

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA NIÑA
VÍCTIMA DE MALTRATO INFANTIL POR NEGLIGENCIA**

Oriana Sofía Cogollo Guzmán

Asesores

Ana María Arias Zuleta

(Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, Magister en Psicología Clínica)

Rodrigo Mazo Zea

(Psicólogo, Especialista en Terapia Cognitiva, Doctorando en Psicología)

**Universidad del Norte
Facultad de psicología
Maestría en psicología- profundización clínica
Barranquilla
2015**

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	4
Justificación.....	6
Área problemática	9
Objetivos	13
Historia clínica del paciente	14
Historia de caso	14
Formulación de caso.....	18
Plan de tratamiento	22
Curso del tratamiento	24
Descripción de las sesiones.....	29
Marco conceptual de referencia	32
Teorías del apego y desarrollo infantil	32
Estilos de apego y psicopatología.....	37
Apego y esquemas cognitivos	39
Maltrato infantil por negligencia y abandono	46
El maltrato infantil en el contexto familiar.....	46
El maltrato infantil.....	48
Maltrato infantil por negligencia y maltrato infantil por abandono	50
Consecuencias del maltrato infantil por negligencia y abandono	60
Psicoterapia en casos de negligencia y maltrato infantil.	64
Evaluación	67
Tratamiento:.....	68

Análisis del caso.....	80
Conclusiones	98
Referencias	100

Introducción

Existen fenómenos sociales considerados graves problemáticas, en la medida que afectan el desarrollo de los individuos. Algunos de estos conciernen directamente al área de la psicología, que no solo debe explicarlos, sino también intervenirlos, y aunque sean fenómenos sociales, en muchos casos la psicología clínica es la que debe efectuar la intervención con el individuo con el fin de disminuir las afectaciones que se puedan generar en dichos casos, como lo es el caso del maltrato infantil, que por su impacto y frecuencia ha sido considerado en los últimos años un problema social. Teniendo presente además que una persona es un ser biopsicosocial, no se debe descontextualizar la intervención clínica individual, de muchos fenómenos sociales, siendo el maltrato infantil uno de estos.

La negligencia y abandono, están tipificadas como formas de maltrato infantil y pese a ser junto con el maltrato físico las más comunes, son las menos investigadas en la literatura, por ende su tipificación, etiología, consecuencias e intervenciones, todavía son elementos de difícil manejo en el trabajo de la psicología clínica, pese a ser un área que debe trabajar con niños maltratados, y más aún porque los procesos legales que amparan la infancia y la adolescencia, así lo dictaminan. Por lo que en muchas ocasiones el clínico, se ve enfrentado a esta problemática con pocas herramientas al respecto.

El presente trabajo se hace bajo la presentación de un caso clínico de maltrato infantil por negligencia, en una niña ubicada en un programa de protección infantil, en el marco del modelo teórico de la psicología clínica cognitiva. Se presentan además las conceptualizaciones, antecedentes, consecuencias e intervenciones propuestas en la literatura especializada. Además de que se hacen profundizaciones en aspectos como el apego en la infancia y los esquemas

maladaptativo tempranos, que permiten conocer aspectos contribuyentes de disfunciones psicológicas en el individuo en el marco de contextos familiares, y señalando factores ambientales de la población objetivo de los programas de protección infantil, para pensar en este caso en específico.

En el trabajo se encuentra señalados también aspectos como la poca bibliografía especializada en el maltrato infantil por negligencia y abandono, empezando por su conceptualización, y siguiendo algunas de las intervenciones propuestas y las limitaciones que estas pueden presentar, frente a un fenómeno propio de nuestro contexto con grandes repercusiones psicológicas en los individuos.

Justificación

Teniendo presente la complejidad de elementos que interactúan y componen el desarrollo y dinámica de la psicopatología o problemas de atención clínica en un individuo, y que generan malestar en el mismo y/o en los contextos donde se desenvuelve, se hace necesario, aparte de considerar las características propias del individuo, como su forma de percibir la realidad, que es uno de los principales focos de intervención de la terapia cognitiva, también el considerar como intervenir en el marco de ciertos aspectos externos, tales como por una parte el periodo evolutivo de la niñez intermedia, donde aún no se han consolidado los esquemas como en el adulto, pues aún están en proceso de desarrollo, y por el otro, factores ambientales, donde el niño está expuesto a situaciones generadoras de vulnerabilidades, tales como el maltrato infantil, lo que hace en ocasiones difícil o incluso imposible el incluir a ciertos entes, como la familia, en el proceso de intervención, ya que algunos niños son retirados de su medio familiar o abandonados.

Siendo entonces situaciones, como el maltrato infantil, la realidad de muchos niños de nuestro país y que en el ámbito de la psicología se hace necesario intervenir, pues es una profesión que toca directamente con este tipo de casos y no solo desde un nivel social, sino que también se hace relevante el aporte que desde la psicología clínica, se pueda dar y posibilitar en el niño un mayor bienestar en su situación actual y posterior desarrollo.

En el maltrato infantil, el maltrato por negligencia y abandono, son de las tipologías menos expuestas en la literatura, comenzando por la categorización, pues algunos autores o entidades relevantes en el tema, tales como la UNICEF y la OIM, el DSM V y el CIE 10, los exponen como sinónimos, pero al adentrarnos más en el tema, encontramos diferenciaciones entre los dos conceptos. Así mismo la investigación específica en esta tipología del maltrato es

escaza al igual que las intervenciones propuestas. Lo que se convierte en un factor que deja al clínico con pocas claridades y herramientas al intervenir este tipo de casos, que por los factores que lo rodean, se constituyen en complejos y con pocas guías que orienten la intervención al respecto.

Por esto aparte de mayores investigaciones en el tema, se hace necesario también analizar estos casos, los cuales por su alto porcentaje de incidencia y por las políticas que hacen necesaria la intervención, pueden ser muy frecuentes en la psicología clínica.

El presente trabajo se hace bajo la metodología de caso único, esta estrategia de investigación analiza fenómenos contemporáneos, buscando comprender las dinámicas presentes en un contexto singular y que representan algún tipo de problemática de la vida real, en la cual el investigador no tiene control, con el fin de describir, verificar o generar teoría, y es principalmente usado en el área de psicología, sociología y antropología (Martínez, 2006 y Estudio de caso, 2014).

En el presente trabajo se analiza un caso de maltrato infantil por negligencia, en una niña ubicada en un programa de protección infantil, en el marco de la psicología cognitivo-conductual, la cual mediante sus modelos de intervención posibilita organizar la información proveniente de la evaluación y orientar la intervención de forma coherente y consistente. En psicología cognitivo-conductual con niños y adolescente, además, la conceptualización del caso clínico, facilita la tarea del terapeuta al momento de adaptar las técnicas (su elección, aplicación e implementación) a las circunstancias de cada niño y la manera de evaluar los progresos, en estos términos posibilita crear un plan de tratamiento, que aparte de que ofrece hipótesis explicativas, permite exponer porque emergen los síntomas y como los diversos factores

ambientales, inter e intrapersonales dan forma a los patrones de estos, así mismo contiene el diagnóstico clínico como uno de sus componentes (Friedberg y McClure, 2005).

La modalidad de un caso único de maltrato por negligencia infantil, permite entonces analizar las fortalezas y limitantes que ofrece la práctica clínica de terapia cognitiva y en esta vía se pretende aportar al estudio del maltrato infantil por negligencia y abandono y a los profesionales que intervienen en estas poblaciones.

Área problemática

Se suele considerar a la unidad familiar (especialmente a los padres) como la encargada de generar protección, seguridad y proporcionar afecto a sus miembros, primordialmente a los niños. Sin embargo, las interacciones entre padres e hijos son tan diversas que no siempre se podrían considerar positivas, lo que afecta el vínculo afectivo, constituyéndose en muchos casos en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de una posterior psicopatología, en la medida que el vínculo afectivo entre padres e hijo va marcando la identidad del individuo y le va proporcionando los primeros contenidos de los esquemas.

Esto a su vez permite vislumbrar que esa unidad familiar en ocasiones se puede tornar en un ambiente de riesgo para sus integrantes, siendo los menores de edad, especialmente los niños los más vulnerables. Una de las formas de este riesgo es el maltrato infantil, el cual es un fenómeno que incluso ha sido considerado de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional. En el caso de Colombia entre el primero de enero y el cuatro de abril de este 2014, la Dirección de Servicios de Atención al Ciudadano del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reportó 13.670 denuncias de maltrato infantil (El Espectador, 25 de abril de 2014). Y entrando a considerar que no todos los casos son denunciados, el fenómeno es de una magnitud bastante amplia.

Dentro de lo que es el maltrato infantil la mayoría de autores tipifican cuatro tipos, abuso físico, abandono o negligencia, abuso sexual y abuso emocional. De estos, el maltrato por abandono o negligencia es uno de los que la literatura y las investigaciones menos se centran, siendo el maltrato físico y el abuso sexual los más privilegiados en este sentido, pese a que junto con el maltrato físico, el maltrato por negligencia o abandono son de los más frecuentes. Pues de

los casos denunciados por maltrato infantil entre el primero de enero y el cuatro de abril del presente año “7.851 [el 57.43% de las denuncias de maltrato] corresponden a situaciones de maltrato por negligencia” (El Espectador, 25 de abril de 2014), además de que se ha reportado que hay “30.000 niños y niñas en la calle, y por ende desprotegidos, hay 40.000 niños y niñas en abandono y de 4.000 a 8.000 huérfanos por año” (El Colombiano, 25 de abril de 2014).

Este tipo de maltrato además genera secuelas tanto físicas como emocionales, las cuales en muchos casos tienden a subestimarse en detrimento de otras más visibles, aun cuando las secuelas de este tipo de maltrato pueden ser más graves que las proporcionadas por ejemplo, por el maltrato físico (Azaola, 2006).

Por lo que se hace apremiante la implementación de estrategias terapéuticas para prevenir o al menos paliar los efectos negativos de este tipo de maltrato (Alarcón, Araujo, Godoy y Vera, 2010). Sin embargo, al revisar la bibliografía referente al tema se resaltan varios aspectos, que visualizan que la intervención de estos casos, aparte de que ha sido poco investigada, no es fácil de ejecutar.

Por una parte al momento de conceptualizar el maltrato por abandono o negligencia existen autores o entidades que los tipifican en una misma forma de maltrato y otros que por su parte los delimitan. Considerándose la negligencia la omisión de satisfacción de las necesidades en el niño y el abandono el grado más extremo de dicha omisión, que podría incluir la ausencia física de quien encarne la figura de afecto o parental. Esto trae consigo varias situaciones, una al momento de realizar el diagnóstico, puesto que en el DSM V, solo se reconoce el maltrato por negligencia, y los criterios hacen alusión a ambos tipos de maltrato -negligencia y abandono-. Pero si se considera la delimitación conceptual, se observa que en uno y otro caso se pueden contar con factores protectores y de riesgo diferentes, aspectos fundamentales al momento de

intervenir. De otro lado en el caso específico de la negligencia varios autores difieren también entre aspectos conscientes de los padres o cuidadores e inconscientes (tales como ignorancia, incultura o pobreza), ya que por un lado estos últimos podrían constituir negligencia social, pero otros autores expresan que los resultados son los mismos, independiente de las causas.

Al momento de la intervención existen otras dos limitantes bastante significativas, una son las pocas intervenciones propuestas exclusivas para los niños víctimas de negligencia y abandono, e investigaciones sobre la eficacia de las mismas. Y la otra limitante es que la literatura propone principalmente intervenciones con la familia, lo cual no es aplicable a los casos de abandono y a algunos de negligencia, puesto que es una realidad que existen familias que no se enganchan a los procesos, siendo uno de los motivos el deseo de total desvinculación de los niños. Niños que en muchos casos entran bajo protección del Estado, siendo las edades entre los 6 y 11 años, periodo denominado infancia intermedia, la de más alta incidencia (Pineda y Moreno, 2008).

En resumen la poca bibliografía existente frente al maltrato por negligencia y al maltrato por abandono, y la que existe con tantos puntos de divergencia, más las limitaciones en las propuestas de intervención (por ser pocas, ser poco estudiadas y estar aplicadas a otros contextos), ante un fenómeno social tan frecuente y grave en nuestro país y en el cual corresponde a profesionales en psicología clínica, entre otros, intervenir, parecen pintar un panorama poco favorable para los terapeutas que deben vérselas con estos casos. Sin embargo, se están abriendo nuevos panoramas al respecto, en los últimos años, si bien faltan mayores investigaciones y especialmente en nuestro contexto colombiano, es posible también considerar que existen autores que se interesan en el tema y otros que van más lejos y realizan propuestas de intervención exclusivas o al menos aplicables a los casos específicos de maltrato por negligencia

y de maltrato por abandono y que se centran a los niños víctimas, muchos de los cuales se enmarcan en intervenciones cognitivo-conductuales.

El presente estudio de caso surge del interés de analizar e intervenir un caso de maltrato infantil por negligencia, en una niña de 10 años que se encuentra bajo protección del Estado, que si bien no constituye en sí mismo un trastorno, es un problema de atención clínica, altamente común en nuestro contexto y con el que muchos clínicos se deben enfrentar, considerando además, como la negligencia, por factores ambientales como su ingreso a protección, la desvinculación de la madre en el proceso, se va tornando en un abandono, con todas las consecuencias que esto conlleva para la niña, tanto en su bienestar emocional, como en sus diversas áreas de desempeño. Siendo un caso propio de nuestro contexto y profesión, con las limitantes y posibilidades teóricas, ambientales y obviamente las personales, que el mismo caso conlleva. Y en esta medida aportar a los profesionales que se las deban ver con este tipo de casos y de alguna forma contribuir a la salud mental de los pacientes que deben vivenciar estas experiencias.

Objetivos

Objetivo general:

Describir un proceso de intervención de un caso único, de maltrato infantil por negligencia, mediante la conceptualización desde el modelo de la terapia cognitiva-conductual infantil, con el fin de lograr un mayor conocimiento y efectividad frente al proceso de intervención en una niña bajo protección del Estado.

Objetivos específicos:

- Describir la conceptualización de un caso de maltrato por negligencia infantil desde el modelo cognitivo-conductual.
- Diseñar un plan de intervención desde el modelo cognitivo-conductual para un caso de maltrato infantil por negligencia.
- Registrar las potencialidades y limitaciones del modelo cognitivo-conductual aplicado a un caso de una niña bajo protección del Estado.

Historia clínica del paciente

Historia de caso

1. Datos generales

Fecha de inicio: 9 de mayo de 2013

Nombre de la niña: KJ

Edad: 10 años

Curso escolar actual: Segundo

Nombre del tutor/a actual: S (madre sustituta)

Situación actual: La niña en 2013 fue ubicada con medida provisional en hogar sustituto, toda vez que se adelanta proceso de Restablecimiento de Derechos a su favor, por presunto abuso sexual.

2. Motivo de consulta

Remisión:

La Comisaria de Familia, solicita realizar intervención psicológica a la niña, por situación de presunto abuso sexual.

Si bien la niña expresa que ingreso a protección debido a que fue víctima de abuso sexual, en las entrevistas iniciales, no hace referencia a esta situación, ya que se muestra altamente preocupada por la ausencia de la madre y el alejamiento de su familia. Por esto, se hace intervención para contener la angustia de la niña frente al temor de no volver a ver a su madre. Sin embargo, reporta que la mamá tiene falencias en la relación con ella, y que le gustaría que la relación entre ambas cambiara y regresar con esta. Constituyéndose esta en su principal demanda.

3. Historia de la enfermedad actual

Síntomas

Cognitivos

- Pensamientos de abandono
- Catastrofización
- Responsabilización
- Sobregeneralización

Emocionales

- Tristeza
- Frustración
- Ira
- Ansiedad

Conductuales

- Llanto frecuente
- Lentitud en actividades cotidianas como escribir, comer, arreglarse.
- Aislamiento social con pares.
- Exageradas demostraciones de afecto, aun con extraños
- Pataletas

Como estresores se encuentra, que la niña refiere ser víctima abuso sexual por parte de un vecino, quien era una persona conocida de la familia, situación por la cual ingresa en el año 2013 a medida de protección, siendo este el segundo ingreso y es ubicada en un hogar sustituto, antes del retiro la madre le manifestó: “si me la vuelven a quitar no nos vamos a volver a ver nunca”. Desde su ingreso a protección la madre no ha vuelto a tener contacto con la niña. La madre

sustituta reporta, que es desmotivada frente al estudio y ante las actividades académicas, ya sea en el hogar o aula de clases, se muestra evasiva, perezosa y hace pataletas.

4. Antecedentes Psiquiátricos o Psicopatológicos.

La niña antes de su ingreso a protección no había estado en intervenciones o atenciones desde el área de psicología o profesionales en salud mental. KJ ha sido víctima de maltrato físico por parte del padrastro, relata haber sido víctima de abuso sexual y presenta atraso escolar.

