupos separados: quienes se dan a la tarea día a día de atender a las víctimas de los malos tratos y los demás (sociedad general), pues la posibilidad de que el proceso de resiliencia se manifieste en un individuo expuesto a experiencias traumáticas se incrementa cuando el tejido social presenta un interés activo en el bienestar del mismo.

Tal como lo sentenció Cyrulnik (2010) “una infancia infeliz no determina la vida” el trabajo de intervención así como el deber ético de cada ciudadano es reivindicar a los infantes que han sido sometidos a situaciones de maltrato y abandono. Parte de este camino consiste en recordar que estos niños han sido heridos, pero que poseen las mismas potencialidades que cualquier niño y que lo que les permitirá desarrollarlas es el respeto por su condición actual y la disposición a facilitarle una guía de resiliencia.

En el 2011 el Dr. Cyrulnik visito la universidad de Guadalajara “con él se testifica que la resiliencia es posible y que, a pesar del dolor causado por las circunstancias traumáticas y adversas, en el intercambio afectivo con otros se puede <<tejer un manto de palabras>> que permitan dar sentido a lo vivido y reconstruirse” Sánchez & Gutiérrez, Laura (2016, pag. 3).

Promover el tejido de un manto social favorece el surgimiento de la resiliencia secundaria (Barudy & Maryorie, 2011), los resultados del estudio realizado por

Landgrave (2010) con niños del “Centro Amanecer” nos muestra la posibilidad de que este proceso se presente, sin embargo, se requiere la transdisciplinariedad de distintos saberes, así como la participación de los distintos sectores de la sociedad civil, pues, solo al conjugarse todos los factores necesarios este proceso emerge.

Como hemos revisado los estudios realizados por distintos teóricos (Spitz, Anna Freud, Laretta Bender, Bowlby, Siegel, Barudy, etc.) han nutrido históricamente nuestro saber para qué comprendamos el impacto que tienen los cuidados parentales, sin embargo, como se pudo observar en el primer capítulo de este reporte esos conocimientos no se han extendido del todo hacia las buenas prácticas en el cuidado o asistencia de las víctimas del maltrato.

Existen agravantes sobre el problema del maltrato infantil, tal como se lo manifestaron al Dr. Cyrulnik los asistentes al encuentro sobre resiliencia llevado a cabo en Guadalajara. La inquietud ligada a las circunstancias desafortunadas que vive nuestro país en los últimos tiempos: la exacerbación de la violencia, el acelerado crecimiento de la pobreza, la injusticia y la exclusión y la forma en que estos factores inciden sobre la integridad física y psíquica (Sánchez & Gutiérrez , 2016).

El herido lleva a costas la huella de la herida, y el peor error de la sociedad y aún más grave de los profesionales (encargados de atenderlo) es anexar a dicha herida un estigma. Señalar, catalogar o creerse autorizado para definir cuál es la meta de vida que se debe proponer uno de estos niños solamente contribuye a minar el autoconcepto de los mismos. Son ellos mismos quienes en el monitoreo sus propias habilidades pueden definir sus alcances.

Siguiendo a Sánchez & Gutiérrez (2016), las palabras y reflexiones de Boris Cyrulnik resultaron idóneas y esperanzadoras; sustanciales en la reorientación de nuestras perspectivas y consideración de nuestras posibilidades para ir metamorfoseando la preocupación, la impotencia y la indignación en nuevos enfoques y estrategias que contribuyen a enfrentar el sufrimiento psíquico que causa tanta injusticia social.

Dada la flexibilidad que presenta nuestro cerebro en su configuración, sufrir una experiencia traumática durante la infancia no determina que el individuo sufra algún trastorno en etapas más avanzadas de su ciclo de vida (Cyrułnik, 2010). Aunque como pudimos verlo carecer de una figura de apego durante la infancia genera un estilo de apego inadecuado a consecuencia del cual suelen presentarse dificultades en las interacciones posteriores (Di Bartolo, 2016).

La apuesta de intervención en el ámbito asistencial dentro del “Centro Amanecer para Niños” es facilitar que la resiliencia secundaria emerja entre la población, en este sentido el presente reporte considera la exposición de algunos casos, así como su manejo y seguimiento en aras de desarrollar un ambiente favorecedor, que permita a estos niños ir cubriendo sus necesidades básicas en materia de respeto, amor y cuidados.

7. RESULTADOS OBTENIDOS:

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia constituye una de las principales redes de atención a la infancia vulnerable o en situación de abandono de nuestro país. El trabajo dentro de sus Centros Asistenciales posee un carácter multidisciplinar y de equipo, por lo tanto, el producto de una intervención no puede ser atribuido a una sola persona o Área, dicho resultado surge de la acción conjunta de todas las personas que al prestar sus servicios facilitan el bienestar de la población asistida.

Estructuralmente el trabajo del psicólogo es coordinado por la dirección del departamento de psicopedagogía y, a cada psicólogo titular se le asigna una población de entre ocho y diez menores. Sin embargo, el bienestar del conjunto de la población asistida es el fin común que persigue la institución, por lo tanto, todos los esfuerzos son encaminados en este sentido.

La formación académica adquirida en la Facultad de Psicología de la UNAM fue reforzada gracias a que esta sede me permitió ser prestador Servicio Social en sus instalaciones. Ahí pude contribuir en el acompañamiento emocional a los niños en las salas de uso común, realizar entrevistas clínicas, actualizar los expedientes clínicos de nueve menores atendidos por mi supervisora, integrar informes psicológicos en base a los protocolos de las pruebas, así como participar en la organización de cursos impartidos a los niños del Centro.

A inicios del mes de agosto, se lleva a cabo el ingreso de los niños provenientes de Casa Cuna, en este proceso me hice cargo de impartir el curso de inducción a tres de los ocho niños de nuevo ingreso, así como la elaboración e integración al expediente del informe de su trabajo durante el mismo.

Ser prestador de Servicio Social en el Centro Amanecer para Niños me permitió realizar tres valoraciones iniciales completas. En base a los resultados obtenidos de ellas la Junta Directiva del Centro determinó que, dos de los tres menores podían beneficiarse del modelo de trabajo de la institución. Durante el trabajo de inducción al Centro, así como en el seguimiento de C.A. (**caso 1**) pude observar algunos

factores que favorecieron su proceso de resiliencia, por ello se retoma más adelante este caso.

Entre las principales habilidades desarrolladas durante mi Servicio Social se encuentra el desarrollo de la empatía, surgida como una necesidad de saber encuadrar una sesión individual, poniendo los límites necesarios a los niños (en relación al tiempo de la sesión, el uso del mobiliario y el respeto de normas de comportamiento) sin disminuir con ello el Rapport establecido. Durante el desarrollo de la técnica tuve que mantener presente la delicada estructuración psíquica de los niños, quienes en su mayoría han sido víctimas de maltrato extremo.

Tuve la oportunidad de integrar seis estudios psicológicos basándome en los protocolos de la valoración, así como en la información recabada en el expediente clínico de la institución. Esto me permitió aprender a inferir las características de personalidad de cada niño partiendo de los datos registrados por las pruebas, así, como la valiosa experiencia de confirmar que los datos registrados durante un estudio psicológico pueden experimentar cambios significativos durante un lapso cronológico breve (de esto da cuenta el **caso 3**).