5. Historia personal y social

KJ proviene de un hogar recompuesto, no sabe quién es el padre, siendo la madre con quien ha permanecido la mayor parte de su crianza. Cuando KJ contaba con 4 años, la madre estableció una relación de convivencia con una posterior pareja, de esta relación nacieron un par de gemelas.

KJ convivió con su madre, padrastro y dos hermanas medias. Según lo referido por la niña y una tía materna, la madre ha sido negligente en el cuidado de las tres niñas -KJ y sus dos hermanas- puesto que no les proporcionaba la satisfacción completa de necesidades físicas, la niña refiere situaciones de falta de alimentos y en ocasiones la ha dejado al cuidado de otros familiares e incluso de terceros, por periodos de días, además de la poca estimulación cognitiva y poco acompañamiento escolar. Por otro lado el ambiente familiar estaba caracterizado por constantes discusiones entre la madre y el padrastro, así mismo que situaciones de infidelidad por parte de la madre hacia el padrastro, presenciadas por KJ y este también ejercía castigo físico a la niña, con pocas intervenciones de la madre al respecto. La paciente presentaba dificultades académicas tales como inasistencia escolar, atrasos y bajo rendimiento, además de que en su historia se han encontrado dificultades para que asuma normas y límites. Ingreso a protección por primera vez, debido a que la madre no asumía de forma adecuada su función, situación que

fue denunciada por la abuela materna como negligencia. La niña vuelve a ingresar a protección en 2013, solamente ella, las hermanas quedan con la madre, por la situación de presunto abuso sexual, por parte de un conocido de este grupo familiar.

6. Historial Médico

No se reporta

7. Estado mental

La niña se muestra atenta, interactiva, sociable, sonriente y colaboradora de las actividades propuestas, evidencia un lenguaje verbal claro, coherente y fluido, aunque con un tono de voz bastante bajo, sigue instrucciones, realiza preguntas, reconoce algunos conceptos básicos para su edad, por su atraso escolar su lecto-escritura son lentas, no posee conocimientos en matemáticas básicas, generalmente a esta edad los niños están en cuarto de básica primaria y con el desarrollo de estas competencias.

8. Diagnóstico según DSM V

Negligencia infantil 995.52

Abuso sexual infantil 955.53

Diagnóstico según DSM-IV TR

Eje I: Negligencia infantil.

Eje II: sin diagnostico

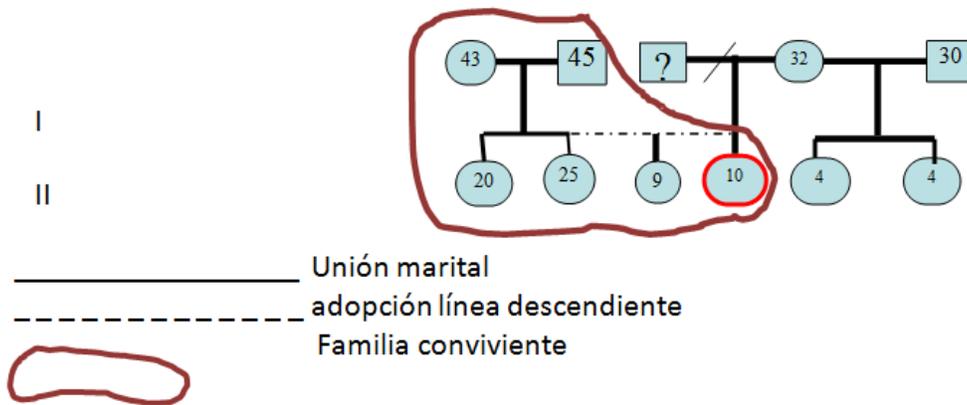
EJE III: sin diagnostico

Eje IV: Abuso sexual infantil

Problema académico o educativo

Eje V: EEAG 70

9. Genograma

**Formulación de caso**

1. Agentes precipitantes:

La actitud negligente y ausencia de la madre.

Experiencia de presunto abuso sexual.

Requerimiento de realizar actividades académicas, ya sea en el aula de clases o en el hogar sustituto

Una de las situaciones activadoras es el no poderle dar respuesta a cuando tendría contacto con la madre por parte de la Comisaría de Familia. También el hecho de realizar actividades académicas.

2. Análisis transversal de las cogniciones y conductas actuales:

Una situación es que a la visita familiar asiste solamente la tía. Al ver solamente a esta, la niña tuvo el siguiente pensamiento “no voy a volver a ver a mi mamá”. Emocionalmente siente frustración y su conducta es hacer pataleta. Otra situación es cuando refiere que el padrastro le pegaba, a lo que su pensamiento automático es “mi mamá dejó que me pegara”, siente tristeza y

como conducta el llanto. Otra situación es cuando observa que la madre sustituta le da la comida a otra niña cuando llega del colegio, quien también es de protección del Estado y presenta síndrome de Down. Piensa “a M si la quieren y a mí no”. Esto le genera tristeza y el comportamiento es pataleta y expresar que también quiere que le den la comida.

3. Análisis longitudinal de las cogniciones y conductas

Debido a que KJ por una parte no conoció a su padre y por la otra la madre ha sido negligente y con una presencia intermitente, con exceso de indulgencia y falta de dirección, sumado a las discusiones entre su madre y padrastro y el maltrato de su padrastro hacia ella, el ingreso en una ocasión a protección del Estado, y el referir haber sido víctima de abuso sexual. Se está configurando en la niña la creencia nuclear de deprivación emocional, que la están llevando a desarrollar las siguientes presunciones; como presunción positiva “si soy cariñosa me van a querer y prestar atención”, como presunción negativa “si no soy cariñosa no me van a querer ni prestar atención”, como actitud “es terrible que no me presten atención y no me quieran” y como regla “debo ser muy afectuosa y buscar atención”.

Sus estrategias incluían: la expresión emocional abierta: fácilmente llora cuando se siente triste y hace pataletas cuando se enoja o se le solicita la realización de una actividad escolar, independiente del contexto en el que se encuentre, así mismo que cuando algo le causa alegría es bastante expresiva, estrategia usada con la finalidad de ganar atención. Otra estrategia es la búsqueda de afecto: la niña ante demostraciones de afecto o amabilidad se muestra muy afectuosa, sobrepasando en ocasiones los límites, pues fácilmente da besos y abrazos, incluso ante personas que no sean familiares para ella. Estrategia usada para obtener protección y afecto. Y otra estrategia es el aislamiento: la niña tiene dificultades de interacción con sus pares, por lo que recurre al aislamiento, aunque ella manifiesta que son los otros niños quienes no quieren

jugar con ella, informes de la docente reportan que es ella misma quien se aísla y evita la interacción con otros niños (contrario a los adultos, con quienes se muestra tan afectuosa), posiblemente ve a los pares como rivales y se aísla de estos para acercarse a los adultos en búsqueda de su protección.

Las distorsiones cognitivas más frecuentes son el Pensamiento Polarizado ya que tiende a creer que la madre o la quiere o no la quiere, ante ciertas situaciones específicas. Otra distorsión cognitiva es la Generalización ya que manifiesta que la madre “nunca” le compro “nada” a ella y a las gemelas “todos los días” le compraba ropa, generalizando un evento específico, así mismo que “nadie” la quiere ni la cuida. Y la Responsabilización: atribuyéndose la separación con la madre como un evento consecuencia de sí misma. Catastrofización: ya que considera que no va a volver a ver a la madre, lo cual es horrible para ella.

4. Fortalezas y apoyo.

La niña se observa amable y simpática

La tía materna constituye una red de apoyo

Es sociable, por lo que gana fácilmente la simpatía de los adultos (funcionarios y docentes).

5. Hipótesis de trabajo

El ambiente de la familia de origen de KJ está caracterizado por la ausencia del padre biológico, en esta medida no existe una figura paterna que le represente seguridad y protección, pues el padrastro, que podría haber encarnado esta figura ha sido maltratante a nivel físico con ella y su madre. La madre quien por su parte constituye el principal referente afectivo de KJ, no ha proporcionado un ambiente seguro con cuidados confiables, ya que ha sido negligente con las necesidades básicas de la niña, no la protegía de los castigos físicos del padrastro, además de que

estuvo expuesta a una situación de presunto abuso sexual por parte de terceros, situaciones estas que han generado que la niña en dos ocasiones haya ingresado bajo protección del Estado, además la ha dejado en anteriores ocasiones al cuidado de familia extensa y terceras personas por periodos de días.

Entonces la falta atención, calidez o compañía, por parte de su madre y de cuidados y protección contra el maltrato del padrastro y del presunto abuso sexual del cual fue víctima. Han ido configurando en la niña creencias que en su conjunto se van constituyendo como un esquema de privación emocional, es decir, que sus necesidades emocionales no van a ser satisfechas por los demás, de ser abandonada, no ser amada, estar sola y no ser cuidada. Por lo que la niña ha ido generando una búsqueda constante de afecto, mostrándose tan afectuosa con aquellos que la rodean y le demuestran algún tipo de simpatía, lo que pudo haberla hecho vulnerable a la situación de presunto abuso sexual.

En este segundo ingreso a protección, además, la madre al inicio del proceso no sostuvo contacto de ningún tipo con la niña (ni con la instancia que tenía el proceso), mostrándose completamente ausente, en esta medida su creencia es activada por el no poderle dar respuesta a cuando tendría contacto con la madre o donde se encuentra esta por parte de la Comisaría de Familia, ya que le confirma la ausencia de esta, así como también se le activa ante la negativa de alguna petición, la solicitud de alguna actividad escolar o cumplimiento de órdenes, pues la madre además generaba una crianza permisiva donde no se le impartía un proceso de formación, acompañamiento académico, horarios y rutinas establecidas, ni límites y normas claras, esto incidía en que presentara inasistencia escolar y desmotivación frente al estudio académico, y atraso escolar, además de que se muestra desordenada, sin rutinas, con baja tolerancia a la frustración y dificultades para limitar la expresión excesiva de las emociones y los impulsos. Lo

que desemboca en pataletas (ante exigencias y prohibiciones), no realización de actividades académicas y dificultad para asumir responsabilidades. Situaciones estas que pudieron haber sido exacerbadas por la situación de presunto abuso sexual, evento que no le contó a la madre porque pensaba que esta no le iba a creer. Además cree que el afecto se mide no solo por las demostraciones de cariño, sino también por la satisfacción de todos sus pedidos y la no imposición de límites, por esto a veces cree que la madre le demostraba afecto en el hecho de no hacerle exigencias o imponerle límites.

A esto se suma que al no tener contacto con la madre tampoco lo puede tener con las hermanas y el hecho de que la madre este con sus hermanas menores, posiblemente ha generado en la niña atribuciones de abandono y rechazo específicamente hacia ella.

Plan de tratamiento

1. Lista de problemas

- Personales: Creencias de que sus necesidades afectivas nunca serán satisfechas, antecedente de abuso sexual
- Interpersonales: aislamiento con pares, pataletas y excesivamente afectuosa con extraños, celosa con cuidadores y algunos pares con los que construye vínculos.
- Escolares: no realización de actividades académicas.
- Familiares: ausencia de la madre y hermanas, negativa a estar con la tía.

2. Metas del tratamiento

- Reestructurar sus creencias de que sus necesidades afectivas nunca serán satisfechas.
- Desarrollar mayor asertividad en sus relaciones interpersonales.
- Desarrollo de los límites y la autoprotección.

- Aumentar la tolerancia a la frustración.
- Desarrollo de rutinas y constancia en actividades escolares y académicas.
- Lograr que la niña conozca y comprenda su actual situación jurídica de restablecimiento de derecho y lo que esto implica en la relación con la madre quien no posee los suficientes recursos para asumirla de forma adecuada, en la actualidad.
- Fortalecer vínculos afectivos con la tía.
- Analizar y resignificar emociones negativas derivadas de la experiencia de abuso sexual (como la culpa y la vergüenza).
- Desarrollar habilidades de autocuidado.

3. Plan de tratamiento

Técnicas de intervención:

- Dialogo socrático basado en la comprobación de evidencias: esto con el objeto de propiciar en la niña la flexibilización de sus creencias de privación emocional, considerando en este punto un factor muy importante y es la vinculación de la tía al proceso jurídico, manifestando que desea asumir a su sobrina. Así mismo, que debatir sus creencias de que sino esta con la madre no va a ser feliz. Y analizar y debatir aquellas situaciones, como cuando le niegan alguna petición y que le generan conflictos en sus diversos ámbitos.
- Identificación de emociones, Entrenamiento en habilidades sociales y Expresión emocional asertiva, Auto-instrucciones, para que aprenda a manejar sus emociones a expresarse, hacer peticiones, a resolver problemas y aceptar negativas si necesidad de recurrir a la pataleta.

- Establecer rutinas y tiempos con la madre sustituta y la niña en cuanto a la realización de actividades escolares en el hogar, de forma que las vaya extendiendo al ámbito escolar.
- La reatribución: esto con el objeto de analizar en conjunto con la niña el porque está separada de la madre y no considerarlo como una situación de la cual la responsable es ella misma.
- Procesamiento afectivo y cognitivo de los pensamientos, sentimientos y sensaciones producidos en relación a la narración de abuso sexual y finalmente educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal.

Curso del tratamiento

1. Relación terapéutica.

Al inicio de la terapia fue necesario hacer contención emocional en las primeras secciones, ya que KJ presentaba sentimiento de frustración y angustia por no ver a la madre, lo que incidía en poca participación e incluso negativa a participar en las secciones. Así mismo que explicarle que si bien el proceso terapéutico podía ir de la mano con el jurídico, eran dos procesos independientes, por lo que si no participaba de las citas, esto no tenía incidencia en que la madre asistiera o no a las visitas.

Con la niña se ha logrado establecer una buena alianza terapéutica, pues participa de las actividades propuestas, se muestra interactiva reconoce el porqué de las actividades, realiza las tareas terapéuticas y se muestra abierta a las devoluciones realizadas.

Ha logrado reatribuir su ingreso a protección y la separación con la madre, reconociendo actitudes de esta no solo en su función de madre con ella, sino también con sus hermanas y en

otras áreas de desempeño de la madre, que la hacen poco capaz de asumir un cuidado adecuado y tener bienestar estando a su lado, en la actualidad.

2. Intervenciones/Procedimientos

Los procedimientos más significativos han sido: Educar a la niña frente a lo que es el ingreso de una niño a protección y como se lleva un proceso del mismo, de forma que conozca que si la madre no cambia algunas situaciones no podría garantizar su bienestar, así mismo que explicarle lo positivo para el proceso de que la tía se haya vinculado al mismo, lo que podría conllevar a que esta la tenga consigo y la pueda cuidar mejor. Esto mediante dibujos y dialogo socrático.

También se busca intervenir el desarrollo de su esquema de deprivación emocional, con la pretensión no solo de flexibilizarlo, sino también generar en la niña capacidad de resiliencia, de tener también en consideración sus experiencias positivas tales como el hecho de que existen personas que se preocupan por ella, como es la tía y otros familiares que a su vez permitieran fortalecer el vínculo con la primera y aceptarla como una figura significativa, esto mediante dialogo socrático basado en la comprobación de evidencia.

Desarrollar mayor asertividad en sus relaciones interpersonales, así como que logre una mayor tolerancia de la frustración, mediante el desarrollo de habilidades sociales, expresión emocional asertiva y auto-instrucciones para el manejo de la frustración.

Y finalmente resignificar la experiencia abusiva mediante el relato realizado por ella, procesamiento afectivo y cognitivo de los pensamientos, sentimientos y sensaciones producidos en relación a la vivencia de abuso sexual y finalmente educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal.

3. Obstáculos

La frustración de la niña frente a la ausencia de la madre, en las primeras citas, que incidía en llanto durante las secciones o irritabilidad, que en ambos casos dificultaba la participación o incluso se negaba a ingresar a la consulta. Por lo que las primeras citas eran enfocadas a contener emocionalmente a la niña para estabilizarla.

En un principio el caso se pensó como un diagnóstico de abuso sexual, pero debido a la sintomatología que la niña presentaba al inicio del proceso terapéutico a las mismas demandas que hacía y a su historia de carencias afectivas en relación a la madre, se tornó principalmente en un diagnóstico de problema de maltrato infantil por negligencia.

La niña fue reintegrada a finales de 2013 con la tía, dado el proceso de vinculación entre ellas, la actitud positiva de la niña a la vinculación y el que la tía contaba con herramientas para asumir funciones de cuidadora, sin embargo con el diario vivir, el ingreso a la institución educativa y la exigencia escolar, a los que la niña no respondía de forma esperada por la tía, se tornó fallido el reintegro en el proceso de adaptación, la tía desistió de asumirla, por lo que regreso nuevamente a protección del Estado en 2014, siendo ya tres ingresos y a un nuevo hogar, puesto que el primero ya no contaba con disponibilidad de cupo. Siendo una situación más de desvinculación. Haciendo necesario retomar aspectos en cuanto a pensamientos atribucionales, manejo emocional y acompañamiento en este nuevo proceso de adaptación, por lo que no se ha podido iniciar el trabajo de otros aspectos de los objetivos terapéuticos como es la parte del relato de abuso sexual.

4. Resultado

En el momento la niña conoce el porqué de su proceso de restablecimiento de derechos, reconoce además la falta de habilidades de la madre para asumir su cuidado actualmente, así

mismo aceptó la vinculación de la tía al proceso, constituyéndose en una figura significativa y de apoyo en su vida.

Al momento hace un mejor manejo de la ira y la frustración, disminuyendo de forma significativa las pataletas y el llanto. Así mismo que reconoce sus emociones y estas no la desbordan de la manera que lo hacían al comienzo de las sesiones, por el contrario logra generar unas estrategias más funcionales a sus áreas de desempeño, tal como el pedir explicaciones, aceptar la negativa a un pedido, el verbalizar lo que le agrada y le desagrada y una mayor aceptación de horarios, normas y límites tanto en el hogar como en la institución educativa.

La convivencia y vínculo con la anterior madre sustituta y la relación con la actual han ayudado a contrastar su creencia de que nadie la quiere ni la cuida.

La terapia al momento del íntegro con la tía, se pensaba enfocar en la resignificación de la experiencia de abuso sexual, relatado por la niña, ya que posee herramientas cognitivas, emocionales y conductuales más asertivas que sirven de base para empezar a intervenir esta situación, sin embargo por su regreso a protección y a un nuevo hogar sustituto ha sido necesario hacerle otro tipo de intervención, enfocado en el acompañamiento a este nuevo proceso de adaptación, se considera positivo el mayor control emocional de la niña y el haber trabajado en la retribución, por lo que ha mostrado un buen proceso de adaptación a este nuevo hogar, en la medida de que a nivel verbal logra expresar sus emociones, verbaliza sus pedidos, reconoce y sigue rutinas. Además el hecho de que en el hogar exista otra niña también de protección, de su edad y en una situación similar a la suya, han permitido también una base para trabajar la retribución.

A nivel escolar la niña ha logrado mayores avances, en cuanto a que realiza las actividades escolares y en tiempos más cortos que a su ingreso a protección, está sacando buenas

notas, también es más rápida en otras actividades cotidianas, sin embargo en el contexto de la institución educativa aún se atrasa y se demora en la realización de las actividades académicas, lo que también se le viene interviniendo, desplegando estrategias usadas en el hogar a la institución educativa y considerando los resultados positivos que le generan la realización a tiempo de sus actividades escolares.

Descripción de las sesiones

Sesión #	Descripción de la sección
3	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de animo: manifiesta estar triste • Establecimiento de la agenda: presentar el modelo de tratamiento a la niña. Identificación de problemas¹. • Contenido de la sesión: Presentación del modelo: Mediante el desarrollo de una historieta de tres viñetas, donde diversas situaciones generan diversas emociones y pensamientos, (derivados de preguntas que se le hacen a la niña y donde ella completa las viñetas), se establece la conexión entre situación, pensamiento y emoción. Identificación de problemas: debido a que en las anteriores citas la niña lloraba y expresaba que deseaba ver a su madre igual que en la presente, este fue uno de los temas que se escogió para intervenir. También frente a algunas dificultades conductuales en el hogar sustituto y escuela tales como la lentitud en actividades escolares, el quedarse atrasada, el no hacer las tareas, las pataletas y los llamados de atención y castigos derivados de los mismos. Retroalimentación
4	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de animo: tristeza • Establecimiento de la agenda: Identificación de emociones Ausencia de la madre • Contenido de la sesión: Mediante la exposición de un gráfico con diversas caras, que exponen diferentes emociones, se las nombran se las vincula a sensaciones y a algunas situaciones, así mismo que entre la terapeuta y la niña gesticulan la variedad de emociones. Ante la ausencia de la madre y lo anteriormente expuesto se analizan las emociones derivadas de esta situación y manifiesta que son tristeza y

¹ La identificación de problemas solo se pudo hacer en la tercer cita ya que en las anteriores se realizó contención emocional, por el hecho de no tener contacto con su madre.

	<p>miedo (ella la nombra como miedo, pero debido a los pensamientos asociados se interpreta como ansiedad, debido a estas emociones y pensamientos que ella describe ante esta situación en particular, se van anotando pensamientos automáticos tal como “no voy a volver a ver a mi mamá” y “mi mamá no me quiere”.</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de animo: tristeza e ira • Establecimiento de la agenda: identificación de situaciones problemas y las conductas derivadas de las mismas. Técnicas de relajación • Contenido de la sesión: se identifican con la niña situaciones concretas de la semana en las que realizo pataletas, eran referidas a negativas a algún pedido o a la realización de actividades escolares. Se le señala que vamos a trabajar para aprender a manejar las emociones y las conductas empezando por la relajación, se le enseña a la niña técnicas de relajación. Con la madre sustituta se cuadra un establecimiento de horarios y rutinas claras que sean visibles para la niña. • Tareas: queda con la tarea de tratar de aplicar la relajación a una situación en concreta (cuando no la dejen ver televisión en las horas de la noche) • Retroalimentación
10	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de animo: refiere tristeza y enojo • Revisión de tareas: se le pregunta cómo le ha ido con la relajación antes de ver televisión y manifiesta que se le olvido en varias ocasiones. • Establecimiento de la agenda: Análisis de la tarea Entrenamiento en habilidades sociales (desprendido de situaciones en las que hace pataletas) • Contenido de la sesión: Se le refuerza el haber intentado practicar la relajación Se escoge una situación generadora de ira para la niña. Se hace psicoeducación frente a la emoción de la ira y que esta es una emoción más, pero la necesidad de manejarla de otra manera. Mediante el juego de rol, aplicado a una situación de pataleta (fue a poner una queja haciendo pataleta y con actitudes groseras por lo cual la regañaron), se le enseña como verbalizar las cosas de forma clara. Luego ella hace el ensayo, se le corrige y lo vuelve a hacer. Al final se comparte esta situación con la madre sustituta, para que ella también de forma verbal y clara le solicite a la niña que le verbalice las cosas. • Tareas: se le deja a la niña de tarea actuar lo practicado en la cita • Retroalimentación

<p>11</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de animo: tristeza y enojo • Revisión de tareas: refiere situaciones en las que solicito cosas sin enojarse. • Establecimiento de la agenda: análisis de decir las cosas de forma clara y calmada. Entrenamiento en habilidades sociales (escuchar, preguntar y esperar) • Contenido de la sesión: Refuerzo de la puesta en práctica de verbalizar las cosas, en una situación que la utilizó (como la utilizó, que consecuencias tuvo) Entrenamiento en habilidades sociales: debido a lo ya visto en la sección anterior de verbalizar las cosas se vuelve a usar el juego de rol, para practicar la escucha de las instrucciones y órdenes dadas, el preguntar cuando no entiende algo y esperar que la atiendan ya que no siempre lo pueden hacer inmediatamente. • Tareas: realizar lo practicado en la presente cita a situaciones concretas. • Retroalimentación
<p>12</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de animo: manifiesta estar tranquila • Revisión de tareas: refiere el haber puesto en práctica en algunas ocasiones las habilidades sociales vistas en las sesiones anteriores • Establecimiento de la agenda: análisis de verbalizar y escuchar las cosas y esperar que la atiendan. Resolución de problemas • Contenido de la sesión: Reforzamiento de haber verbalizado y escuchado en la interacción con la cuidadora las veces que lo hizo. Resolución de problemas: se escoge una de las situaciones en que la niña reaccionó con pataleta y las consecuencias y se analizan otras posibles reacciones a partir de lo visto y como ella puede verbalizar las cosas que no le gustan, sin recurrir a la pataleta. Con la madre sustituta se le psicoeduca en el reforzamiento de las veces que se controla la niña frente al enojo y la frustración. • Retroalimentación
<p>13</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado de animo: expone sentirse tranquila • Establecimiento de la agenda: retroalimentación de lo visto en las sesiones anteriores Auto-instrucciones • Contenido de la sesión: Mediante la metáfora del semáforo y la realización de uno en la cita, se van considerando las opciones de responder ante el enojo aparte de la pataleta y como cuando está enojada puede para, pensar y reaccionar. Esta situación de comparte con la madre sustituta con el objeto de que se lo refuerce y retroalimente en el hogar. • Retroalimentación

Marco conceptual de referencia

Teorías del apego y desarrollo infantil

El apego resulta ser uno de los conceptos esenciales en psicología, ya que se ha vuelto fundamental al teorizar sobre el psiquismo humano. Dando pie a la teoría del apego, la cual, como indica Olivia (2004) es sin duda alguna, uno de los hitos fundamentales de la psicología contemporánea, ya que gracias a que ha ido recogiendo aportaciones y críticas de distintos investigadores, se ha modificado para irse constituyendo en una de las construcciones teóricas más importantes y solidas dentro del campo del desarrollo socioemocional. Así entonces varios autores, siendo Bowlby el más representativo, han postulado que el apego juega un papel fundamental en el desarrollo de los individuos, en la forma como se va erigiendo su identidad y se relacionan con su entorno a lo largo de su vida.

El apego es conceptualizado como un lazo afectivo que une a un individuo con una figura de apego, lazo conformado por diversas conductas que tienden a mantenerlos juntos en el espacio y perdura en el tiempo. Estas conductas resultan de la necesidad innata y de la adquisición y tienen dos funciones primordiales, brindar protección física y emocional y una función de socialización, la intensidad y morfología de sus manifestaciones así como su activación y desactivación, depende de diversos factores contextuales e individuales. (Olivia, 2004., González, Ysern, Martorell, Matéu y Barreto, 2011., y Yildiz, 2008). El apego, es además, descrito por Riso (2006) como un repertorio relativamente móvil y flexible, que progresa evolutivamente desde conductas simples y estereotipadas de búsqueda de contacto y protección hasta modelos representacionales internalizados y estables.

Al hablar de las conductas de apego es necesario, considerar cuatro sistemas que Bolbwy (citado por Olivia, 2004) explica en su propuesta teórica, estos son:

- El sistema de conductas de apego: son las conductas que buscan el mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego, conductas que se ponen en marcha cuando aumenta la distancia con dicha figura o cuando se perciben señales de amenazas.
- El sistema de exploración: consistentes en las conductas de exploración del entorno, estas conductas disminuyen al activarse las de apego.
- El sistema de miedo a los extraños: este sistema activa las conductas de apego y disminuye las conductas exploratorias.
- El sistema afiliativo: consiste en el interés que muestran los individuos, por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con quienes no se han establecido vínculos afectivos. (p 65)

Estos sistemas, se hacen teóricamente fundamentales, porque permite distinguir entre dos tipos de conductas de apego, expuestas por Guidano y Lioty (1983) citado por Riso (2006), el primer tipo incluye los sistemas de conductas y estrategias orientadas a mantener contacto con la figura vinculante y por una fuerte necesidad de protección, pues el apego, además de constituirse en el principal vínculo emocional-afectivo para el niño, también cumple una función de seguridad. Y el segundo tipo que es conceptualizado como una estructura representacional relativamente estable cuya adquisición, debe consolidarse en el periodo preoperacional y a partir de entonces se empieza a generar la necesidad de exploración, es decir, comienza el proceso complementario del apego conocido como desapego.

Estos sistemas de apego también se hacen importantes porque de la efectividad que logren al momento de activarse, depende la calidad del vínculo afectivo. Puesto que es primordial que el niño vulnerable de todo peligro cuente con un adulto capaz de defenderlo y responder a sus necesidades básicas y pedidos de ayuda y protección, este adulto se constituiría en la figura de apego. La accesibilidad y responsabilidad de la figura de apego, se convierten en los ejes de otra noción fundamental en la teoría de Bowlby, la noción de modelos internos dinámicos o modelo representacional, la cual consiste básicamente en una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros. Esto debido a que las interacciones con la figura de apego y las respuestas proporcionadas a las necesidades, van brindando información que el niño va almacenando sobre quiénes son sus figuras de apego, donde encontrarlas y que esperar de ellas, es decir el conocimiento sobre los demás y a su vez sobre su capacidad de influir sobre los otros y su valor propio, construyendo la representación mental sobre el sí mismo. Estas representaciones mentales también generan una serie de expectativas frente a las relaciones, porque sirven de base para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás, tomar decisiones y dirigir la conducta de apego hacia una figura particular, anticipar el futuro y hacer planes, para conseguir operar de forma más eficiente. (Olivia, 2004., y Soares y Días, 2007).

Considerando entonces el papel que juega la calidad del vínculo afectivo en las representaciones que el niño construye sobre sí mismo y los demás, es importante entrar a tener presente lo que Schaffer y Emerson (1969) y Bell y Ainsworth (1972), citados por Olivia (2004), encontraron en sus estudios: el tipo de vínculo que el niño establezca con sus figuras de apego depende fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta de dicha figura, generalmente los padres, con respecto a sus necesidades, por esto no todos los vínculos de apego

son iguales, siendo posible hablar de varios tipos, Ainsworth encontró tres patrones principales de apego, en una situación experimental denominada “Situación del Extraño”:

- Apego seguro: el cual se da en niños que usan a su madre como una base a partir de la cual explorar y establecen relaciones de confianza con extraños y solo tienden a protestar durante la separación, recibiendo a la figura de apego con solicitud y tranquilizándose, ya que las madres de estos niños se muestran disponible, muy sensibles y responsivas a las llamadas o necesidades de su hijo.
- Apego inseguro-evitativo: está presente en aquellos niños que se mostraban bastante independientes, sin utilizar a su madre como base segura, su contacto con extraños es frecuente, soliendo ignorar a la figura de apego cuando vuelve, ya que está se ha mostrado relativamente insensible y rechazante a sus peticiones.
- Apego inseguro-ambivalente: estos niños se muestran muy perturbados con gran ansiedad o agitación durante la separación de la figura de apego. Cuando buscan consuelo vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto, puesto que sus madres son inconsistentes, mostrándose sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Lo que lleva al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesita.
- Apego inseguro desorganizado/desorientado: aparte de estos tres tipos de apego descritos por Ainsworth se ha propuesto posteriormente, por Main y cols (1988) la existencia de un cuarto tipo que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro, se trata de los niños que muestran la mayor inseguridad, cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños

muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias, la mayoría de ellos comunican su desorientación con una expresión de ofuscación. Las madres han sido ansiosas y temerosas y son incapaces de reconocer las demandas de su hijo dando respuestas inconsistentes. (Díaz y Blanquez, 2004., y Olivia, 2004)

Considerando todos estos aspectos, vemos lo fundamental que se tornan las primeras experiencias de interacción en el individuo, así entonces, los diversos tipos de apego que se pueden dar entre cada bebé y sus cuidadores, generan también diversas representaciones de cómo cada bebé va a percibir su mundo y a su sí mismo, ya sea positiva o negativamente. Así entonces, las representaciones mentales varían en base a las respuestas del cuidador, que pueden ser: Mostrarse sensible a las llamadas del niño y permitir su acceso, que llevaría a un modelo de apego seguro; ya que genera y mantiene la confianza en la accesibilidad y el apoyo posibilitando la construcción de representaciones positivas del sí mismo y de los demás, contribuyendo a un desarrollo armonioso de la personalidad. Mostrarse insensible e impedir el acceso del niño que supondría un modelo de apego inseguro-evitativo. Atender y permitir el acceso del niño de forma imprevisible, sólo en algunas ocasiones, lo que generaría un modelo inseguro-ambivalente. Los modelos representacionales pueden construirse también en ausencia de interacción con la figura de apego, ya que si el niño llora y pide la proximidad del adulto y éste no está presente, lo importante será la falta de respuesta del cuidador. Estas tres últimas formas de respuesta o ausencia de la misma en el cuidado, lleva a la construcción de su sí mismo y el mundo como imprevisibles, marcados por la desconfianza, por la falta de valor, por la carencia de valores o por la ambivalencia, proporcionando un preocupación constante en el niño de que sus figuras de apego sean inaccesibles o no respondan adecuadamente. Y una de las estrategias adoptada por el

niño puede ser la de mantenerse muy cerca de la figura con el fin de asegurarse su disponibilidad en la medida de lo posible. (Olivia, 2004., Soares y Dias, 2007.; y Yildiz, 2008)

Estilos de apego y psicopatología. El vínculo afectivo por lo ya expuesto, va marcando la identidad del individuo y le va dando la perspectiva sobre la cual interpretar a los demás y al mundo que lo rodea, constituyéndose en la directriz sobre la cual se forman las posteriores relaciones a lo largo de su desarrollo. Siendo además un factor que está en relación con la psicopatología, dicha relación entre los estilos de apego y la psicopatología fue expuesta por Bowlby y ha sido ratificada por los estudios de Ward, Lee y Poland, 2006; Lyons-Ruth, Melnick, Patrick y Hobson, 2007; Bayley, Moran y Pederson, 2007; Allen, Porter, McFarland, McElhaney y Marsh, 2007, según expresa Gonzales y Cols (2011).