La contención emocional y la intervención en crisis fueron una zona de oportunidad durante mi prestación de Servicio Social, en ello invertí gran parte de mi atención. En primera instancia participé como observador, posteriormente me documenté sobre el tema y, finalmente con la respectiva supervisión de la Mtra. Zhenia Hernández Zarate participé proporcionando contención emocional particularmente a A.V. (**caso 2** reportado en este trabajo).

La Mtra. Zhenia mantuvo una actitud colaborativa compartiéndome sus conocimientos sobre la comunicación digital y analógica en una entrevista, la interpretación de pruebas como las Fábulas de Düss, la interpretación de Corman en el test de la Familia, así como en el diseño de un plan de intervención multidisciplinar (actividad que al finalizar el SS logre dominar).

La dinámica del trabajo en equipo contemplo que mi supervisora se interesara en conocer algunas técnicas nuevas como la interpretación del Test Gestáltico

Visomotor según Hutt y Lacks para adolescentes y adultos, el Shipley-2 sugerido para aplicarlo en valoraciones rápidas y no tan profundas de la inteligencia, así como algunas sugeridas para exigir a los pedagogos que utilicen los resultados de las escalas Wechsler de forma personalizada con la población asistida.

Durante la realización de mi Servicio Social pude confirmar la validez de la literatura sobre el tema de resiliencia, según está los niños que han sido víctimas de maltrato, avanzan en la construcción de su proceso de resiliencia por un contradictorio camino, en el cuál a la par que requieren una mano fuerte y segura tendida hacia ellos, suelen permanecer prestos a soltarse de la misma debido a la introyección de estilos de apego inadecuados para su desarrollo.

La dinámica del “Centro Amanecer para Niños” me demando permanecer atento para resolver cualquier situación inesperada que se presentara; desde controlar alguna discusión suscitada entre los mismos niños, hasta colaborar para controlar a algún menor en situación de crisis. Los conocimientos profesionales necesarios para realizar una entrevista inicial, una valoración psicológica o algún curso de inducción son propios del psicólogo en esta sede, sin embargo, la naturaleza de la población asistida nos demanda una capacidad aún más sofisticada: permitirles a los niños verse a través de los ojos de nuestra aceptación total.

Ante la dificultad de presentar en este reporte todas las acciones realizadas me limito a retomar aquellas cuyo contenido resulta más representativo de la naturaleza de la intervención en esta sede de Servicio Social.

Reporte de casos.

Ficha de identificación:

Nombre: C. A. (caso 1)

Sexo: M

Edad: 9

Escolaridad: 4° de Primaria

Motivo de ingreso:

Fue canalizado por otra casa hogar que lo reporta como un niño impulsivo que al enojarse agrede a sus compañeros alterando con esto el orden en la institución.

Antecedentes inmediatos:

La institución que lo albergaba reporto que C.A. en su última crisis de ira agredió al personal que trato de contenerlo, llegando a romper un cristal con sus manos cortándose de forma accidental, recibe tratamiento psiquiátrico con diagnostico X TDAH.

Tras una denuncia por parte de los vecinos este niño fue retirado de su hogar donde era maltratado principalmente por su padrastro, su expediente refiere que llego a ver a su padrastro abusar de su hermana mayor.

Intervención en el caso durante SS:

La entrevista inicial con el menor se realizó en la enfermería del Centro Amanecer, durante la misma acudí acompañando a la Mtra. Zhenia (psicóloga titular), en primera instancia C.A. se mostró renuente a entablar un dialogo con nosotros. Sin embargo, era necesario establecer el rapport adecuado para realizar en las siguientes sesiones la valoración inicial.

Durante la entrevista inicial se pudo observar que C.A. se angustiaba al vernos, por lo cual al presentarme le comuniqué que yo estaba ahí gracias a una valoración de las autoridades del Centro quienes siempre buscan preservar el bienestar de ellos, busqué hacerle sentir una confianza básica, y mostrarle interés. Le mencionándole que estábamos ahí para cuidarlo a él, y a los demás niños de la población.

Le comuniqué verbal y gestualmente qué sin importar lo que había pasado anteriormente en su vida nosotros estábamos ahí para proporcionarle una oportunidad de integrarse al centro y que personalmente me iba a encargar de que él pudiera beneficiarse de los recursos disponibles en la institución.

Mi discurso giró en relación a la oportunidad que tenía frente a él de arrancar de cero e irse integrando al Centro, “nosotros estamos aquí para que tú puedas sentirte mejor, aquí no sacamos a los niños cuando se portan mal, nosotros buscamos que ustedes comprendan porque se sienten mal” seguido de esto el niño accedió a jugar una partida de ajedrez y al siguiente día iniciamos la valoración inicial que reflejaba los siguientes datos:

Área perceptomotriz: (Test Gestáltico Visomotor)	Sin datos sugerentes de daño neurológico, su edad mental se corresponde con la cronológica.
Área Intelectual: (WISC-IV)	Presenta una buena capacidad de aprendizaje con un mejor desempeño en habilidades manuales, su perfil nos permite inferir un ambiente cultural pobre, así como pocas ambiciones intelectuales.
Área afectiva (Test de la Familia, Corman) (Fabulas de Düss)	Presenta un estilo de apego ambivalente con sentimientos de inferioridad por no haber sido proveído en sus necesidades básicas de cuidados, cariño y atención. Se observan indicios de ira reprimida.
Plan de intervención	Integrarlo al centro brindándole reconocimiento constante por sus conductas positivas, integrarlo a

	las actividades culturales organizadas en el centro, trabajar a nivel profundo sus sentimientos de ira hacia sus familiares.
--	--

La junta directiva de “Centro Amanecer” consideró que con estas características C.A. podría beneficiarse del modelo asistencial de la institución, por mi parte continué la intervención honrando mi palabra de encargarme de que él contará con quien avanzar en este proceso de integración. Durante las sesiones utilicé el juego como un medio para transmitirle confianza a C.A., solía mostrarme los dibujos que realizaba y ante su duda de si eran buenos, siempre encontré algo positivo para decirle sobre ellos.

Trabajamos durante 10 sesiones el curso de inducción al centro, durante ellas puse mucho énfasis en trabajar el manejo de la ira debido a que el niño reportaba “que se enojaba y no pensaba en las consecuencias”. Sobre el manejo de la ira abordamos la necesidad de que ignorara a los compañeros que lo agredían, la posibilidad de alejarse de ellos, la valentía que representaba buscar a un adulto que lo apoyara.

El niño fue tomando un sentido de pertenencia al “Centro” donde valoraba contar con transporte a su escuela, buena comida, y la posibilidad de usar un traje en los eventos importantes del Centro (visitas de algún directivo).

Durante la intervención con C.A. busque la manera de integrar el juego al aire libre (llevarlo a las canchas del Centro y jugar futbol con él) con la finalidad de que este canalizara su coraje y esto le permitiera verbalizarlo, durante una sesión de juego el niño reconoció que él si quería a su mamá no como Y. (otro menor que renegaba de su madre por ser indígena) y quién a pesar de ser visitado por ella no la quería.

Mientras jugábamos futbol y charlábamos, C.A. me conto parte de su historia y acerca de cómo su mamá le pegaba con el cable de la plancha, mientras narraba estos hechos el niño golpeaba de tal manera al balón que al siguiente día amaneció

con los tobillos hinchados y adolorido, es probable que estas sesiones hallan favorecido su integración al Centro y a su ciclo escolar.