Para esta relación entre los estilos de apego y la psicopatología se resalta la noción de trayectorias del desarrollo, la cual ha sido ilustrada como la metáfora de la línea del ferrocarril: dispersión e interrelación de los raíles en una red de ferrocarril. Sroufe la explico de la siguiente manera:

a) Existen más líneas en el centro, es decir, existe mayor diversidad en la normalidad; b) empezar en cualquiera de las líneas principales nos lleva a un amplio número de resultados finales debido a las ramificaciones resultantes, es decir, existe multifinalidad; c) cuanto más tiempo se recorra en un trayecto alejado de la normalidad, menos probable será el regreso al centro (o normalidad). En esta perspectiva, la psicopatología se concibe como una desviación del desarrollo, resultado de una serie sucesiva de (des)adaptaciones; un patrón de apego inseguro en la infancia puede iniciar un proceso de desviación del centro, pero la

psicopatología sólo es previsible si las adaptaciones siguientes continúan presentando una desviación de la trayectoria adaptativa. El cambio continúa siendo posible, pero es más difícil si la calidad de las experiencias del desarrollo continúan siendo promotoras de la desviación”. (Sroufe, Carlson, Levy y Egeland, 1999; citados por Soares y Dias, 2007, p. 179.)

Esto ilustra cómo, según lo explican Sroufe (2005) y Malekpour (2007), el patrón de apego ansioso es considerado un potencial factor de riesgo para un posterior trastorno mental. Sin embargo es necesario tener presente, lo que los mismos autores clarifican, que un patrón de apego inseguro no es considerado en sí mismo como una patología o como generador inevitable de ella, al igual que una historia de apego seguro no se supone como un “promotor” o factor protector respecto a la psicopatología, pero si se considera a un patrón de apego perturbado, como una condición que incrementa la probabilidad de una posterior perturbación que podrá interactuar con otros riesgos presentes en el ambiente del niño en desarrollo. El nivel de perturbación en el apego es equivalente al nivel de vulnerabilidad, y difícil un cambio sin ayuda. Dado entonces como el apego es el inicio del proceso de desarrollo de un individuo, como lo expresa Sroufe (2005), la perturbación en este, puede incidir en la psicopatología, pero esta depende de toda la historia de experiencias del individuo a lo largo de su desarrollo.

Este nivel de vulnerabilidad, sin embargo es bastante nombrado en la literatura tal como nos lo exponen Mendez y Gonzales (2002) quienes señalan en base a estudios de Fonagy y cols. (1996), Rosenstein y Horowitz (1996), y Cole-Detke y Kobak(1996), la existencia de una asociación significativa entre psicopatología y relaciones conflictivas no resueltas de la infancia. Y Riso (2006) también señala que un conjunto significativo y sustentado de datos, muestra que los niños que han establecido apegos seguros obtienen resultados más positivos en el desarrollo

posterior que aquellos niños que han sido criados con un apego inseguro. En general desde la perspectiva de la psicopatología cognitiva, las investigaciones muestran una fuerte evidencia empírica entre apego y vulnerabilidad cognitiva.

Apego y esquemas cognitivos. Las representaciones mentales arriba mencionadas, que los niños van desarrollando sobre sí mismos y los demás, a partir de las interacciones con la figura de apego, se equipara a los autoesquemas que determinan la propia identidad y/o esquemas nucleares, más específicamente su contenido. Y una vez conformados, evolucionaran de acuerdo a los eventos ambientales y a los procesos cognitivos que operen sobre ellos. Desde un punto de vista cognitivo, se ha demostrado, además, que los niños criados con apegos seguros e inseguros difieren en la manera de procesar la información (Hofer, 2004, citado por Riso, 2006).

Un esquema es entendido como una estructura mental sumamente rígida que hace referencia a la percepción que la persona tiene de sí misma, del medio que la rodea y de las demás personas, es una entidad que provee las teorías o hipótesis que en última instancia guían y orientan la búsqueda de información relevante y determinan como los estímulos recibidos y decodificados son organizados, estructurados y recuperados, además que tienden a mantener su consistencia, a ignorar información contraria a su contenido y a facilitar la información congruente con su base de datos, así los esquemas permiten una representación mental de la experiencia, al organizarla en forma de significados o supuestos personales que guían la conducta y emociones (Riso, 2006). En este punto se puede ver como las experiencias tempranas, en especial con las figuras de afecto, proporcionan información relevante en la formación de los esquemas.

Young (2000), establece una correspondencia directa entre los estilos parentales y las experiencias afectivas vividas en la infancia, es decir, el ambiente y dinámica de relaciones que rodea al niño y la conformación de esquemas maladaptativos tempranos, los cuales se agrupan en 5 dominios esquemáticos, (Desconexión y Rechazo, Autonomía y Desempeño Deteriorados, Límites Insuficientes, Orientación hacia los Otros y finalmente Hipervigilancia e Inhibición) que corresponden a cinco necesidades desarrolladas en la infancia que podrían no ser satisfechas.

Millón (1981), (citado por Young 2000) en la misma vía, enfatiza la influencia de las continuas experiencias negativas tempranas: Las experiencias significativas de la vida temprana nunca podrán repetirse de nuevo, pero sus efectos permanecen y dejan su huella, quedan registrados como memorias, huellas permanentes y estímulos internos incrustados. Una vez registrados, los efectos del pasado son indelebles, constantes e ineludibles. Los residuos del pasado hacen más que aportar pasivamente su contribución al presente, ellos guían, forman o distorsionan la naturaleza de los eventos actuales. No solo están siempre presentes, también operan insidiosamente para transformar los nuevos estímulos y experiencia de acuerdo al pasado. Para el modelo informacional, según Riso (2006) los hechos pasados siguen vigentes en la memoria del paciente y se considera que “el núcleo central de determinados hechos pasados permanecen latentes, en forma de problemas no resueltos o emociones no procesadas, tal y como ocurre en los casos de maltrato infantil, privación emocional, abandono o abuso sexual”. (p. 123)

Ya hemos visto como es de amplia la cantidad de estudios y autores que hablan sobre el impacto de las experiencias tempranas en la psicopatología. Aquellos factores de riesgo que indican una tendencia significativa, según señala Riso (2006) son temperamento, vinculación afectiva (apego), privación emocional, estilos parentales de crianza y maltrato infantil.

Señalando siempre que la influencia de estas variables distales en la conformación de los trastornos son de tipo contribuyentes y no causal, lo cual también es altamente enfatizado en la literatura. Así entonces la aparición de estas, “incrementa la probabilidad de ocurrencia del problema, pero de ninguna manera debe entenderse como una fuerza que opera ciega y categóricamente sobre el comportamiento”. (Riso 2006, p.123)

Vemos entonces como entre los factores que en las experiencias tempranas se consideran de riesgo, están la deprivación emocional, considerada abandono físico y psicológico. Lo cual parece afectar bastante a los niños, varios estudios, demuestran que un aspecto determinante para la salud mental del niño es que este logre establecer, no importa con quien o quienes, relaciones afectivas sostenidas, con personas que sean capaces de amarlos y cuidarlos adecuadamente (Riso 2006). Otros factores considerados de vulneración para posteriores patologías son el maltrato infantil y un apego inseguro.

Esquemas maladaptativos tempranos. Young (2000) define Los esquemas maladaptativos tempranos como “estructuras extremadamente estables y duraderas que se elaboran durante la infancia, se desarrollan a través de toda la vida del individuo y son disfuncionales en grado significativo. Estos sirven como plantillas a través de las cuales se procesa posteriormente la información” (p. 10). Son además creencias incondicionales y sentimientos acerca de uno mismo en relación al ambiente, constituyéndose en verdades a priori que están implícitas y se han dado por sentadas. Son autoperpetuados y por lo tanto mucho más resistentes al cambio. Debido a que los esquemas se desarrollan en la vida temprana, frecuentemente forman el núcleo del autoconcepto del individuo y la concepción de ambiente. Por definición deben ser disfuncionales de manera significativa y recurrente, por lo que él hipotétiza que puede llevar directa o indirectamente a angustias psicológicas. Son usualmente

activados por eventos relevantes en el ambiente para el esquema particular. Están estrechamente vinculados a altos niveles de afecto cuando son activados y parecen ser la interacción entre el temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y pares durante los primeros años de vida, antes que el resultado de eventos traumáticos aislados, la mayoría de los esquemas son probablemente causados por continuos patrones de experiencias nocivas cotidianas con miembros de la familia y pares, los cuales acumulativamente refuerzan el esquema.

Por lo que se hace fundamental, dentro de la terapia cognitiva determinar los factores contribuyentes distales que determinan los esquemas maladaptativos tempranos, es decir la historia de estos (Riso, 2006)

Ahora, es importante resaltar como no son solo las experiencias tempranas de cuidado sino toda la historia de experiencias incluyendo las actuales circunstancias de un individuo las que inciden en el desarrollo de la psicopatología o perturbación mental. (Sameroff, 2000 citado por Sroufe, 2005). Entonces ¿Que sucede cuando aparte de un apego inseguro, un individuo es expuesto a situaciones estresantes a lo largo de su infancia? son eventos que como en la noción de trayectorias del desarrollo y usando la metáfora de la línea del ferrocarril, que expresa que aparte de que este patrón de apego puede generar un proceso de desviación de la trayectoria adaptativa, y entre más tiempo se recorra en un trayecto alejado de la normalidad, menos probable será el regreso al centro.

Si bien la mayoría de estudios al respecto enfatizan en aspectos concretos desplegados de los patrones de apegos inseguros. Young proporciona una asociación, con su propuesta de los esquemas maladaptativos tempranos, que permite tener ciertas consideraciones de las cogniciones o esquemas, derivados de los diversos estilos parentales, es decir, continuando con

la metáfora de las líneas del tren, permite delimitar las ramificaciones, según el patrón de estilo parental, aportando básicamente a los trastornos de personalidad, haciendo la claridad de que el temperamento y la biología también juegan un papel en el desarrollo de dichos esquemas.

Así entonces Young (2000) Propone 18 esquemas maladaptativos tempranos, que abarcan 5 áreas de dominio y queda expuesto de la siguiente forma:

Desconexión rechazo: es la expectativa de que las propias necesidades como protección, seguridad, cuidado, empatía, compartir los sentimientos, aceptación, no se suplirán de manera predecible. Frecuentemente se origina en familias desapegadas, frías, rechazantes, represivas, asiladas, imprevisibles o abusivas. Entonces cuando el niño no tiene un ambiente seguro, con amor, empatía, atención, respeto, aceptación y experiencias sociales positivas, son propensos a desarrollar los siguientes esquemas:

1. Inestabilidad / Abandono: es la inestable o desconfiada percepción de que el apoyo y la vinculación estarán disponibles.
2. Desconfianza / Abuso: la expectativa de que los demás herirán, abusaran, humillaran, engañaran, manipularan, o tomaran ventaja de uno, de forma intencional.
3. Deprivación Emocional: es la creencia de que los propios deseos en un grado normal de apoyo emocional no serán adecuadamente satisfechos por los demás. Las tres principales formas de deprivación son: de cuidado, de empatía y de protección.
4. Vergüenza / Defectuosa: el sentimiento de que uno es defectuoso, malo, indeseable, inferior, o indigno de respeto importante, o que debería ser inamable para las personas significativas si llegan a salir sus defectos a la luz pública.
5. Aislamiento social / Alienación: el sentimiento de que se está aislado del resto del mundo, diferente de los demás, y/o no se es parte de ningún grupo o comunidad.

Desempeño y Autonomía Insuficientes: es la expectativa acerca de uno mismo y el ambiente que interfiere con la habilidad percibida para sobrevivir, funcionar independientemente, o desempeñarse exitosamente. Se origina a menudo en familias sobreprotectoras o que fallan en reforzar al niño para desempeñarse competentemente fuera de ella, lo que podría generar que uno de los siguientes cuatro esquemas se desarrolle:

6. Dependencia / Incompetencia: la creencia de que uno es incapaz de lidiar con las propias responsabilidades diarias de manera competente, sin la ayuda considerable de los demás.
7. Vulnerabilidad Al Daño o a La Enfermedad: miedo exagerado a una catástrofe inminente, que lo atacara en cualquier momento, la cual será incapaz de prevenir.
8. Si Mismo Infradesarrollado / Indiferenciado: involucración emocional excesiva e intimidad con una o más personas significativas a expensas de la total individuación o el normal desarrollo social.
9. Fracaso: la creencia de que uno ha fallado, o fallara inevitablemente, o es fundamentalmente inadecuado en relación a los iguales, en áreas de realización.

Límites insuficientes: deficiencia en los límites internos, responsabilidad para con los otros, u orientación de metas a largo plazo. Usualmente se origina en familias caracterizadas por permisividad, sobreindulgencia, carencia de dirección, o un sentimiento de superioridad y que podría llevar a que se desarrollen los siguientes esquemas:

10. Derecho / Grandiosidad: es la creencia de que uno es superior a las demás personas, merecedor de derechos especiales y privilegios; o no limitado por las reglas que guían la interacción social normal.

11. Autocontrol Insuficiente / Autodisciplina: Profunda dificultad o denegación a ejercer el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para lograr las metas personales, o reprimir la expresión excesiva de sus propias emociones e impulsos.

Tendencia hacia el Otro: consiste en una excesiva focalización en los deseos, sentimientos, y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades. Se origina frecuentemente en familias basadas en la aceptación condicional. Lo que conlleva al desarrollo de los esquemas:

12. Subyugación: excesiva rendición del control a los demás a causa de un sentimiento coercitivo usualmente para evitar ira, retaliación, o abandono. Las formas de subyugación son de las necesidades y de las emociones.
13. Autosacrificio: Excesiva centración en suplir voluntariamente las necesidades de los otros en situaciones diarias, a expensas de la propia gratificación, usualmente para evitar la culpa o mantener la vinculación con los demás percibidos como necesitados.
14. Búsqueda de Aprobación: énfasis excesivo en ganar aprobación, reconocimiento, o atención de los demás, o encajar en, a cambio de desarrollar seguridad y una verdadera idea de sí mismo.

Sobrevigilancia e Inhibición: énfasis excesivo en suprimir los sentimientos espontáneos, impulsos y preferencias o en lograr rígidas reglas internalizadas y expectativas acerca del desempeño y comportamiento ético. Usualmente se origina en familias de tipo severo, demandante y algunas veces punitivo. Se pueden engendrar cualquiera de los siguientes esquemas:

15. Negatividad / Pesimismo: una profunda centración a lo largo de la vida en los aspectos negativos, mientras minimizan o descuidan los aspectos positivos de esta.
16. Inhibición Emocional: la excesiva inhibición de los actos, sentimientos espontáneos o comunicación.
17. Estándares Inflexibles / Hipercrítica: la creencia subyacente de que uno debería esforzarse por alcanzar estándares internalizados muy altos de comportamiento y desempeño, usualmente para evitar las críticas.
18. Punitividad: la creencia de que la gente debería ser severamente castigada por cometer errores.

Maltrato infantil por negligencia y abandono

El maltrato infantil en el contexto familiar. “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad” es una premisa cultural, bajo la cual es concebido el sistema familiar como el ente principal que debe propiciar las herramientas y ambientes necesarios para el desarrollo integral de los seres humanos, con apoyo de otros entes, como la escuela, sociedad, etc. Así entonces como nos lo expresa Larraín y Bascuñan (2009) “La familia y el hogar son concebidos social y jurídicamente como espacios de protección y seguridad para los menores de edad” (p. 5).