Trabajar con él me confirmó que cuando un niño es amado durante los primeros años de vida es más probable que esté desarrolle habilidades resilientes (Di Bartolo, 2016), pues siguiendo a Cyrulnik (2010), las habilidades personales se conjugan con las características del ambiente permitiendo algunas veces que la resiliencia emerja favoreciendo la resignificación de los eventos negativos y evitando con ello el surgimiento de trastornos.

Mejoría cualitativa observada en el caso 1 en los 5 factores de resiliencia:

Competencia personal	
Reactivos del CCQ adaptado que lo evalúan.	C.A. fue retirado de un hogar dónde era maltratado y dónde no pudo socorrer a sus hermanos para que no sufrieran de abuso.
Soy ágil. Soy inteligente. Soy hábil. Tengo muchas habilidades. Soy creativo.	Le ha resultado muy complicado valorar algunas de sus habilidades, aunque le gusta dibujar y se considera a sí mismo bueno en esa actividad, así como en el fútbol, y en sus interacciones con sus amigos de la escuela.

Falta de habilidades sociales.	
Reactivos del CCQ adaptado evalúan esta habilidad.	

<p>Hago lo que quiero.</p> <p>Hago sentir mal a los otros con lo que digo.</p> <p>Culpo a otros de lo que yo hice.</p> <p>Critico a los demás.</p> <p>Soy desobediente.</p> <p>Soy una persona mala.</p> <p>Molesto a los demás.</p>	<p>En este factor C.A. ha mejorado considerablemente al situarse como uno de los niños mayores y al valorar al “Centro Amanecer” como un buen lugar para vivir. Acata normas de convivencia y empieza a asumir responsabilidades de sus actos.</p>
--	--

Impulsividad.	
Reactivos del CCQ adaptado evalúan esta habilidad.	
<p>Lloro fácilmente.</p> <p>Me preocupo de cualquier cosa.</p> <p>Cambio muy rápido de humor.</p> <p>Me enojo fácilmente.</p> <p>Me enojo por cualquier cosa.</p> <p>Soy enojón.</p>	<p>Aunque se reconoce a sí mismo como enojón, ha avanzado al canalizar su coraje, manifestando respeto por los adultos del Centro.</p>

Control.	
Reactivos del CCQ adaptado evalúan esta habilidad.	

Pienso antes de hacer las cosas. Soy ordenado en mis cosas. Me concentro fácilmente. Planeo las cosas antes de hacerlas. Me siento seguro en las cosas que hago. Pienso las cosas antes de hacerlas.	La mejoría de este factor le ha valido ganarse algunos privilegios como campamentos, paseos, etc. así como la simpatía de los adultos del centro.
---	---

Empatía.	
Reactivos del CCQ adaptado evalúan esta habilidad.	C.A. muestra un alto sentido de empatía, suele defender a los menores en situaciones de pleito, mantenerse atento del bienestar de sus compañeros y tiene un alto sentido del valor de la amistad.
Me preocupo por otros niños. Me interesa la salud de los demás. Me gusta proteger a mis compañeros (as) y amigos (as) Me importa cómo se sienten los otros.	

Aunque se trata de un niño canalizado a Centro Amanecer por mantener una actitud desafiante, en realidad la red de atención de la institución ha favorecido que su comportamiento mejore considerablemente; se tendrá que seguir trabajando con C.A. para evitar una recaída dado que el proceso de resiliencia no se da de una vez y para siempre.

Ficha de identificación:

Nombre: A.V. (caso 2)
Sexo: M
Edad: 9
Escolaridad: 4° de Primaria

Motivo de ingreso:

A.V. ingresó al SNDIF a los días de nacido, el archivo clínico reporta que sus padres lo abandonaron en una banqueta. Lo único que ha podido averiguar trabajo social sobre sus padres es qué eran adictos y que tuvieron otro hijo mayor con discapacidad mental profunda al que también abandonaron.

Antecedentes del caso:

A.V. es un niño que careció de cuidados parentales desde que nació. Esta dura experiencia lo llevó a establecer un vínculo de apego desorganizado, sin una figura materna, que le permitiera regular sus estados emocionales proveyéndole los cuidados necesarios a esa edad. Una enfermera que lo cuidaba en Casa Cuna reportó que desde muy pequeñito era berrinchudo y que solían usar un casco para evitar que se golpeará en la cabeza contra la pared, porqué solía azotarse contra ella cuando se enojaba.

En su historial psiquiátrico figuran los diagnósticos y tratamientos farmacológicos X TDAH y Trastorno Oposicionista Desafiante. A decir de su psiquiatra A.V. es medicado con la máxima dosis posible de psicofármaco permitido a su edad y peso. No obstante, en los reportes psicológicos de seguimiento A.V. mantiene un comportamiento negativo: en la escuela no trabaja, en el Centro no sigue instrucciones, sus iguales no quieren jugar con él porqué cuando es necesario recurre al berrinche para ser asistido por los mayores y a ellos son regañados. Durante sus sesiones psicológicas se muestra voluntarioso, renuente a trabajar y con poco interés por los materiales con que se trabajaba.

Debido a sus conductas sexuales (buscar las genitales de los muñecos en las sesiones de juego, groserías con contenido sexual) fue valorado ante la sospecha de abuso sexual. La psicóloga especialista en el tema descartó la posibilidad de que A.V. haya sufrido abuso sexual, mencionando que sus conductas sexuales probablemente se debían a sus inquietudes o con haber visto a otros niños.

A pesar de este cuadro clínico del niño, que mantiene preocupados a casi todos los que laboran en “Centro Amanecer”, A.V. mantuvo una óptica que comprende al menor como un pequeño que en su interior busca una mano fuerte y paciente que se tienda hacia él proporcionándole el cariño y la confianza para que puedan emerger sus mejores características adaptativas, por encima de su difícil situación.

Intervención en el caso durante SS:

A.V. fue el primer niño del Centro que conocí, esto fue un día en que todos los demás habían salido de paseo y, él por llamar “puta” a la enfermera se quedó castigado. Se me pidió pasarme toda la mañana con él acompañándolo. Sobre este niño pesa la etiqueta de niño psiquiátrico, niño difícil “sin remedio”; Sin embargo, me enteré de esto después de estar varias horas con él y verlo jugar tan normal como cualquier menor, ver como atesora las notas de sus compañeros de clases que en algún momento (San Valentín, final de curso, etc.) le demostraban afecto.

En el gabinete del Centro realizando informes de valoraciones de evolución encontré entre los reportes pendientes los protocolos de A.V. y al ir integrando el estudio encontré los siguientes datos:

Área perceptomotriz: (Test Gestáltico Visomotor)	Con datos sugerentes de inmadurez, su ejecución corresponde a un niño de 6.5 años aprox. Con indicadores de ansiedad e introversión.
Área Intelectual: (WISC-IV)	Presenta una buena capacidad de aprendizaje con un mejor desempeño en habilidades

	manuales, su perfil nos permite inferir muy pocas ambiciones intelectuales.
Área afectiva (Test de la Familia, Corman) (Fabulas de Düss)	Muestra un estilo de apego desorganizado con sentimientos de inferioridad por no contar con alguien que provea sus necesidades básicas de cuidados, cariño y atención. Se le observa deseoso de pertenecer a una familia.
Plan de intervención	Homologar la conducta del personal que labora en el Centro en la forma de establecer límites y normas al niño. Buscar incrementar sus lapsos de atención en las actividades lúdicas, buscar integrarlo al programa de visitas voluntarias.