Esta premisa, que no es solo de nuestro contexto, afectó el desarrollo teórico de la psicopatología como nos lo señala Bowlby (1995) - aunque desde el ámbito analítico- se había dado una falta de reconocimiento del predominio y trascendentales consecuencias de la conducta violenta entre los miembros de una familia y sobre todo de la violencia de los padres, quienes vapuleaban tanto física como verbalmente o de ambas maneras a sus niños. Hecho que él consideraba en su época innegable y altamente frecuente, y por esto expresó como Freud al

exponer que las seducciones infantiles eran el producto de la imaginación, la psicopatología no se atribuía a la vida real, por lo que la conducta adversa de los padres no era un tema considerado en el tratamiento terapéutico. Sin embargo, también puntualizó “nuestro horror por el hecho de que los padres puedan comportarse de esa manera queda mitigado por nuestro creciente conocimiento del tipo de infancia que esos mismos padres tuvieron” (Bowlby, 1995, p. 96). Asimismo fue a mediados del siglo pasado que se comenzó a tomar más conocimiento del maltrato infantil y desde la década de los 60s, especialmente por parte de los médicos, el maltrato comenzó a recibir mayor atención y a considerarse que el entorno familiar es el de más riesgo para los niños (Alarcón y Cols, 2010). Como lo señala Larraín y Bascuñán (2009)

[Si bien] se considera que el entorno natural para el desarrollo de los niños es la familia [...] también [se] reconoce que esta puede ser un espacio peligroso [...] lo más complejo sea aceptar que quienes se espera que protejan —en general los padres— sean precisamente quienes golpean, agreden, amenazan, castigan o abusan. (p.5)

“Infancia en peligro” es una noción concebida por Sanín (2013), a partir de la problemática social y del reconocimiento de la dificultad de las familias para ofrecer las condiciones suficientes para lograr el bienestar de los niños. Esta noción más lo anteriormente descrito y considerando que los padres no siempre posibilitan interacciones positivas con sus hijos, como se expuso al hablar del apego, permite vislumbrar como algunos padres por uno u otro motivo no logran desarrollar o permitir un ambiente adecuado e íntegro para el desarrollo de los niños, así entonces la autora señala la incidencia de ciertas condiciones de tipo familiar y económico que van generando situaciones de negligencia o abandono

Bien sea porque los padres reconocen que no pueden tener a sus hijos consigo y buscan la institución del Estado que se haga responsable de ellos o dicha institución se hace cargo porque definitivamente evidencian la dificultad de los padres o cuidadores de garantizar el bienestar del niño. (Sanín 2013, p. 94)

Se reconoce, entonces, que la familia en muchas ocasiones es un contexto que en vez de generar protección y seguridad, también puede ser de riesgo para sus integrantes, siendo los menores de edad, especialmente los niños los más vulnerables, por su misma condición de individuos que están en proceso de formación de su identidad y aún no cuentan con las suficientes herramientas de autonomía e independencia que les permita hacerle frente a la situación o tomar la decisión de emigrar a otro espacio.

Ahora, otro aspecto que cabe mencionar, es la dificultad para detectar y dimensionar las reales situaciones de maltrato infantil en el medio familiar, al ser además la familia un espacio íntimo, donde no siempre otros agentes sociales pueden acceder, siendo por esto el maltrato en este contexto, un fenómeno del que solo en los casos denunciados es posible conocer y aún actuar, pero

Las denuncias dan cuenta solo parcialmente de la realidad del maltrato, y se considera que las cifras disponibles son apenas la punta del iceberg del real problema de la violencia en la familia. Esto implica que este fenómeno tiene una magnitud oculta a la que no es posible acceder por esta vía. (Larraín y Bacuñan, 2009, p.5)

El maltrato infantil. El Código de Infancia y Adolescencia ley 1098 de 2006, para Colombia en su artículo 18 señala que

Se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.

El DSM-V por su parte define el maltrato físico infantil como

Una lesión no accidental infligida a un niño, que puede ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte, resultante de darle un puñetazo, un golpe, una patada, un mordisco, zarandearlo, empujarlo, apuñalarlo, ahogarlo, pegarle (con la mano, con un palo, con una correa o con otro objeto), quemarlo o lesionarlo con cualquier otro método, por parte de un progenitor, un cuidador, o cualquier otro individuo que tenga responsabilidad sobre el niño. Estas lesiones se consideran maltrato, independientemente de si había intención de herir al niño. La disciplina física, como una zorra o una bofetada, no se considera maltrato mientras sea razonable y no provoque ninguna lesión física al niño. (p. 399)

En la literatura especializada entre las definiciones de maltrato infantil esta: la situación en que “el comportamiento parental (por acción u omisión) llega o puede llegar a poner en peligro la salud física o psíquica del niño” (De Paúl y Arruabarrena, 1996; citados por García, 2006, p.50). Ahora bien, el maltrato infantil como tal es un concepto bastante amplio, y que como se expone en las definiciones anteriores, engloba varias conductas que atentan contra la integridad del niño, por lo que hay que delimitarlo, Moreno (2001) expresa que

A la hora de establecer la tipología del maltrato infantil, es necesario tener en cuenta un aspecto básico: si el daño producido en el menor es consecuencia de

una acción (agente activo) o de una omisión (agente pasivo). Este debe ser el primer criterio diferenciador entre los distintos tipos de malos tratos en la infancia. (p. 34)

En total la mayoría de autores, incluyendo la Organización Mundial de la Salud hablan de 4 tipos de maltrato infantil: abuso físico, abandono o negligencia, abuso sexual y abuso emocional.

Maltrato infantil por negligencia y maltrato infantil por abandono. Ya se hizo alusión a que se clasifica el maltrato infantil, en 4 tipos: abuso físico, abandono o negligencia, abuso sexual y abuso emocional, por fines prácticos para el objetivo del presente trabajo, solo nos centraremos en el maltrato infantil por abandono o negligencia, frente al cual la UNICEF define como víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El mismo organismo aduce que el abandono y la negligencia hacen referencia a falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello; existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades de los niños no lo hacen (Larrain y Bascuñan, 2009). Así mismo Wekerle, Miller, Wofe y Spindel (2007) explican que ocurre abandono o negligencia cuando los padres o tutores del menor no proporcionan los requisitos esenciales para su desarrollo emocional, psicológico y físico. El abandono físico se da cuando no se satisfacen de forma adecuada las necesidades del menor respecto de su alimentación, vestido, refugio, limpieza, cuidados médicos y protección. El abandono emocional se presenta cuando no se satisface la necesidad del menor de ser amado, querido, de sentirse seguro y valioso y va desde la indisponibilidad hasta el rechazo abierto.

Si bien organismos y varios autores describen el abandono y negligencia como términos indiferenciados entre sí, ya que hacen referencia al mismo tipo de maltrato, también se propone en la literatura una diferenciación en los conceptos, por ejemplo Bowlby (1973) citado por Pineda y Moreno (2008) describe el abandono como una separación progresiva y una pérdida de lazos afectivos que va aumentando hasta darse el abandono definitivo, es decir, va haciendo alusión a un proceso, pero anota que el abandono instantáneo en el que el sujeto es apartado de la fuente de amor, dejado solo en la calle, puesto en adopción, corresponde a formas extremas, pero que también existe situaciones, en la mayoría de casos, de abandono mucho más sutiles en las que se transmite al niño la inseguridad, no cubrimiento de necesidades y desatención y señala tres grupos de niños abandonados; en primer lugar están los que permanecen en sus casas, en compañía de sus padres pero en realidad son ignorados y menospreciados y en donde ante la cronicidad son institucionalizados, el segundo grupo son los niños institucionalizados, en el cual el rompimiento de los lazos familiares es más notorio y se da un abandono real, puesto que la función protectora cesa ya sea porque los padres han muerto, desaparecido o vulnerado los derechos transfiriendo la función a las instituciones y en el último grupo están los niños de la calle, estos niños pertenecieron originalmente a la primera categoría, pero decidieron evadir la situación de desamparo. Si bien entonces Bowlby habla de abandono, vemos como lo va clasificando.

Otros autores plantean claras distinciones entre negligencia y abandono, donde se plantea que la negligencia consiste en el comportamiento o actitud del cuidador que por omisión o acción no cubre, o cubre de forma mínima, las necesidades básicas (físicas, psíquicas, sociales e intelectuales) del niño a su cargo, y/o no accede a cumplir sus pedidos aunque tenga las condiciones para hacerlo, pudiendo tener dicha situación de malos tratos un carácter consciente o

inconsciente (ignorancia, incultura, pobreza. etc.). La negligencia consiste entonces en la falta de afecto, atención, interacción y aceptación de juegos, vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico e impedimento de la educación. A su vez, se la considera propia de aquellas familias donde existen unas necesidades adicionales prioritarias. El abandono por su parte es el grado extremo de negligencia infantil, donde el cuidador rechaza total y deliberadamente sus obligaciones parentales lo que culmina en el desapego afectivo, físico y espacial con el niño, ya que este generalmente termina bajo cuidado de terceros, institucionalizado o sale del hogar de forma obligada. (Alarcón y Cols, 2010., Pineda y Moreno, 2008., y Sanín, 2013).

Por tanto vemos como el abandono y la negligencia se diferencian entre sí, ubicándose en un continuum donde la negligencia está situada en un nivel más leve de descuido u omisión y el abandono es el nivel más alto, ya que incluye una ausencia total de cuidador. Lo que se podría ejemplificar en que la primera consiste en la ausencia de cuidados por parte de la figura parental (o cuidadora) y el segundo en la ausencia de cuidados y del individuo que encarna dicha figura parental.

Sin embargo, pese a estas diferenciaciones, Moreno (2001), expresa que delimitar estos dos términos, es un poco difícil, ya que este quedaría condicionado por los valores sociales y culturales de cada contexto e incluso por los valores de los profesionales de protección a la infancia.

En el presente trabajo se tendrá presente la diferenciación anteriormente mencionada, debido a que entendiendo la relación entre negligencia y abandono como un proceso, donde la negligencia puede ser, en muchos casos, el inicio del abandono, siendo a este tipo de casos que se espera contribuir, ya que la población objeto son los niños institucionalizados o a cargo del

Estado. Además de que a nivel de intervención en uno y otro caso, se podría contar con factores diferenciados, pudiendo en los casos de negligencia tener acceso a la intervención del grupo familiar del niño, aunque este sea disfuncional, mientras que no siempre sucede lo mismo en los casos de abandono. Sin embargo, al momento de exponer las causas y consecuencias desde lo clínico, en estos tipos de maltrato se puede hacer de forma indiferenciada, dado que en la misma vía de considerarlos un continuum, esto no se ve afectado por la categorización. Y aunque el título hace énfasis en la negligencia, esto es debido a que al momento de categorizar este tipo de maltrato, es como se nombra en el DSM-V.

El maltrato infantil se clasifica como un código V en el Diagnostic and Statistical Manual, 4 ed., revisada (DSM-IV-TR), y requiere una designación de Eje de “Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica”. Hay varios códigos V por emplear si el objeto clínico es el perpetrador del abuso o la unidad relacional en la cual ocurre el abuso o abandono...se observa en el DSM-IV-TR que sus códigos son comparables a la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), que elaboro la Organización Mundial de la Salud (OMS) [...] el maltrato en si no es un trastorno. (Wekerle y Cols, 2007, p.8)

Esta situación sigue siendo prácticamente igual en el DSM V, con la diferencia de que los códigos V por emplear, no son frente a si el objeto de atención clínica es el niño víctima, sino si es hallazgo inicial o hallazgo ulterior. Así entonces se describe a continuación:

DSM V. Maltrato, abuso y negligencia

Negligencia infantil:

La negligencia infantil se define como cualquier acto atroz u omisión por parte de un progenitor o cuidador, confirmado o sospechado, que prive al niño de alguna necesidad básica correspondiente a su edad y que en consecuencia provoque o genere una probabilidad razonable de provocar un daño físico o psicológico en el niño. La negligencia infantil incluye el abandono, la falta de supervisión adecuada, la falta de atención a las necesidades emocionales o psicológicas y el hecho de no proporcionar la necesaria educación, asistencia médica, nutrición, residencia o vestido.

Negligencia infantil, confirmada

995.52 (T74.02XA) Hallazgo inicial.

995.52 (T74.02XD) Hallazgo ulterior.

Negligencia infantil, sospechada

995.52 (T76.02XA) Hallazgo inicial.

995.52 (T76.02XD) Hallazgo ulterior.

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil

V61.21 (Z69.010) Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil parental.

V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil no parental.

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil.

V61.22 (Z69.011) Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil parental.

V62.83 (Z69.021) Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil no parental. (p. 401)

Ahora teniendo presente que no siempre se hacen claridades conceptuales, entre negligencia y abandono, esta situación posiblemente incida en que la negligencia como forma de maltrato sea poco caracterizada en la literatura. Sin embargo es posible hallar autores que han contribuido al respecto, como Clark y Clark (2001) citados por Azaola (2006) que exponen la negligencia como la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y/o afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas, estos autores entonces diferencian entre varios aspectos que generan diversos tipos de negligencia:

- Negligencia física: constituida por el abandono o expulsión del niño de la casa; la ausencia de supervisión; el fracaso en proporcionar cuidados necesarios a la salud; las condiciones de insalubridad severas en el hogar o de higiene personal en el niño y la nutrición o vestimenta inadecuadas.
- Negligencia emocional: consistente en la desatención a las necesidades emocionales del niño; la violencia doméstica o permitirle el consumo de drogas o alcohol.
- Negligencia educativa: incluye ausencias crónicas e inexplicables de la escuela; el fracaso en inscribir al niño o el ignorar sus necesidades educativas, lo que le puede ocasionar que nunca adquiera habilidades básicas, abandone la escuela o presente comportamientos disruptivos continuamente.

Más arriba se señala que la situación de negligencia es independiente del carácter consciente o inconsciente, como ignorancia, incultura o pobreza entre otros, del cuidador, sin

embargo, frente a este aspecto, varios autores también exponen diversos pronunciamientos,

Lago (2007) señala que

Se hace necesario diferenciar la negligencia de la pobreza y la ignorancia, ya que en la pobreza no existen las capacidades ni recursos para proveer al niño de sus necesidades, generándose maltrato social, situación en la que el Estado es incapaz de brindar a sus ciudadanos la infraestructura, programas, seguridad y oportunidades para satisfacer las necesidades básicas. En el caso de la ignorancia, pueden estar presentes los recursos, pero no se han desarrollado adecuadamente las capacidades o se desconoce el alcance de estas y los recursos. La existencia de estos límites mal definidos hace difícil determinar la condición de negligencia. La imposibilidad de determinar lo óptimo dentro de un contexto lleva a analizar cada caso en forma particular y en ocasiones reduce la obligación de los cuidadores a brindarles a sus hijos o acudidos solo las necesidades básicas, lo cual se confunde con las obligaciones del Estado, facilitando la confusión con el maltrato social (p.31).

Clark y Clark (2001) citados por Azoala (2006), expresan que

Es indudable que la pobreza puede afectar la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades físicas de sus hijos. Sin embargo, por sí misma la pobreza no es una razón suficiente para etiquetar a los padres como negligentes. Algunos estudios muestran que la mayoría de los niños que forman parte de familias pobres no sufren negligencia. A menudo las condiciones deficientes de los niños mejoran cuando existen programas que proveen la ayuda que requieren. Es por ello que la incapacidad de la sociedad para proveer un nivel mínimo

adecuado de sobrevivencia a los niños, ha sido también llamado maltrato o negligencia social. (p. 24)

Otros autores no están de acuerdo con esta claridad ya que con o sin intención de los cuidadores, el niño está expuesto a carencias de elementos esenciales en su proceso de formación. Como Moreno (2001), quien expresa que algunas de las definiciones de abandono y negligencia no tienen presente la causa del daño, puesto que no mencionan quién o quiénes son los responsables del menor ni cuál/es son las necesidades no satisfechas, enfatizándose el hecho de que el resultado es el mismo para el niño.

Teniendo en cuenta toda esta delimitación del maltrato infantil por negligencia y abandono, aún con la diversidad de posturas, podemos decir que esto se hace importante, en la medida de que permite considerar la intensidad y por ende el nivel de afectación de estos dos tipos de maltrato, al igual que tener presente ciertos factores al momento de realizar intervenciones clínicas, ya que, por mencionar un ejemplo, si se presenta solo negligencia educativa, debida a la pobreza o atraso sociocultural de los padres, le pueden dar al clínico ciertas herramientas para confrontar ciertas percepciones que va construyendo el niño en su proceso de desarrollo, y/o desarrollar en los padres estrategias en las pautas de crianza, más adecuadas o se brindas asesorías en cuanto a la necesidad de ingreso del niño al sistema educativo, diferente a los casos de negligencia física y abandono.

Familias de riesgo para el maltrato por negligencia y/o el maltrato por abandono.

Pineda y Moreno (2008) señalan que en la tipología del maltrato por negligencia y/o abandono es posible distinguir factores externos asociados a los padres o cuidadores, tales como precariedad económica y pobreza educativa y cultural, y anotan que estos aspectos están confirmados por los estudios de Higgins y McCabe, (2001); Hillson y Kuiper, (1994); Milner, (1995); Moreno,

(2004, 2006), Palke y Collmer (1975) y Wolfe (1987), al igual que señalan: la falta de apoyo social o inadecuación del mismo, entorno social deficitario (vivienda y barrio), la edad de los padres, problemas de pareja, situaciones estresantes para la familia y desempleo. Algunos de estos aspectos, componen lo que arriba se denominó “negligencia social”. En cuanto a factores personales de los cuidadores también señalan escasas habilidades interpersonales, hábitos de crianza inadecuados, el desconocimiento de métodos alternos de disciplina, expectativas poco realistas respecto del niño, toxicomanía, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, dificultad para controlar los impulsos, problemas de salud mental, al igual que se han identificado atribuciones distorsionadas de la disciplina. Los estilos parentales y las interacciones padres e hijos, es otro aspecto resaltado por estos autores, ya que los estilos parentales, por un lado están ligados a patrones personales y culturales (ontosistema y macrosistema), pero en términos generales hay un “predominio de padres indiferentes, lo cual les lleva a generar inseguridad en sus hijos, desconocimiento de sus necesidades y sobre todo delegación de funciones propias de su rol a terceras personas” (Pineda y Moreno, 2008, p.179), los autores visualiza en este punto una integración de variables culturales como aceptación del cuidado de los hijos a cargo de terceros. Por otro lado los estilos parentales y el vínculo afectivo también están compuestos por el aprendizaje -o por el desconocimiento- de los padres en las formas de educar y por la interacción que les genera su hijo. Y Moreno (2001) expresa como la teoría del apego de Bowlby (1983), la teoría del aprendizaje social de Youngblade y Belsky (1990) y la hipótesis de la continuidad social en el desarrollo de las interacciones coercitivas entre padres e hijos de Wahler (1990) lo llevan a considerar el maltrato y el abandono emocional como formas de desprotección infantil, debidas básicamente a que las pautas de interacción entre el cuidador y el niño son inadecuadas, ya que el adulto es insensible a las necesidades del niño.

En términos generales podemos ver como los autores hacen bastante alusión a que el maltrato, incluyendo el maltrato por abandono y/o negligencia, está en gran medida causado por dificultades en la interacción paterno-filial, donde el adulto carece de habilidades, en muchas ocasiones por sus propios proceso de aprendizaje, que no le permiten reaccionar adecuadamente a las necesidades del niño.

Cabe anotar un aspecto referido por Arruabarrena (2011)

La dificultad de establecer una relación causal entre el comportamiento parental y los síntomas de daño que puedan observarse en un determinado niño, o de realizar predicciones fiables respecto al daño potencial que tal comportamiento puede provocar en un niño concreto a corto, medio o largo plazo...hay otros factores además del comportamiento parental que influyen en el desarrollo del niño, como son las características de su entorno, de su familia y del propio niño (Pearce y Pezzot-Pearce1997), varios autores aconsejan ser prudentes y no presuponer que el comportamiento parental constituye el factor principal (English et al., 2005; Haskett, Nears, Ward y McPherson, 2006; Maniglio, 2009). (p 36)

Esto va en la vía de entender que no es tan simple sacar una especie de perfil parental que se constituya en el predictor de las formas de maltrato y por ende las consecuencias de estos en los niños, al igual que se señaló en un apartado anterior, que aun el desarrollo de un apego seguro no es una garantía de una salud mental en todo el desarrollo de la vida. Por lo que es importante en este punto considerar el caso por caso y entender además, que las actitudes o características de los padres podrían constituir factores predisponentes para una psicopatología, donde el maltrato por negligencia y/o abandono seguramente se relacionara con otras variables, y todas en su

conjunto van convirtiéndose en componentes de disfunciones, pero hay que ser cauteloso y no considerarlo siempre el único factor causal.

Consecuencias del maltrato infantil por negligencia y abandono

Frente a las consecuencias del maltrato como tal, Wekerle y Cols (2007) han planteado

No hay una respuesta única para el niño o joven maltratado. Sin embargo, cuando el maltrato es grave y/o constante, hay un consenso emergente que opera como estresante incontrolable y crónico. Como tal, entre los efectos del maltrato se encuentran:

1. Merma y distorsión de los sistemas corporales naturales de afrontamiento y protección.
2. Interrupción del funcionamiento físico normal.
3. Presión sobre la estabilidad anímica y la reactividad normal ante sucesos externos.
4. Desviación del procesamiento de información hacia el apoyo de supervivencia.
5. Mayor dificultad en la consecución y conservación de seguridad en los lazos afectivos.
6. Limitación de un sentido sano y positivo del yo y del futuro.

El maltrato infantil no es un trastorno psiquiátrico. Sin embargo, la víctima de abuso y abandono físico, sexual y emocional puede permanecer, de ahí en adelante, en recuperación. El maltrato es factor predictivo de diversos problemas, desde trastornos de personalidad y anímicos/de ansiedad hasta de alimentación.

Los episodios crónicos de maltrato, en comparación con los limitados, parecen vincularse a problemas con relaciones afectivas y sociales negativas a lo largo de la infancia (p. 3).

Estos autores asocian además el maltrato a problemas en el desarrollo de mecanismos prosociales, alteraciones neurobiológicas y en los mecanismos basados en el aprendizaje, errores en el procesamiento de la información y trastornos anímicos, conductas suicidas y/o autolesivas, trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, disociación, problemas y trastornos conductuales (agresividad, impulsividad) trastorno opositorista desafiante y trastorno de conducta, consumo de sustancias, trastornos de alimentación, trastornos de personalidad (especialmente el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad), aunque también señalan algunos niños asintomáticos, pero que posteriormente presentan la sintomatología asociada al maltrato. Anotando además que son diversas las formas en que se manifiestan los efectos del maltrato, influenciadas además por la edad, el tipo de maltrato, frecuencia, gravedad, el momento en el que se presenta y la historia psiquiátrica familiar entre otros.

Se observa entonces, como el maltrato, trae consecuencias nefastas para el desarrollo del individuo, ahora frente al caso específico de la negligencia o del abandono Azaola (2006) refiere que este tipo de maltrato genera secuelas tanto físicas como emocionales, las cuales en muchos casos tienden a subestimarse en detrimento de otras más visibles, actitud que la autora tilda de inapropiada ya que diversos estudios longitudinales han mostrado que la negligencia puede ocasionar daños emocionales más severos y duraderos que el maltrato físico, ya que altera el sano desarrollo y crecimiento, debido a que los déficits se acumulan y siguen influenciando negativamente el posterior proceso de desarrollo, convirtiéndose en una cadena de problemas.

Los resultados específicos dependerán de la duración, del momento en que ocurre y de la naturaleza de la negligencia siendo los daños más severos, crónicos e irreversibles, si se presenta en etapas muy tempranas cuando el cerebro es aun inmaduro y debe desarrollarse más rápidamente, también los resultados varían en relación a las intervenciones realizadas para corregirla y la duración de las mismas. Sanín (2013) citando a García (2008) plantea también que el niño víctima de abandono tiene repercusiones en toda su vida ya que

Pierde un sin fin de derechos y, sobre todo, aprende a vivir sin familia, lo cual repercute en su vida adulta, dado que en el futuro no podrá vincularse parentalmente con sus hijos y tenderán a repetir la experiencia del abandono, por el proceso de aprendizaje. (p.106)

Los niños que han sufrido negligencia y/o abandono son más susceptibles a presentar problemas en su desarrollo y comportamentales, como los siguientes, que han sido citados por Azaola (2006); Pineda y Moreno (2008); y Alarcón y Cols (2010) y Sanín (2013) de diversos estudios:

- Mayores problemas de salud que los niños que han padecido maltratos físicos o abuso sexual (Clark y Clark, 2001), problemas en su alimentación (García, 2008)
- Efectos patológicos en el sistema nervioso central, ansiedad intensa en el niño, lo cual activa el *locus coeruleus* y el sistema nervioso simpático, causando la liberación de noradrenalina. El maltrato infantil a largo plazo se ha asociado con un aumento de la sensibilidad del sistema noradrenérgico, probablemente por una disminución en el autorreceptor 2-alfa del *locus coeruleus*, el cual como inhibidor, resultado en una actividad noradenergica elevada. De igual, forma el estrés crónico que genera esta situación, estimula por medio de dopamina liberada de la amígdala, a la corteza prefrontal medial, esta tiene relación con mayor

atención para “hacer frente” al agente estresor, esto se ve reflejado en el niño como inatención, hipervigilancia, presentación de síntomas psicóticos, y problemas de memoria y aprendizaje.

- Alteraciones en varias funciones, incluida la cognitiva (Katherine Pears y Cols) mostrando un índice general cognitivo por debajo de lo esperado para su edad, constatándose un desfase cronológico medio de 5 meses respecto a la edad actual. Así pues, en todos los casos evaluados, la edad mental (EM) es inferior a la edad cronológica (EC) y se altera también el desempeño en áreas del lenguaje, mostrando deficiencias importantes en el empleo del lenguaje común, la incapacidad para abstraer y generalizar conceptos, en tareas que implican vocabulario oral, memoria verbal, fluidez verbal y capacidad para establecer relaciones. (Moreno; 2003).
- Retraso en el desarrollo de habilidades sociales (Katherine Pears y Cols), dificultad para relacionarse con otros y conductas agresivas (Moreno 2003)
- Problemas escolares (Wilson y cols) y bajo rendimiento académico, (Kelley, 1997) (García, 2008);
- Delincuencia (Kelley,1997) en la juventud (Wilson y cols) y adultez (Widom y Maxfield. 2001)
- Inicio temprano de vida sexual lo que puede incrementar el riesgo de embarazo precoz (Kelley, 1997) y prostitución (Wilson y cols).
- Uso de drogas (Kelley, 1997) y alcohol (Tucci y cols).
- Problemas de salud mental (Kelley,1997), factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la personalidad en adulto y trastornos depresivos (Tucci y cols), baja autoestima, pensamientos de suicidio y ansiedad, (García, 2008)

- Salir a temprana edad del hogar (Wilson y cols).

Psicoterapia en casos de negligencia y maltrato infantil

Debido a todas las consecuencias que trae el maltrato en términos generales tanto en la infancia, como en momentos posteriores de la vida del individuo, “es urgente la implementación de estrategias terapéuticas para prevenir estos efectos” (p. 109) como lo señalan Alarcón y Cols (2010). Esto autores así mismo señalan que en los casos del maltrato infantil se proponen 3 niveles de intervención:

1. Primarias, son las intervenciones que se emplean en la población en general, sin mirar su nivel de riesgo.
2. Secundarias, son las intervenciones que son dirigidas a los niños o jóvenes que tienen un riesgo elevado.
3. Terciarias son aquellas intervenciones cuyo énfasis esta en las medidas dirigidas a quienes ya han sido víctimas del maltrato infantil.

En el presente trabajo, considerando los objetivos, solo haremos énfasis en la intervención terciaria, puesto que es donde el trabajo clínico se hace más exhaustivo, pero sin desconocer lo que la mayoría de autores señalan al respecto y es que el esfuerzo de los profesionales y de las políticas debe ir dirigido a la intervención primaria, es decir en la prevención, ya que esto disminuye los costos tanto emocionales de las familias e individuos como económicos de las sociedades. Aun así es importante resaltar lo que los autores anteriormente citados plantean y es la importancia de “considerar siempre que el maltrato existe y que puede ser el agente causal de muchas consultas” (Araújo y Cols; 2010, p. 111) y que en

los casos de maltrato, entre las diversas especialidades y profesionales que se suelen involucrar en los casos conocidos y/o denunciados, se resalta la intervención por parte de psicología.

En relación a la negligencia y el abandono nos encontramos aquí con dos puntos de trabajo: Por un lado que son pocas las intervenciones que investigadores y profesionales han propuesto exclusivas para los niños víctima de negligencia en comparación con otras formas de maltrato (Miller y Peerin, 2013), asimismo son limitados los estudios sobre la eficacia de modelos de intervención en el tratamiento de los niños abandonados y sus familias junto con la ausencia de un consenso generalizado sobre cuáles son los efectos de los tratamientos en estos tipos de maltrato (Chaffin y Friedrich, 2004., y Rosa, Sánchez y López, 2010) y aunque en los últimos años se han propuesto algunos estudios sobre el tratamiento de los niños abandonados y sus familias, Allin, Wathen y MacMillan (2005) señalan que falta mayor rigurosidad en dichos estudios, lo cual es confirmado por Rosa, Sánchez y López (2010) cuando expresan que se ha visto limitada la posibilidad de comparar los efectos de tratamientos específicos por la amplia casuística de los tratamientos aplicados y la ambigüedad con que la mayoría de los estudios los describieron. Es decir, se observa que es poca la bibliografía existente al respecto, tanto frente al maltrato por negligencia y/o maltrato por abandono, como a su tratamiento y la eficacia de los mismos.

El segundo punto de dificultad es que en los casos del maltrato por abandono y de maltrato por negligencia existe un aspecto como el señalado por Pineda y Moreno (2008) que aparte del abandono extremo, con sus nefastas consecuencias, existen cientos de realidades en las que los niños cuentan con padres pero estos

Quieren desistir de toda obligación, pero no encuentran la forma que permita cargar un poco menos con la conciencia y el peso legal. Es por esto que al ser

institucionalizados muchos niños, niñas y adolescentes, sus padres y familiares desaparecen, y en otros casos no se demuestra la necesidad de cambio para brindar un ambiente seguro a los niños, sumado a las pocas condiciones de reintegro, descargando toda responsabilidad a los hogares de protección. (p. 171)

Estas familias podrían constituir lo que Zalba (1986) denomina “familias inaccesibles bien conocidas por todas las agencias de bienestar social” (p.25), aquellas en las que no es posible o es muy complejo pensar en un reintegro del niño por la poca vinculación de estas familias, o quienes deberían ser los cuidadores del niño, y aunque el autor señala que es debida al trastorno de un individuo en el grupo familiar, también están los casos debidos al completo desinterés. Todo esto nos lleva a tener en cuenta, cuales son las herramientas y limitaciones al momento de intervenir frente al maltrato por abandono y al maltrato por negligencia, puesto que en unos casos es posible intervenir el ambiente familiar y en otros no. Es bien sabido además que al consultar las guías de atención en salud para el niño maltratado, se expone tratamiento al niño y su familia.

Frente al tratamiento también se presenta lo siguiente: Zalba, en 1986 expresa, al hacer una revisión sobre la literatura en intervención del maltrato infantil, que “el análisis del tratamiento se ha referido primordialmente a los padres. La literatura especializada poco nos dice acerca del tratamiento de los niños” (p. 28), 28 años después, la situación no ha cambiado lo suficiente pues Rosa, Sánchez y López (2010) también señalan que

Hasta no hace mucho, las intervenciones en el abuso y abandono infantil se han centrado fundamentalmente en los padres [...] al considerar que los padres son los responsables de los malos tratos y si la intervención con éstos tiene éxito, la calidad de vida del niño mejorará. (p.627)

Por lo que a la intervención a los niños no se les daba mucha importancia. A lo que se suma lo que Curtis, Alexander y Lunghofer (2001) y Hughes (2004) citados por Gomez, Magdalena y Pía (2008) exponen

Hay una carencia importante de investigación con respecto al tratamiento de niños maltratados provenientes de contextos multiproblemáticos y vulneradores, que residen fuera de su familia de origen (en sistemas de familias de acogida o residenciales, o que han sido adoptados). Lo que se ha visto hasta la fecha, es que las intervenciones con niños en edad más avanzada, que presentan una historia de vida de este tipo (y que se constituyen en la población objetivo de los programas de protección infantil) suelen ser difíciles, arduas y complejas. (p. 243)

Por lo que los autores también proponen que “un rango más amplio de intervenciones basadas en evidencia deberían estar disponibles y que deben darse pasos para ayudar a hacer esas intervenciones más sensibles las necesidades únicas de familias adoptivas y de acogida” (Gomez, Magdalena y Pía, 2008. p. 262).

Pese a estas dos circunstancias, se han abierto nuevas perspectiva en este sentido en los últimos años, por una parte aunque son pocos, pero existen estudios que examinan la eficacia de los tratamientos psicológicos para paliar los efectos negativos en víctimas infantiles de maltrato, varias de las cuales se centran en el abandono por negligencia y en la víctima (Rosa, Sánchez y López, 2010 y Wekerle y Cols, 2007).

Evaluación. Wekerle y Cols (2007) enfatizan que por la amplia variedad de síntomas psicológicos y conductuales asociados que presentan las víctimas de maltrato infantil se hace necesario efectuar una evaluación completa antes de iniciar el tratamiento: Además de la entrevista clínica estándar, los autores proponen que las valoraciones de las víctimas de maltrato

requieren componentes adicionales entre ellas la percepciones de la experiencia del trauma por parte de la víctima, con sus ideas respecto de su causa, pues esta información conformara los aspectos de la psicoterapia. Una valoración completa ayudara al tratante a diseñar una conceptualización del caso, lo que a su vez guiara el tratamiento. Las evaluaciones estandarizadas implican entrevistas semiestructuradas y medidas autoaplicada los autores en este punto hacen referencia a la Child PTSD Symptom Scale (Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, 2001), escala de síntomas de trastorno por estrés postraumático infantil, para el propósito específico de evaluar síntomas relacionados al abuso.

Tratamiento. En los casos de maltrato por negligencia, se ha propuesto en la literatura (Miller, y Peerin 2013; Alarcón y Cols, 2010)

- a. Solucionar afecciones físicas y psicológicas, es decir, intervención con los niños para reducir los efectos asociados al maltrato
- b. Transformar las causas que originaron la negligencia incluso se ha expuesto asistencia económica
- c. Capacitación a los padres o cuidadores del niño en pautas de crianza
- d. Remitir a la familia a grupos de apoyo
- e. Intervenciones multicomponentes.