El estilo de apego de A.V. me representó un reto técnico, sin embargo, al buscar acercarme a él pude observar un núcleo resiliente, dicho centro aún espera ser atraído por una red social que trabajé en conjunto removiendo las etiquetas que actualmente recaen sobre él, parte de mi labor consistió en esto, sin embargo, su comportamiento ha frustrado cualquier tipo de intervención que se ha intentado.

En las sesiones que tuve con el niño trabajé utilizando el cuento el árbol rojo, del escritor Shuan Tan, para abordar el tema de la tristeza, también empleamos la técnica del renacimiento, utilizando un sleeping se simulo que el menor estaba naciendo apenas y se comenzó un conteo nuevo acerca de cómo se comportaba, se hizo un trato según el cual en cuanto mejorara su conducta, comenzaría a tener visitas voluntarias de la enfermera que lo atendió cuando era un bebé, simbólicamente esto representaba la acción de reencontrarse con una figura materna.

Por el mes de noviembre como una labor de equipo con mi supervisora elaboramos un breve reporte de su malestar (sin mencionar categorías diagnósticas) en el cual se hacían las recomendaciones pertinentes a los maestros acerca de cómo tratarlo en clases. Sin embargo, la actitud de los académicos no fue la esperada para que

A.V tuviera una evolución positiva “ustedes son los profesionales no nosotros, si ustedes no saben qué hacer con él menos nosotros” y esta situación solo contribuyo a agravar la condición del menor.

Mi labor en este caso consistió en brindarle acompañamiento y contención emocional, cabe mencionar que todo el equipo de trabajo eludía estar con él. igual fui observador participante en los procesos de contención física de A.V. en los cuales el médico (a) residente llegó a ser el encargado de coordinar la sujeción con sabanas (al menos ocurrió en tres ocasiones). Debido a la gravedad de las crisis que padecía A.V. la Junta Directiva estaba evaluando la posibilidad de trasladarlo a algún Centro de Atención psiquiátrica.

Durante diciembre se retomó la posibilidad de que recibiera visita voluntaria y esto lo mantuvo motivado a comportarse bien, por esta fecha conoció a su hermano mayor, previó a dicho encuentro se trabajó con él para sensibilizarlo sobre la situación en que se encuentra su hermano, pues éste es asistido en una cama por no tener la coordinación motriz necesaria para moverse por sí mismo (deficiencia intelectual profunda).

Durante mi prestación de S.S. en esta institución busque reafirmar el autoconcepto que tiene A.V. le hacía ver las cosas buenas que él podía hacer, esto fue desde barrer un patio, atrapar un grillo, realizar un dibujo para su escuela. En varias ocasiones el niño manifestó preocupación por su futuro, a lo cual le comenté que él debía esforzarse para hacer las cosas bien, le interprete sus protocolos del WISC, jugué continuamente con él y nunca deje de ver en él un núcleo resiliente y mencionarle que él podía acceder a una vida digna basándose en sus habilidades.

Este caso refleja el fuerte impacto de no disponer de cuidados parentales durante la infancia temprano, así como las agravantes de no contar con una guía de resiliencia clara, los mismos profesionales encargados de velar por su bienestar han llegado a considerar que sus esfuerzos son inútiles en este caso, actitud que refuerza el estado de abandono actual del menor.

Ficha de identificación:

Nombre: Y. (caso 3)

Sexo: M

Edad: 11

Escolaridad: 6 de Primaria

Motivo de ingreso:

Y. fue abandonado por su madre a la edad de cuatro años, la Sra. sufre de esquizofrenia paranoide y cuando el niño tenía esa edad decidió dejarlo en una banqueta de la que su tío lo recogió para llevárselo a un albergue.

Antecedentes del caso:

Y. proviene de una familia de clase media, es producto de una relación en la cual el padre huyó al enterarse del embarazo, los cuatro primeros años fue criado por su mamá, sin embargo, ésta lo abandonó en una banqueta durante un episodio psicótico en la cual manifestó que ella era incapaz de cuidar del bienestar de su hijo.

Su tío se encargó de recogerlo y llevarlo a una Casa Hogar, el Sr. menciona que él no puede llevarse a su casa al niño porque tiene miedo a que al paso de los años esté desarrolle la misma patología que su mamá. Considera que integrar a Y. a su familia alteraría las cosas y él no puede exponer a su familia. Sin embargo, desde un principio mencionó que estaría pendiente del menor, visitándolo y poniendo en orden los papeles para que llegando a la edad necesaria esté pueda heredar las pertenencias de su mamá.

Intervención en el caso durante SS:

El primer acercamiento a Y. fue a partir de los protocolos del último estudio psicológico acerca de su evolución. Mi supervisora me pidió integrar su reporte basándome en los protocolos de las pruebas y los antecedentes de las valoraciones anteriores, dichos informes registraban una presencia intermitente de su tío, esta

inconstancia para visitarlo y satisfacer con ello las necesidades afectivas del niño fue confirmada al charlar con su psicóloga, quién confirma que es común que el Sr. deje plantado al niño, enviando en ocasiones solo a su esposa a visitarlo.

Los resultados arrojados por los protocolos de esa valoración conforman el siguiente perfil:

Área perceptomotriz: (Test Gestáltico Visomotor)	Madurez perceptomotriz correlacionada adecuadamente con la edad cronológica con indicadores de ansiedad.
Área Intelectual: (WISC-IV)	Una baja capacidad de aprendizaje cuyas funciones de atención y memoria se muestran considerablemente disminuidas, pocas ambiciones intelectuales.
Área afectiva (Test de la Familia, Corman)	Presenta una familia Idealizada en la que su tío figura como el principal proveedor de sus necesidades afectivas, a la vez que se esté se mantiene distante, esta actitud ha desarrollado sentimientos de inferioridad en Y al percibirse desvalorizado.
Plan de intervención	Buscar que el compromiso del su tío para visitarlo sea estable, abordar en sesiones individuales su estado emocional en relación con sus sentimientos de abandono.

Elaborar el reporte psicológico de Y. me permitió formarme una imagen mental sobre las características psicológicas del niño. En su protocolo del WISC-IV su desempeño alcanzaba la categoría CIL (C.I. 77), mientras su psiquiatra estaba revalorando cambiar la categoría diagnóstica X TDAH a Asperger. La maestra Zhenia al hablarme del caso me facilitó unas lecturas sobre Asperger y me pidió mi opinión basándome en la integración del reporte psicológico, sin embargo, los

protocolos no reflejaban ninguna información concluyente sobre la presencia de alguna patología.

Conocí al niño durante una visita a la FILI, me senté en el camión a su lado, sin saber que se trataba de él, me comporté de forma natural (sin prejuicio), aunque se me había encomendado poner atención particular al comportamiento de A.V. (caso 2) y Y. Le pregunte ¿quién es Y? me comento con cierto asombro que era él. Con el fin de no alterar su comportamiento y poderlo observar naturalmente le di a entender que mi interés derivaba de estar trabajando en común con Zhenia, el niño mostro agrado ante mi interés en él, resultando aquel primer acercamiento muy positivo en el establecimiento del Rapport.

De vuelta al consultorio la Mtra. Zhenia me pregunto cómo se había comportado Y. durante esta salida; con motivo de su interés le manifesté mi sorpresa dado que el niño real que había conocido no coincidía con el perfil registrado en las pruebas de su anterior valoración. Ante este hallazgo, le pregunté a mi supervisora si ella había realizado personalmente la valoración y hacia cuanto de eso. Me comentó que la había realizado el último pasante que estuvo con ella y hacia ocho meses de eso. Le aseguré a la Mtra. Zhenia que este niño no tenía rasgos de un desempeño intelectual limítrofe y que en relación con Asperger las pruebas no arrojaban datos concluyentes, aunque reconocía que Y. tenía una marcada dificultad para establecer contacto visual, Sugerí que era necesario realizar una nueva valoración porque ese estudio no proporcionaba datos sobre el estado actual del niño.

Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre mantuve contacto cercano con Y. a quién llegué a contener en una discusión surgida en un campamento, durante dicho evento el niño mostró tener un adecuado manejo de sus impulsos, a pesar de haber sido agredido por otro niño del Centro Y. acató la indicación de frenar la discusión que rayaba en golpes; separe a Y. de su compañero mediante un abrazo, mencionó que el otro menor le había dicho “pendejo” y otras cosas por el estilo, ante esto le reafirme que él no era nada de eso y que prestarle atención a una agresión así, solo le traería problemas. Tras un poco de contención se le invito a integrarse a los juegos, el niño sonrió y regreso a un estado de bienestar.

En noviembre y diciembre su tío no acudió a sus visitas programadas, en la primera ocasión la Mtra. Zhenia tuvo que acudir para darle contención emocional a Y. debido a que éste se paseaba angustiado por los pasillos buscando con la vista a sus familiares, platicar con él le permitió liberar sus emociones a través del llanto y verbalizar su frustración a través de frases como “¿Por qué no vino? “eso no es convivencia”.

En relación con la actitud irresponsable de su tío se entablo una sesión en la cual se le hizo comprender la importancia de comprometerse con la salud mental de su sobrino y sobre el impacto negativo que estaba teniendo su conducta en el bienestar del menor, en lo sucesivo fue más formal en sus visitas.

Desde mi ingreso al Centro mantuve una actitud de interés hacia Y. buscando interactuar con él, a través de pequeñas bromas lo hacía reír, y cuando este no entendía el chiste se lo replanteaba de otro modo. En el mes de enero decidimos que era oportuno realizar el estudio psicológico de evolución. Zhenia le pregunto al menor si estaba de acuerdo en trabajar conmigo durante esta valoración, a lo cual él tuvo una respuesta positiva.

Durante el trabajo en gabinete busqué conformar un espacio en el cual Y. fuera reafirmado sus habilidades y reconociendo sus características positivas, un ejemplo extremo de esto es una ocasión en que nos contó que otro menor le había pedido chuparle el pene y él lo rechazó tajantemente, lo felicitamos reafirmando lo importante que es saber cuidarse y conocer las opciones para alejarse de los peligros.

Los resultados obtenidos en esta segunda valoración arrojaron el siguiente perfil.

Área perceptomotriz: (Test Gestáltico Visomotor)	Madurez perceptomotriz correlacionada adecuadamente con la edad cronológica.
Área Intelectual: (WISC-IV)	Una muy buena capacidad de aprendizaje cuyas fortalezas se constituyen de una buena memoria a largo plazo, una excelente capacidad de síntesis, así como el acató de normas y usos sociales, con procesos de atención y memoria vulnerados por la ansiedad.

Área afectiva (Test de la Familia, Corman)	Proyecta una familia idealizada integrada por ambos padres, dando una mayor significancia al padre, con quién se identifica.
Plan de intervención	Sensibilizar a su tío acerca de las necesidades del niño de recibir atención cariño y un hogar que le permita desarrollarse adecuadamente, desarrollar materiales pedagógicos que despierten su interés, trabajar sobre un plan de vida con el menor. Seguir abordando sus sentimientos en relación a su actual estado de abandono.

Hacia finales del periodo en que fui prestador de Servicio Social en esta sede, en un proceso de compensación Y. se había vinculado al Lic. Víctor jefe del departamento de Psicopedagogía, quien fungía como una excelente figura de apego sustituta de su tío, esto incidía positivamente en su bienestar.

Es probable que en este caso la presencia de la madre durante los primeros años de vida allí favorecido el desarrollo de algunas habilidades resilientes, sin embargo, la herida de la separación impactó fuertemente la estructura psíquica del menor. Al ser su tío quien lo asistió durante este evento traumático Y. volcó todas sus necesidades en él, mi presencia y la del Lic. Víctor se presentan como guías alternativas de resiliencia en la vida del menor y este avanza en su desarrollo.

En este caso queda en manos del personal que labora labor en el “Centro Amanecer” seguir mostrando al niño el valor de sus habilidades y el reconocimiento de cada logro para que consiga, todo esto con el fin de continuar tejiendo el manto resiliente que le permita integrarse adecuadamente a la sociedad.

8.RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Las recomendaciones aquí presentadas tienen como fin contribuir a optimizar el trabajo realizado con la población albergada en las instalaciones de esta sede. Durante su elaboración se contempló ir conjugando la experiencia de los psicólogos titulares con la disposición para consolidar a través de la práctica los conocimientos teóricos adquiridos durante los años de estudio del prestador de Servicio Social.

Con el fin de lograr este cometido esta sesión se divide en tres rubros:

- Limitaciones inherentes al trabajo realizado durante el Servicio Social.
- Aprendizajes obtenidos durante la prestación del Servicio Social.
- Propuesta de intervención.

Limitaciones inherentes al trabajo realizado durante el Servicio Social

Durante mi formación en la Facultad de Psicología, al cursar el 5° semestre de la carrera realicé prácticas profesionales en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), durante esta experiencia tuve la oportunidad de realizar tres estudios psicológicos completos, resultando de estas evaluaciones dos diagnósticos X discapacidad intelectual leve y uno por Trastorno de Ansiedad por Separación. Desde este momento comencé a ver el papel que los cuidadores principales tienen dentro del proceso de intervención.

Mi segunda experiencia de acercamiento a la psicología infantil, fue durante el 7° semestre, en esta ocasión realicé prácticas en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad “Dr. Guillermo Dávila”, donde tuve la oportunidad de hacer entrevistas iniciales y observar el influjo que tiene la dinámica familiar sobre el usuario, sea que esté emita por sí mismo un motivo de consulta o llegue ahí por imposición de algún adulto (muchas veces los propios padres).

Estas dos experiencias me llevaron a enfocar las problemáticas psicológicas a partir del funcionamiento del sistema familiar. Planteándome una gran pregunta ¿Qué pasa con un individuo con ausencia de familia? motivado por este interés decidí

realizar mi Servicio Social con población institucionalizada, considerando que esto me llevaría un paso adelante en mi proceso de formación.