Tratamiento con la familia. En los casos de maltrato infantil que es posible intervenir a los padres varios autores como Wekerle y Cols (2007) proponen en los casos de maltrato en general:

- Orientación: modelo de tratamiento con componentes generales de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, se orienta a los padres en el proceso

al educarlos sobre los diagnósticos y síntomas, las reacciones comunes ante el abuso sexual y el maltrato físico infantiles que pueden observar en sus hijos, el curso de tratamiento y el modelo cognitivo conductual, diferenciándose el tratamiento entre padres de víctimas de abuso sexual en los de maltrato físico, ya que en los segundo participa el padre perpetrador, con el objeto de evitar futuros maltratos, diferente del primero en los que este no participa.

- Capacitación en habilidades de afrontamiento: la atención del tratamiento se dirige a las habilidades de crianza: ofrecerles ayuda en encontrar formas adecuadas de elogiar o reforzar a sus hijos, que sean eficaces y no violentas, se usan estrategias de relajación, estrategias cognitivas de afrontamiento y juegos de rol.
- Psicoeducación: aspecto final del tratamiento: en pautas de crianza e información referente al tipo de abuso que sufrió el niño.

Si bien esta propuesta de intervención no es exclusiva para los casos de maltrato por negligencia o abandono, aportan herramientas para la intervención con padres según lo que Miller, y Peerin (2013) y Alarcón y Cols (2010) señalaron, que existía en la literatura para la intervención de los padres de niños víctimas de negligencia.

Tratamiento con el niño. Frente a las intervenciones en maltrato Wekerle y Cols (2007) han expuesto que las intervenciones del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) muestran la mayor eficacia para el tratamiento del maltrato infantil, de hecho, la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente) reconoce que la terapia cognitiva-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) es el tratamiento de primera línea para el trastorno por estrés postraumático infantil.

Al hablar ya de la intervención específica de los niños víctimas de maltrato por negligencia y/o maltrato por abandono y conociendo las limitaciones anteriormente expuestas, se expondrá lo encontrado en las investigaciones al respecto.

Terapia basada en la evidencia. En cuanto a la Terapia basada en la evidencia para la negligencia infantil, Chaffin y Friedrich (2004) señalan que aunque la negligencia abarca la mayoría de casos en los sistemas de servicio social infantil, son limitados los estudios sobre los modelos de intervención. En una reciente revisión de la literatura Allin y Col (2005) citados por Miller y Peerin (2013) concluyen que hay muy pocos tratamientos basados en la evidencia avalados y dirigidos a la negligencia infantil. De los cuales los siguientes han sido los más ampliamente estudiados y mejor soportados

- Project 12-Ways/SafeCare están entre los más ampliamente estudiados. Los modelos que utilizan métodos conductuales y se han focalizado en varios blancos en la ecología de multiproblemas familiares inscritos en el sistema para negligencia infantil. El patrón de evidencia soporta que el modelo es complejo e involucra 60 estudios publicados. Sin embargo con pocas prueba controlada aleatoria. El número de estudios han tenido múltiples líneas de base soportadas en la concordancia con el objetivo de cambios conductuales mediante la intervención. Han sugerido beneficios en términos de reducir los reportes de maltrato (Gershater-Molko, Lutzker y Wesch, 2002; Lutzker y Rice, 1987; Lutzker, Tymchuk, y Bigelow, 2001). El modelo es actualmente probado en campo a gran escala de pruebas.
- Resisten Peer Treatmen, de Fantuzzo et al., 1996: se ha dirigido a mejorar el apego y las relaciones con los iguales y adultos. Allin, Wathen y MacMillan (2005) señalan

que los niños intervenidos con este tratamiento mostraron en el postratamiento, a las 2 semanas significativamente un juego más positivo y disminuyeron el juego solitario, y a los 2 meses adquirieron una interacción social y disminuyeron los problemas de comportamiento externalizados e internalizados.

- Chaffin y Friedrich (2004) y su modelo conductual combinado en ocasiones con el modelo sistémico de Meezan y O'Keefe, (1998): que buscan tratar la negligencia y/o abandono en el grupo familiar, o en los padres pero con cierta implicación con los hijos, siendo el autocontrol, manejo de contingencias, resolución de problemas y habilidades sociales las técnicas más utilizadas tanto con padres como con niños.
- Allin et al. (2005) tratamientos no conductuales basados en el juego y la terapia multisistémica, al encontrar efectos beneficiosos.
- Udwin's study: formación en el juego imaginario: Allin, Wathen y MacMillan (2005) refieren que incrementó los niveles de imaginación, la cooperación e interacción con pares y disminuyó la agresividad en el juego.

Técnicas de intervención. De todo lo expuesto sobre investigaciones en el tratamiento del maltrato por negligencia Rosa, Sánchez y López (2010) señalan que en los estudios por ellos analizados las técnicas utilizadas han sido: técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, terapia de juego, técnicas de reforzamiento/castigo, técnicas de autocontrol, técnicas de exposición gradual, terapia familiar sistémica, terapia familiar y entrenamiento a padres. También expresan que la comparación entre los tratamientos conductual, los no conductuales y los combinados lleva a la conclusión de que no existen diferencias tangibles en eficacia entre ellos. Tan solo en lo que respecta a la reducción de los problemas de conducta del niño se observa mejores resultados con los tratamientos conductuales en comparación con los no

conductuales y los combinados. Por otra parte, sus resultados van en la línea de los obtenidos por Allin, Wathen y MacMillan (2005) para los tratamientos no conductuales basados en el juego y la terapia multisistémica, al encontrar efectos beneficiosos. Los tratamientos son más efectivos conforme mayor es su duración, cuando el maltrato sufrido por los menores ha sido la negligencia y cuando los menores ya están padeciendo el maltrato en comparación con los menores en riesgo de padecerlo.

Así mismo González, Ampudia y Guevara (2012) mediante una propuesta de intervención bajo el enfoque cognitivo-conductual, para niños institucionalizados, utilizando componentes de entrenamientos en habilidades sociales básicas y avanzadas, combinados con entrenamiento para la solución de problemas y reestructuración cognoscitiva, y haciendo uso de instrucciones verbales, modelamiento, juego de roles y ensayos conductuales, retroalimentación, reforzamiento y encargar tareas, encontraron resultados que proporcionan evidencia de la efectividad del programa para desarrollar habilidades sociales en esta población, incluyendo la disminución de patrones agresivos de comportamiento, la adquisición de habilidades para solución de problemas, reconocimiento y expresión de sentimientos, todo lo cual implicó una reestructuración del pensamiento.

A continuación se hará una breve descripción de las técnicas mencionadas en los dos párrafos previos según aparecen en diversos manuales y varias de las cuales se utilizaron en el presente caso, en concordancia con los objetivos terapéuticos que se habían planteado.

- a. Técnicas de relajación: técnica conductual que puede aplicarse a problemas como la ansiedad y el control de la ira. (Friedberg y McClure, 2005)

- Se recomienda que en el caso de niños esta sea breve y se incluyan solo algunos grupos musculares.
 - Que el habla del terapeuta sea melódica, cálida y que siga un ritmo más lento que el patrón de habla normal.
 - Realizar entre 5 y 10 minutos de tensión muscular por cada 20 segundos.
 - Adaptar el vocabulario al nivel de desarrollo del niño, se recomienda incluir metáforas y analogías.
- b. Entrenamiento en habilidades sociales: (Friedberg y McClure, 2005)
- Se le enseña al niño la habilidad dándole instrucciones directas (con modelamiento y material psicoeducativo).
 - Una vez adquirida la habilidad se practica (con juego de roles).
 - Se le retroalimenta la habilidad al niño, permitiéndole que lo haga de forma más adecuada y corrija fallos.
 - El niño pone en práctica su habilidad en contextos reales.
 - Se le refuerza positivamente su esfuerzo.
- c. Terapia de juego: la terapia de juego cognitivo-conductual tiene un papel activo y está orientada hacia objetivos concretos e intentan modificar pensamientos, emociones y patrones de conducta problemáticos a través del juego. Se utiliza como instrumento para elicitación de diálogos inadecuados y enseñar métodos adaptativos de afrontamiento. (Friedberg y McClure, 2005)
- d. Técnicas de reforzamiento / castigo: algunas de las técnicas que pueden utilizarse son:

- Control de contingencias: identificar la conducta que se quiere aumentar o disminuir (expresando claramente su naturaleza y duración), luego se establecen contingencias de si el niño logra la conducta algo bueno seguirá a esa conducta. También es importante reforzar los primeros pequeños pasos que se dan en la dirección objetivo, para lo que es viable establecer una lista gradual de tareas que le sean posible realizar. (Friedberg y McClure, 2005)
- Contrato de contingencias: Es un contrato o acuerdo entre dos o más partes, que establecen las responsabilidades de cada una, en relación con un determinado objeto o actividad. Las condiciones para poner en práctica un contrato de contingencias son que el contrato debe ser negociado y acordado libremente entre las partes, debe especificar la conducta deseada y la recompensa esperada y el reforzador debe proporcionarse según los términos del contrato. También es importante aclarar que el contrato es para recompensar al niño por su iniciativa más que por obedecer la conducta meta y es importante revisarlo periódicamente para evaluar, introducir y/o modificar acuerdos entre las partes.
- Sistema de puntos: Es un sistema de premios mediante el cual el niño gana o pierde fichas o puntos. Cuando se porta bien gana fichas, y pierde las mismas fichas o puntos cuando se porta mal. Al final de la semana, puede recibir un premio en relación con la cantidad de puntos que haya acumulado.
- Sobrecorrección: Consiste en administrar contingentemente consecuencias aversivas a una conducta inadecuada. Tiene un carácter educativo. Se emplea básicamente en niños con retraso mental, niños con autismo, trastornos

conductuales, hiperactividad, problemas de eliminación (enuresis y encopresis) y respuestas orales (vómitos, pica,). Se puede proceder de dos modos. Sobrecorrección retributiva: Consiste en que el niño o adolescente restaure el daño que ha hecho e incluso mejore el estado original.

Sobrecorrección de práctica positiva: Consiste en la práctica repetida de una conducta positiva. (Azrin y Armstrong, 1973).

- Extinción: Es la retirada constante de atención que sigue inmediatamente a un comportamiento no deseado. Reside en establecer unas condiciones de manera que el niño o adolescente no obtenga ningún reforzador o aprobación ante la presencia de una conducta desadaptada. Esta técnica puede generar un incremento de la misma conducta a cambiar, puede aumentar en intensidad, frecuencia y duración, antes de empezar a disminuir, como una especie de efecto rebote, en segundo lugar un posible aumento de comportamientos agresivos o emocionales por parte del niño o adolescente, y en tercer lugar, la conducta que ya no es reforzada por que se ha extinguido puede ocasionalmente, volver a ocurrir, como una recuperación espontánea. Si se aplica la extinción de forma continua se puede obtener la reducción y eliminación de dicha conducta. (Labrador y Muñoz, 1997).
- Tiempo fuera: Cruzado y Labrador, (2002) consideran que este procedimiento es útil en el tratamiento de la conducta abrupta, agresiva y de desobediencia y no se aconseja en conductas autoestimulatorias y autolesivas. Albert (1999), expresa que el tiempo fuera consiste en retirar al niño de la conducta inadecuada la cual se desea eliminar, sentándolo por un tiempo. Durante ese

tiempo no se le trata agresivamente, no se le dirige la palabra, durante y después del periodo de aislamiento. Luego se da la opción de seguir con la tarea o jugando según el caso. Algunas pautas para su aplicación son: Cuando se aplique por primera vez, se le deja claro al niño que no se le dejará de aislar hasta que la conducta cese. Antes de aplicar el aislamiento se recomienda intentar controlar la conducta de modo verbal. El tiempo de aislamiento debe ser de minuto por año de edad. No se recomienda reforzar ni positivamente ni negativamente antes o después del aislamiento. Si esta técnica no resulta en una semana se recomienda cambiarla.

En la aplicación de cualquiera de estas técnicas, se puede definir la conducta a disminuir o eliminar, se recomienda evaluar el programa de reforzamiento para observar la conducta a cambiar, así mismo que aclarar al niño o adolescente del proceso o técnica a emplear para que pueda prever las futuras consecuencias y así modificar la conducta. (Labrador y Muñoz, 1997)

- e. Técnicas de autocontrol: para el autocontrol emocional se puede usar la técnica del semáforo, donde cada uno de los colores de las luces de un semáforo se asocia con una emoción o conducta, así el rojo con detenerse, el amarillo con pensar y el verde con solucionar y actuar.

Frente al autocontrol Cruzado y Labrador (2002), también proponen los siguientes pasos:

- Se define la conducta a controlar.
- Entrenamiento en la técnica concreta y establecimiento de los criterios de ejecución.

- Aplicación de la técnica en el contexto real: auto-observación, aplicación de la técnica, autoevaluación, autorefuerto, autocorrección.
 - Revisión de la aplicación
- f. Técnicas de exposición gradual: La exposición graduada consiste en un paquete de procedimientos que incluye:
- Imaginación emotiva: se utilizan imágenes o escenas que generan sentimientos positivos.
 - Práctica reforzada: Consiste en ir administrando refuerzo positivo, de forma paulatina, al niño, a medida que va superando la jerarquía propuesta o proceso a efectuar. (Labrador y Muñoz, 1997)
- g. Entrenamiento a padres: para el tratamiento con padres Wekerle y Cols (2007) han sugerido el tratamiento cognitivo-conductual basado en el trauma que consiste básicamente en:
- Realizar orientación: que reciban educación sobre la diagnosis y síntomas del maltrato.
 - Capacitación en habilidades de afrontamiento: se les capacita en relajación y estrategias cognitivas de afrontamiento (como detención de pensamientos y verbalizaciones positivas).
 - Exposición gradual: exposición frente a la revisión de recuerdos del trauma (es decir el evento de maltrato) y emociones y pensamientos conectados a este.
 - Psicoeducación: se revisan las habilidades de crianza, y se da información sobre el maltrato y la legislación de protección de menores.

Con los padres también se puede trabajar en terapia cognitivo conductual de la siguiente manera:

- a. Establecer expectativas realistas de conducta: a veces los padres confunden conducta deseable con conducta previsible, es decir que esperan mucho de sus hijos.
 - b. Ayudar a los padres a definir problemas: evaluando la frecuencia, intensidad y duración de la conducta del niño, podemos comprobar si las expectativas de los padres son realistas, para esto se pueden utilizar tablas de frecuencia.
 - c. Ayudar a los padres a aumentar las conductas deseables de sus hijos: enseñarles a pillar a sus hijos portándose bien, utilizar el refuerzo, el tiempo de juego, darle al niño la posibilidad de escoger y ayudar a los padres a aumentar la frecuencia de los refuerzos.
 - d. Enseñar a los padres a dar órdenes u orientaciones: que solo den instrucciones que estén dispuestos a reforzar positivamente, dar instrucciones claras, las ordenes deben ser concretas e incluir el marco temporal en el que se espera que se obedezcan, no encadenar demasiadas órdenes.
 - e. Control de contingencias para ayudarlos a manejar las conductas de sus hijos: se puede usar el control de contingencia, el tiempo fuera y el ignorar entre otros.
- (Friedberg y McClure, 2005)

Estos aspectos pueden dar algunas herramientas al terapeuta en el trabajo tanto con niños como con sus padres, referente su utilización en el maltrato por negligencia y en cuanto a terapia basada en la evidencia como lo señala Rosa, Sánchez y López (2010) y confirmada en el presente trabajo, es que las investigaciones que existen al respecto están en inglés y llevadas a cabo en otros contextos. Lo cual limita aún más el acceso a las mismas a los profesionales en salud mental y su generalización a nuestro contexto. Sin embargo la terapia cognitiva-conductual

brindan herramientas y elementos que se pueden ajustar al tratamiento del maltrato infantil por negligencia o abandono.

Análisis del caso

En el presente apartado se opta por hacer un análisis de variables externas que afectan los procesos psicoterapéuticos de menores de edad que se encuentran en programas de protección del Estado. Teniendo presente en primera instancia que en condiciones ideales, la intervención con la madre sería un aspecto de vital importancia en el presente caso, sin embargo, el contacto con esta fue limitado a un par de ocasiones, las que asistió a las citas. Pero existen casos de niños ubicados en protección, donde el contacto entre el clínico y el progenitor es inexistente, como en otros tantos que es posible contar con este.