La posibilidad de prestar mi Servicio Social en “Centro Amanecer para Niños” resulto un reto inmensamente enriquecedor. Esta oportunidad implicó entrar en contacto con una población de aproximadamente 40 menores, integrando estudios psicológicos de al menos 12 de ellos, focalizando mi perspectiva sobre las características internas de cada uno de ellos, sin olvidar el papel que juega el medio social (en este caso el personal del Centro) en ello.

Una de las principales dificultades a superar fue mi prejuicio sobre lo que implica ser un niño abandonado, al inicio de mi Servicio Social inconscientemente llegué a considerarme una especie de benefactor que sería recibido con anhelada espera. Pronto tuve que comprender que muchos de los niños aquí institucionalizados han venido trabajando con distintos terapeutas sin llegar a sanar completamente sus heridas. Esta situación favorece el establecimiento de relaciones superficiales debido a que los menores son conscientes sobre la factibilidad de tener que separarse de la nueva figura de apego.

Técnicamente me representó una gran dificultad equilibrar la aceptación y el reconocimiento a los niños, con el establecimiento de los límites y normas necesarios. Tuve la necesidad de ir reconociendo los alcances de mi intervención; comprendiendo que acorde con las características de estos niños el rapport es un elemento frágil y, que sólo con un interés honesto y constante hacia cada uno de ellos se podía construir un puente hacia su mejora.

Cuando se presentó la oportunidad de estar al frente de un pequeño grupo me di cuenta que mis habilidades adquiridas hasta ese momento no me alcanzaban para coordinar la sesión, en estos casos era afortunado contar con la supervisión de la Mtra. Zhenia quién solía darme sugerencias sobre el manejo del grupo.

Aunque seis meses sean un lapso muy corto para lograr una resignificación del dolor experimentado por alguno de los menores atendidos. Durante este tiempo tuve la inmensa retribución de observar claras mejorías en algunos de ellos.

Aprendizajes obtenidos durante la prestación del Servicio Social.

Reconocer mis insuficiencias teóricas y técnicas sobre el manejo de niños maltratados me demandó (con sentido de urgencia) buscar literatura sobre el tema. El resultado de ir conjugando la teoría con las actividades realizadas en “Centro Amanecer” me permitió mejorar mis conocimientos y habilidades acerca de las siguientes temáticas:

- México es de los países con mayor grado de violencia ejercida contra los niños.
- La población atendida por el SNDIF es solo la punta del iceberg que constituye esta problemática de salud mental. La población civil prefiere delegar en las autoridades su responsabilidad.
- La naturaleza del vínculo establecido durante la infancia temprana se introyecta en los niños, generando un estilo de apego, el cuál presenta cierta permanencia durante todo el ciclo de vida.
- La formación de una memoria emocional en los niños que han sido víctimas de maltrato incide negativamente en el establecimiento de relaciones profundas.
- Cuando los menores establecen un estilo de apego desorganizado o inseguro presentan una mayor vulnerabilidad a padecer depresión u otros trastornos de personalidad en otras etapas de la vida.
- Uno de los mejores resultados de la intervención lo constituye la emergencia de la resiliencia. En ella se conjugan las características individuales con las del medio ambiente, se trata de un proceso en el cual el impacto de la experiencia traumática cede terreno a la experiencia del bienestar.
- trabajar con los padres maltratadores es impostergable. Aunque en muchos casos de maltrato infantil el maltratador ha sido a su vez maltratado no es estrictamente necesario que sea así.

El día 15 de agosto del 2015 una de las psicólogas titulares se retiró del centro por un lapso de 6 meses (mediante una licencia autorizada por dirección), esta

ausencia fue cubierta por las otras dos psicólogas titulares apoyadas por un prestador de servicio social cada una. Esta dinámica de trabajo me demandó optimizar mis recursos para consolidar algunas habilidades necesarias en la intervención dentro del “Centro”.

Habilidades reforzadas durante el Servicio Social:

- Organización: el manejo de una agenda de trabajo fue un instrumento necesario para la planificación de cada actividad y el registro de sus resultados.
- Tolerancia: dadas las características de la población los resultados no siempre fueron los esperados al planificar la actividad, resultando necesario en varias ocasiones replantear la dinámica o efectividad de la misma.
- Creatividad: quizás sea esta la habilidad que me dio los resultados más inesperados y productivos. El desarrollo de la misma contemplo actividades al aire libre, en las que la atención y el interés genuino favorecían la espontaneidad y la confianza.
- Análisis y síntesis: esta habilidad me requirió monitorear mis propios conocimientos, y habilidades buscando constantemente ampliarlos. Escuchar a los terapeutas experimentados con atención y con un sentido crítico con la finalidad de evitar caer en determinismos.
- Asertividad: me fue necesario aprender a expresar mis opiniones sin ofender a los profesionales y sin tomar partido por algún grupo de poder al interior de la institución, colocando el bienestar de los menores atendidos como la principal motivación durante mi prestación de Servicio Social.

Propuesta de intervención.

(Taller de Resiliencia)

La presente propuesta contempla una serie de elementos observados durante el tiempo en que estuve prestando mi de Servicio Social en esta sede:

- La falta de psicólogos experimentados.
- La inexperiencia de los prestadores de Servicio Social.
- Las necesidades de la población asistida en el Centro.

La finalidad que persigue esta propuesta es mejorar los resultados obtenidos durante el proceso de intervención, sea llevado a cabo por un psicólogo titular de la sede o por un prestador de Servicio Social. Aunque en primera instancia parezca requerir una gran inversión de tiempo, se propone que a través de la Versión ajustada del California Child Q-set (Valencia, 2005, en Landgrave, 2010) se monitoree el resultado obtenido mediante estos esfuerzos.

Esta propuesta contempla la realización de un Curso-Taller de resiliencia; dicho Curso-Taller se puede planificar con una duración aproximada de seis meses (tiempo estimado de duración de S.S.). Se debe contemplar aplicar la versión ajustada del California Child Q-set versión ajustada (anexo 1) un mes antes de que los menores que van a ingresar al “Centro Amanecer” sean trasladados de sus respectivas Casas Cuna.

Se recomienda que los resultados encontrados en esta prueba sean integrados al archivo clínico enviado previamente al “Centro Amanecer” junto con una interpretación clínica elaborada por el psicólogo que atendía cada caso en Casa Cuna. Este material servirá como una base sobre la cual se pueda evaluar el grado de resiliencia presente en cada menor que ingresa al “Centro”.

Con la finalidad de potenciar los alcances del Curso-Taller sobre resiliencia es importante que todo el personal que labora en “Centro Amanecer” se integre a

través de un proceso de sensibilización hacia la resiliencia. Se recomienda que este proceso sea dirigido por las autoridades del Centro trabajando en forma grupal con los integrantes del equipo de trabajo (preferentemente en grupos no mayores a 25 integrantes) para abordar durante cuatro sesiones (de dos horas cada una) los temas propuestos en la Tabla 3.

Tabla 3.

Esquema de trabajo de sensibilización al Curso-Taller de resiliencia.

Primera sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas que cada participante tiene sobre la resiliencia • El concepto de la resiliencia
Segunda sesión	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué puede aportar cada disciplina? • Análisis individual basado en el CCQ-set versión ajustada.
Tercera sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerencias para el diseño de un modelo de intervención individualizado.
Cuarta sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un plan multidisciplinar a seguir. • Elaboración de un manual para nuevos integrantes del equipo (prestadores de S.S. de diversas áreas)

Este esquema de trabajo facilitará que el personal pueda concebirse a sí mismo como el principal promotor de resiliencia en la población asistida en esta sede. El advenimiento de la multidisciplinariedad durante el diseño del Curso-Taller de resiliencia aportará distintos puntos de vista profesionales sobre una problemática común, la responsabilidad de brindar asistencia a menores que han sido expuestos a situaciones de maltrato y/o abandono.

Se propone abordar la resiliencia basándose en el modelo de los cinco factores propuestos por Block (1980): **competencia personal, habilidades sociales, impulsividad, control y empatía**. Diseñando, a partir de este modelo, un programa que permita planificar el trabajo en cuatro sesiones con una duración de dos horas cada una, se irán abordando un factor distinto de la resiliencia durante un mes. De tal modo que dicho Curso-Taller quedará estructurado para trabajarse durante los cinco meses posteriores al ingreso de la población proveniente de Casas Cuna.

Se propone utilizar el juego como una herramienta eficaz durante la ejecución del Curso-Taller. A través del juego se pueden abordar de forma divertida las temáticas inherentes a cada factor de la resiliencia. Mediante esta herramienta los tutores de resiliencia deben facilitar que los menores experimenten un proceso de reconocimiento de aquellas capacidades y habilidades disponibles en su interior; fomentando que estas sean valoradas como un recurso disponible para hacer frente a la adversidad que los lleve a ser albergados en el Centro.

Esta propuesta se extiende a todo beneficiario del “Centro Amanecer para Niños” por lo tanto se sugiere trabajar el Curso-Taller con dos tutores por grupo al menos, un psicólogo titular y un coterapeuta. Como criterio para integrar los grupos se puede utilizar la división preestablecida de los dormitorios del Centro (equipo 1,2,3 y 4), según la cual: los niños de cada grupo tienen aproximadamente la misma edad y poseen cierta cohesión grupal.

Se propone que al trabajar con aquellos grupos en que se encuentre uno o más menores con características psiquiátricas, se ponga especial atención para facilitar que su figura significativa participe como coterapeuta (sin importar la función

profesional que este cubra en el Centro), pues esta dinámica permitirá una mejor regulación emocional de los usuarios más afectados por su situación. Igualmente se sugiere que su terapeuta asignado sea quien coordina el Curso-Taller, pues esto le permitiría abordar en las secciones individuales las conductas observadas.

Se recomienda llevar a cabo el taller en los distintos espacios de uso cotidiano para la población albergada, esto es: el patio principal del Centro, el área de canchas, la sala de TV, la zona de la biblioteca y eventualmente buscar el modo de llevar las dinámicas a espacios abiertos como los Viveros de Coyoacán, Parque de los Coyotes, etc. la propuesta considera propiciar una actitud creativa que mantendrá interesados a los participantes en el Curso-Taller, potenciando los beneficios del mismo.

El humor y la creatividad de los terapeutas son centrales en la tarea de incrementar el grado de resiliencia presente en la población participante. Sin embargo, durante la ejecución del Curso-Taller de resiliencia es importante que se mantengan unas líneas de acción claramente focalizadas a metas en particular, de manera global se propone la siguiente estructura Tabla 4 para planificar el Curso-Taller de resiliencia.

Tabla 4.

Esquema de trabajo para el Curso-taller de resiliencia.

<p>Bienvenida al Curso-Taller de resiliencia.</p>	<p>En una reunión con toda la población del “Centro” las autoridades explicaran, de manera muy general, el funcionamiento del Curso-Taller, así como los fines que este persigue.</p>
<p>Objetivo: Incrementar la Competencia personal de los participantes.</p>	<p>Estructura general de las sesiones: Bienvenida, juego introductorio, compartir grupalmente los acontecimientos y emociones experimentados durante la semana, actividad programada, descanso de 10 minutos, actividad de cierre.</p>

<p>Numero de sesiones: Cuatro</p>	<p>Temas sobre los que debe reflexionar el participante en cada sesión de este módulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Yo soy? • ¿Cómo me siento de estar en esta situación? • ¿Cuál es la solución que puedo aportar en el mediano y largo plazo a mi situación actual? • ¿Cuáles son las características que me hacen merecedor de afecto?
<p>Objetivo: Incrementar las Habilidades sociales de los participantes.</p> <p>Numero de sesiones: Cuatro</p>	<p>Temas sobre los que debe reflexionar el participante en cada sesión de este módulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Yo tengo? • ¿Qué puedo hacer con lo que tengo en el Centro? • ¿Cómo me comporto con mis iguales? • ¿Qué puedo hacer yo para que mi equipo sea el mejor?
<p>Objetivo: Mitigar la Impulsividad de los participantes.</p> <p>Numero de sesiones: Cuatro</p>	<p>Temas sobre los que debe reflexionar el participante en cada sesión de este módulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Yo estoy? • ¿Qué sucede cuando no respeto las reglas? • ¿Qué problemas me ha generado hacer berrinches? • ¿Cómo pude haber actuado durante la última vez que tuve una pelea?
<p>Objetivo: Incrementar el grado de Control de los participantes.</p>	<p>Temas sobre los que debe reflexionar el participante en cada sesión de este módulo:</p>

<p>Numero de sesiones: Cuatro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Yo puedo? • ¿Qué beneficios obtengo cumpliendo con mis labores escolares? • ¿Qué puedo hacer cuando surge un conflicto con un compañero? • ¿Cómo puedo resolver un problema que se presente a mi grupo?
<p>Objetivo: Incrementar el nivel de empatía de los participantes.</p> <p>Numero de sesiones: Cuatro</p>	<p>Temas sobre los que debe reflexionar el participante en cada sesión de este módulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes son mis mejores amigos y por qué? • ¿Cómo me siento cuando veo llorar a un compañero? • ¿Qué puedo hacer yo para hacer sentir mejor a un compañero que se siente mal? • ¿Qué me siento cuando veo feliz a un amigo?
<p>Valoración del curso.</p>	<p>Una vez concluyendo el Curso-Taller de resiliencia se recomienda aplicar el California Child Q-set versión ajustada para evaluar los resultados y proponer las posibles mejoras registradas.</p>

Técnicas y herramientas terapéuticas sugeridas para estructurar este Curso-Taller: videos y películas, plastilina, materiales didácticos, imaginación visual, dinámicas grupales estructuradas, conversaciones, role playing, ejercicios escritos. Por último, se considera necesario elaborar un manual sobre los contenidos de este Curso-Taller con el fin de entregárselo a los nuevos integrantes del “Centro” para que estos puedan anticiparse a la ejecución del mismo.

Bibliografía

- Acevedo Alemán, J. (2010). *Castigo Infantil en México, El: Las practicas ocultas.* . México: Plaza y Valdés Editores .
- Álvarez González, M. Á., Ortega, M. T., & Valiente, C. M. (2013). *Principios de neurociencias para psicólogos* . Buenos Aires : Paidós .
- Barudy Labrin, J., & Dantagnan, M. (s.f.). *Manual teórico-practico para apoyar y promover la resiliencia de los niños y niñas victimas de los malos tratos y de la violencia*. Obtenido de Desastre: <https://desastresnuestro.wordpress.com>
- Barudy, J. (1998). *Dolor invisible de la infancia, El. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil* . Barcelona: Paidós .
- Barudy, J., & M. D. (2011). *Fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil, La*. Barcelona: Gedisa.
- Becerril, A. (03 de Marzo de 2013). Voluntariado Social, una tradición de largo alcance . *Excelsior* .
- Bowlby, J. (1996). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoria del apego* . Barcelona: Paidós .
- Correa López, G. (2009). *Sistemas de salud pública y bienestar social*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Cyrułnik, B. (2010). *Patitos feos, Los. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida* . Barcelona : Gedisa .
- Di Bartolo, I. (2016). *Apego, El. Como nuestros vínculos nos hacen quienes somos* . Lugar .
- Dulanto Gutiérrez, E. (2017). Maltrato a niños y adolescentes en la zona rural . En A. Loredó Abdalá, *Maltrato infantil: gravedad y prevención* (págs. 103-117). México D.F.: Editores de Textos Mexicanos .
- Enseñat Cantallops, A., Rovira, T. R., & Molina, A. G. (2015). *Neuropsicología pediátrica*. Madrid: Síntesis .
- Flores Lázaro, J. C., & Ostrosky-Shejet, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas.* . México: El Manual Moderno.
- Giberti, E., Garaventa , J., & Lamberti, S. (2005). *Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Gonzalo, J. L., & Pérez Muga, Ó. (2012). *¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo? Guía para padres adoptivos con hijos con trastornos del apego*. Sevilla: Desclée De Brouwer.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura (2º edición)* . Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Horno, P. (2009). *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato (2ª edición)* . Sevilla : Desclée De Brouwer .
- Landgrave Zamora, H. (2010). Estudio sobre características de la resiliencia en niños (as) que viven en ausencia y en presencia de madre. D.F., México: Tesis.
- Larracila Márquez, A. (2012). Obtenido de www.dof.gob.mx
- Larrain, S., & Bascuñan, C. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos Unicef*.
- Loredo Abdalá, A. (2017). *Maltrato infantil: gravedad y prevención* . México D.F.: Editores de Textos Mexicanos .
- Manciaux, M. (2010). *Resiliencia: resistir y rehacerse, La* . Barcelona: Gedisa .
- María Mateos, R. J. (2017). Una opción preventiva preferencial: ayudar a desaprender el maltrato contra los niños . En A. Loredo Abdalá, *Maltrato infantil: gravedad y prevención* (págs. 119-136). México D.F.: Editores de Textos Mexicanos .
- Martín, Á., & C. V. (2005). *Cuando me encuentro con el Capitán Garfio... (NO) me engancha* . Desclée de Brouwer.
- Martinez, C., & Santelices , M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión . *Psykhé (online)*, 181-191.
- Mussen, P. (2013). *Desarrollo psicológico del niño* . México : Trillas .
- Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestaltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile : Cuatro Vientos.
- Olivo Pérez, M. A. (2013). *Niños vulnerables, Los . Una perspectiva crítica*. Barcelona : Gedisa.
- Perls, F., & P. B. (2006). *Terapia Gestalt. Teoría y práctica, su aplicación* . México: Pax.
- Polster, E., & M. P. (2009). *Terapia gestaltica (2ª ED.)* . Amorrortu .
- Puig, G., & Rubio, J. L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada* . Barcelona : gedisa .
- Recalcati, M. (2015). *Ya no es como antes. Elogio del perdón en la vida amorosa* . Barcelona: Anagrama.
- Rodes Lloret, F., Olmos, C. M., & Bravo, M. P. (2010). *Vulnerabilidad infantil. Un enfoque multidisciplinar* . Madrid: Diaz de Santos .
- Rosselli, M., E. M., & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Manual Moderno, El.

- Sánchez, A. G., & Gutiérrez, L. (2016). *Criterios de resiliencia entrevista a Boris Cyrulnik*. Barcelona: Gedisa.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid : McGraw-Hill.
- Secretaría de Salud. (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México DF: SSA.
- Sergueyevna Mujina, V. (2015). *Psicología evolutiva*. Madrid: A. Machado libros.
- Siegel, D. J. (2010). *Mente en desarrollo, La. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser 2º ed*. Bilbao : Desclée De Brouwer.
- SNDIF. (2016). Obtenido de sn.dif.gob.mx
- Sotelo, M. T. (2015). *Fundación en pantalla contra la violencia infantil*. Obtenido de www.fundacionenpantalla.org
- unicef. (2016). *unicef*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/protection/index_orphans.html
- unicef México*. (s.f.). Obtenido de <http://www.unicef.org/mexico/spanish/>
- Valencia García, M. d. (2005). *El control y la resiliencia del yo en los problemas de los niños y niñas*. México .
- Villanueva Badones, L., & Estevan, R. C. (2009). *Menor ante la violencia, El. Procesos de victimización*. Universitat Joume I.
- Zamora Pasadas, M. (2011). *Maltrato infantil. Prevención e intervención*. Formación Alcalá.

10. APENDICES O ANEXOS

Versión ajustada del Californix Child Q-set (Valencia, 2005, tomado de Landgrave)

A continuación se presenta una serie de enunciados, trata de responder honestamente a todos ellos señalando con una X cómo eres tú. Recuerda contestar todas las preguntas.

0=Nunca 1=Algunas veces 2=La mayoría de las veces 3=siempre

1	Hago lo que quiero.	0	1	2	3
2	Me preocupo por otros niños.	0	1	2	3
3	Hago sentir mal a los otros con lo que digo.	0	1	2	3
4	Me interesa la salud de los demás.	0	1	2	3
5	Culpo a otros de lo que yo hice.	0	1	2	3
6	Lloro fácilmente.	0	1	2	3
7	Me preocupo de cualquier cosa.	0	1	2	3
8	Pienso antes de hacer las cosas.	0	1	2	3
9	Me gusta proteger a mis compañeros (as) y amigos (as).	0	1	2	3
10	Me importa cómo se sienten los otros.	0	1	2	3
11	Soy ágil.	0	1	2	3
12	Cambio muy rápido de humor.	0	1	2	3
13	Soy ordenado en mis cosas.	0	1	2	3
14	Critico a los demás.	0	1	2	3
15	Soy desobediente.	0	1	2	3
16	Me concentro fácilmente.	0	1	2	3
17	Planeo las cosas antes de hacerlas.	0	1	2	3
18	Soy inteligente.	0	1	2	3
19	Soy una persona mala.	0	1	2	3
20	Molesto a los demás.	0	1	2	3
21	Me enojo fácilmente.	0	1	2	3
22	Me siento seguro en las cosas que hago.	0	1	2	3
23	Soy hábil.	0	1	2	3
24	Soy agresivo (a) (pego, muerdo, empujo, insulto a los demás)	0	1	2	3
25	Me enojo por cualquier cosa.	0	1	2	3
26	Tengo muchas habilidades.	0	1	2	3
27	Soy enojón.	0	1	2	3
28	Soy creativo.	0	1	2	3
29	Pienso antes de hacer las cosas.	0	1	2	3

Los factores 5 son:

Competencia personal: reactivos 11,18,23,26,28. **Falta de habilidades sociales:** 1,3,5,14,15,19,20 y 24.

Impulsividad: 6,7,12,21,25,27. **Control:** 8,13,16,17,22 y 29. Y **Empatía:** 2,4,9,10.