En este punto, se hace necesario tener presente un aspecto que Mash y Graham (2005), resalta al hablar de psicopatología infantil, citando a Messick (1983) cualquier consideración de la psicopatología en la infancia tiene que tomar en cuenta tres conjunto de variable contextuales, estas son, el niño como contexto, el niño del contexto y el niño en el contexto, es decir, que el niño tiene unos rasgos únicos que influyen en el curso de su desarrollo, recibe influencias de su familia, pares, escuela, comunidad y cultura y que finalmente, siempre es un organismo dinámico y rápidamente cambiante, por lo que cualquier información en un momento o contexto dado puede variar a la obtenida en otros momentos o contextos. Por esto es fundamental reconocer la interrelación entre el niño en desarrollo y los múltiples contextos en que tiene lugar este desarrollo,

Una consideración completa del contexto requiere prestar atención tanto a los acontecimientos próximos como a los distantes, a sucesos que impactan directamente sobre el niño en una situación específica en un momento determinado. A acontecimientos extrasituacionales que afectan al niño

indirectamente y a sucesos remotos en el tiempo que siguen afectando al niño por medio de su representación en la base de datos cognitiva/afectiva actual del niño.
(Mash y Graham, 2005. p 39)

Así mismo estos autores apuntan el hecho de que existen categorías de la psicopatología infantil, y es la enumeración para otros problemas que no se definen como trastornos mentales, pero que pueden ser objeto de atención clínica durante la infancia y como las categorías que aparecen en este apartado son las que parecen especialmente relevantes para los niños, puesto que enfatizan los problemas de relación, el maltrato, las dificultades académicas y de adaptación. Señalando además como los trastornos infantiles representan una importante preocupación social. Aunque Mash y Graham hacen alusión al DSM IV-TR, se continua aplicando en el DSM V, al menos al caso que nos concierne. Mendez y Gonzales (2002) por su parte también enfatizan que “La gran mayoría de los niños que manifiestan conductas agresivas son diagnosticados con algún Trastorno asociado al Déficit Atencional y Comportamiento Perturbador. Sin embargo, estos criterios se limitan sólo a describir y no explicar las posibles causas de estos trastornos” (p.76).

Así entonces lo anteriormente expuesto, nos lleva a considerar que el niño debe ser visto en torno a un contexto, y si bien la mayoría de intervenciones propuestas para el trabajo en psicoterapia infantil, consideran tener presente e incluso fundamental, el contexto en el que se desenvuelve este, como lo es el de la familia y por tanto el tratamiento es enfatizado a la intervención con los padres y aunque pueda ser de consideración para los clínicos que los contextos son dinámicos y cambiantes, existen contextos que son mucho más impredecibles y cambiantes, como lo es el de los niños que se encuentran ubicados en medidas de protección del Estado y donde aparte el trabajo con los padres, como ya se expuso, puede no ser posible. Y son

estas situaciones las que la mayoría de propuestas no alcanza a considerar, anotadas como puntos de traba en cuanto a la intervención del maltrato por negligencia y al maltrato por abandono en niños ubicados fuera de su familia de origen. Por esto el presente apartado, se centra en estos aspectos contextuales.

Antes de exponer dichas variables externas, es importante entrar describir unas consideraciones, que posibiliten poner en contexto el caso y poder conocer cómo y porqué dichas variables se presentan.

Por una parte, ya se describió como el apego juega un papel fundamental en el desarrollo socioemocional de los niños, Gómez, Magdalena y Pía (2008) señalan que

Una de las áreas que más se daña al recibir maltrato, abuso sexual o negligencia en la temprana infancia es [...] el apego, resultando a su vez perjudicados todos los procesos de desarrollo biopsicosocial que se relacionan con el tipo de apego gestado en dicha etapa. (p. 249)

Y al hablar del maltrato infantil por negligencia, ya en el apartado dedicado a este, se hizo alusión a como ante la cronicidad de la negligencia, muchos niños termina institucionalizados (Sanín, 2013; Pineda y Moreno, 2008 y Alarcón y Cols, 2010) y “la salida [del niño] de su familia de origen y el riesgo de colocaciones múltiples posiciona a estos niños en un riesgo aumentado de padecer trastornos de apego” (Robinson, 2002; Pearce y Pezzot-Pearce, 2001; Timmer et al., 2006 citados por Gómez, Magdalena y Pía, 2008) que a su vez puede predisponer a estos niños hacia futuros problemas conductuales, problemas que como exponen Barth, et al., (2005), citado por Gómez, Magdalena y Pía (2008) deben ser evaluados y tratados dentro del contexto del actual entorno del niño, y el entorno de muchos niños son los hogares sustitutos o instituciones. Es decir, la salida del medio familiar viene precedida por dificultades en el vínculo

afectivo, ya que esto posibilita las situaciones de vulneración de derechos y a su vez este ingreso a medidas de protección también genera perturbaciones en este vínculo.

En segunda instancia es relevante exponer lo siguiente, el ICBF (el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), a través de diversas modalidades, entre ellas hogar sustituto e internado de atención especializada, busca generar procesos de atención que permitan prevenir mayores niveles de amenaza, inobservancia y vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes, dependiendo de la necesidad particular de estos, y de los factores de generatividad y vulnerabilidad de su familia o red vincular se definen diferentes modalidades a las que se debe recurrir solo en el caso que la familia nuclear no presente condiciones de garantía de derechos. El hogar sustituto es una medida de protección provisional que toma la autoridad competente - ya sea esta la Defensoría de Familia, Comisaría de Familia o Inspección De Policía - que consiste en: “la ubicación del niño, la niña o el adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen” (Art.59 De la Ley 1098 De 2006).

Así entonces, en esta modalidad se ubica a los niños, niñas y adolescentes en condición de amenaza o vulneración de derechos, por remisión de la Defensoría de Familia, Comisaría de Familia o Inspección de Policía. La utilización de este servicio está precedida por el concepto de la autoridad competente a cargo del proceso del niño, niña o adolescente, en donde se concluye que el servicio especializado se constituye en la mejor opción para garantizar el restablecimiento de sus derechos. La población titular de esta atención son niños, niñas o adolescentes en situación de inobservancia, amenaza o vulneración o con declaratoria de adoptabilidad con medida de ubicación en programa de atención especializada. Paralelamente, el Defensor de Familia o Autoridad Competente y el Equipo Técnico Interdisciplinario, desarrollan entre otras

acciones, la vinculación del niño, niña o adolescente a tratamiento especializado en psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, u otras según se requiera (lineamiento técnico administrativos Resolución No. 5929 del 27 de Diciembre de 2010).

En el presente caso, como se expuso en la formulación, KJ durante su proceso de crecimiento y desarrollo fue víctima de negligencia por parte de su madre, existiendo una falencia en el vínculo afectivo y considerando la estrecha relación del vínculo afectivo con el desarrollo de los esquemas, en este caso en particular, la niña se encontraba configurando un esquema de privación emocional. La negligencia además genera que muchos niños terminen bajo protección del Estado y este fue el caso de KJ, ya que se evidenció en la madre dificultades para garantizar el bienestar de su hija, debido básicamente a situaciones de omisión ya que en ocasiones que no le proporcionaba la satisfacción completa de necesidades físicas (falta de alimentos) a la niña, ejercía poca estimulación cognitiva y poco acompañamiento escolar y sin horarios y rutinas establecidas ni límites y normas claras. Y por la falta de supervisión adecuada manifestada en el hecho de que no la protegía del maltrato físico del padrastro, la dejaba a cargo de otras personas por periodo de días, y no hubo protección frente a la situación de presunto abuso sexual y cuando este ocurrió la niña no se la refirió porque pensó que la madre no le iba a creer. Situaciones que en consecuencia han provocado en la niña, atraso escolar, el no desarrollo de rutinas, baja tolerancia a la frustración y dificultades para limitar la expresión excesiva de las emociones y los impulsos. Ante dichas situaciones la autoridad que entró a intervenir fue una Comisaria de Familia, quien ubica a la niña en hogar sustituto, con el objeto de reestablecer y garantizar los derechos que tenía vulnerados. Fue considerando todo el contexto, que el presente caso se configuro en un caso de maltrato infantil por negligencia y no solo en un caso de presunto abuso sexual, como fue la remisión inicial.

Este caso, es entonces, igual al de otros tantos de niños quienes

Se encuentran separados de sus padres por medidas tomadas por las autoridades de infancia, e incluidos en un determinado tipo de cuidado alternativo formal [...] que tiene como objetivo la protección del niño, y se decide la separación para resolver el problema que la motivó (cese del maltrato, asunción de responsabilidades de los padres, etc.) y el niño retome la convivencia con su familia de origen; o bien se decide una medida definitiva diferente (por ejemplo, la adopción). (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar [Relaf], 2011, p.16)

Teniendo entonces nociones sobre lo que es una medida de restablecimiento de derechos, lo que es el hogar sustituto y el hecho de que se vincula al niño, niña o adolescente a las intervenciones especializadas necesarias, que garanticen su bienestar, se pueden exponer algunas de las variables que incidieron directamente en el presente caso, y como no son únicas del mismo, sino como se podrá ir viendo, considerando otras investigaciones y autores, son comunes a muchos de los niños y adolescentes en estas circunstancias.

1) Tiempo en la medida de protección

Entrando a considerar que el niño es separado - por alguna situación de vulneración - de su familia de origen e ingresa, en el caso de los hogares sustitutos, a un medio familiar nuevo y ajeno, con el que no tenía previa relación, pero se espera que la desarrolle y así garantizar el mayor bienestar integral posible. Al estar el niño bajo un proceso administrativo de derechos, depende de otros factores, tales como modificaciones en la familia de origen, para que pueda ser reintegrado o la total desvinculación de esta, para ser declarado en adoptabilidad. En todo caso, aunque se busca el reintegro como primera opción, en ocasiones este es demorado, mientras la

familia de origen se moviliza al desarrollo de acciones o condiciones que le permita mayor estabilidad o mejora la calidad de vida para garantizar así bienestar para el niño, y en otros casos son pocos los esfuerzos que hace la familia en este sentido, por diversas circunstancias, lo que repercute en que la vinculación del niño al programa de hogar sustituto o institución sea larga y sin un horizonte claro. Como nos lo señala el proyecto Relaf (2011) “surge de las investigaciones que niños y niñas suelen permanecer indefinidamente separados sin definirse medidas seguras, estables y apropiadas” (p. 16). Gianino (2012) expresa “La población de niños institucionalizados [...] han vivido en una institución durante un año como mínimo; y algunos de ellos no mantienen una comunicación permanente con su familia” (p 80) y Maldonado (n.d) refiere

A veces, pasan meses o aún años, antes de que su situación legal se resuelva [...] el sistema legal en EE.UU². y otros países considera a los niños como una propiedad de sus padres [...] Esto significa que para que se terminen los lazos de custodia entre un padre biológico y el niño, se requiere de un prolongado y complicado proceso legal. El niño pequeño puede vivir en una especie de "limbo psicológico" en el que es incierto donde vivirá, quién lo cuidará en el futuro y si regresará o no algún día con sus padres biológicos. Este es un tiempo precioso,

² Nota: Aunque el autor hace referencia a Estados Unidos, a continuación se expone un fragmento de la publicación de Carmen Villa en el Colombiano en abril 30 de 2013, donde se expresa que Colombia la realidad en este sentido no es muy diferente: “en Colombia para que a un niño se le declare en adoptabilidad, se debe seguir y agotar un proceso largo, así mismo que debe pasar por otras instancias para que acepten dicha declaratoria. Sin considerar aún el proceso de adopción como tal. “Sentencia T-844 de 2011, de la Corte Constitucional, que determina que antes de declarar un niño adoptable el ICBF debe tratar de localizar a su familia hasta el sexto grado de consanguinidad para ver si alguno de sus parientes quiere adoptarlo, lo que lleva a un largo y costoso proceso y, a su vez, pone en riesgo la respetable y a veces necesaria decisión que en muchos casos toma la madre biológica de mantener en reserva su embarazo. Y mientras se da esta búsqueda, el menor va creciendo sin hogar, en un limbo jurídico y afectivo hasta convertirse en un niño de difícil adopción”.

que el niño y los adultos envueltos en su vida han de pasar en incertidumbre.

(Párr. 15).

Es decir, que los niños – y aun los profesionales- quedan en una especie de situación de incertidumbre y desconocimiento, sobre cómo va a culminar la situación del menor y durante cuánto tiempo, lo que en ocasiones se puede convertir tanto en blanco específico a intervenir, como en un agente generador constante de estrés para el paciente, por el desconocimiento sobre su futuro y estabilidad, aparte de múltiples interrogantes que pueden incidir en sentimientos de ansiedad.

En el caso específico de KJ, el hecho de la madre estar desvinculada al inicio del proceso, luego se vincula y sostiene contacto con esta y nuevamente se vuelve a desvincular, tuvo su incidencia en lo siguiente: en principio el hecho de no poderle dar respuesta a cuando tendría contacto con la madre por parte de la Comisaria de Familia, se convierte en una situación que activa sus creencias de ser abandonada, no ser amada, estar sola y no ser cuidada, lo que generaba frustración y angustia y que se ligaban de forma directa a su principal demanda que es el contacto o conocimiento de su madre y mejorar la relación con esta. Esta situación generó que parte del proceso se enfocara en este aspecto, de hecho se constituyó en una meta del tratamiento - el lograr que ella conociera y comprendiera su actual situación jurídica de restablecimiento de derecho y lo que esto implica en la relación con la madre quien no posee los suficientes recursos para asumirla de forma adecuada en la actualidad - considerando que la ausencia de la madre era la situación que mayor malestar le genera y de más riesgo para las percepciones de abandono ya desarrolladas por ella. En las primeras citas, fue necesario hacer contención emocional, ya que los sentimientos derivados de esta misma situación, incidía en poca participación e incluso negativa a participar en las secciones. Si bien con el transcurso de las intervenciones se logró

explicarle lo que es el ingreso de una niña a protección y como se lleva un proceso del mismo, de forma que conociera que si la madre no cambia algunas situaciones no podría garantizar su bienestar actual, y en principio se contó con la vinculación de la tía al proceso, constituyéndose en un factor protector al respecto y si bien la niña fue logrando mayor dominio de sus emociones y participaba activamente de las sesiones, ha sido una constante a lo largo del proceso, su interrogante sobre si volvería o no con la madre y en cuanto tiempo, ya que la madre se vinculó y nuevamente se desvinculo, siendo con el paso del tiempo, más incierta su situación.

2) Cambios de ubicación

Las medidas administrativas, por las que los niños ingresan a un medio de ubicación determinado, cambian, por diversas circunstancias, sea que el niño, en el mejor de los casos, retorne a su familia de origen o se vincule a una familia adoptiva. Pero en otras circunstancias, los niños deben rotar por varios entornos de cuidado, ya sea hogares sustitutos o instituciones e incluso a convivir con otros parientes que no sean los padres (Rodríguez, 2010 y Maldonado, n.d), llegando en ocasiones a ocurrir casos tan dramáticos como el citado por Maldonado (n.d) de una niña quien a los seis años de edad había ya vivido en diecinueve hogares sustitutos. Este tipo de casos es debido a diversos motivos, entre los cuales esta: cierre del hogar sustituto, la familia sustituta renuncia al programa o a continuar con el cuidado de este niño en particular, o después de retornar a su familia biológica o familia extensa reingresen nuevamente a protección del Estado, ya sea porque esta continua vulnerando sus derechos o se niega a continuar con los cuidados del menor.

En este punto, cabe anotar lo que, investigaciones de Vandivere, Chalk y Anderson (2003) citados por Rodríguez, (2010) han señalado: que los niños que se encuentran en hogares

sustitutos presentan mayor vulnerabilidad a sufrir problemas a nivel de salud mental y dificultades en el comportamiento, ocasionando un desajuste psicológico a la situación de cuidado sustituto, contribuyendo a su vez a que se generen cambios frecuentes en su ubicación. Ya que además, como lo expone Maldonado (n.d), el hecho de que los niños se porten mal, es una de las razones más comunes por las que los padres sustitutos pueden decidir en cualquier momento que ya no desean mantener más a un determinado niño en su casa, implicando en muchas ocasiones un traslado inmediato de este³. Dichos cambios en la ubicación de un niño, si son frecuentes generan repercusiones a nivel psicológico, tales como problemas de conducta, orientar al desarrollo de un apego inseguro, puede ser un factor de riesgo para presentar déficit de atención con hiperactividad, para desarrollar problemas de ansiedad, coartar su desarrollo autónomo, afectando a su vez su desarrollo resiliente, mayor riesgo de ser suspendidos del sistema educativo, puede implicar que se desvirtue el respeto a la norma que en primera instancia fue establecida en un contexto determinado, se afectan además los pocos vínculos importantes que se han formado en la estadía de determinado contexto, generando al tiempo consecuencias relacionadas con adaptación, pérdidas significativas y duelos, ya que se presenta también rotación entre varios colegios (Rodríguez, 2010; Maldonado (n.d) ; Castañeda y Guevara, 2005).

Es decir, que los cambios de ubicación, cuando son improvisados, traen consigo una serie de consecuencias, a nivel psicológico, sumadas a las que ya se estaban interviniendo. Aparte de que el niño puede quedar en una especie de círculo vicioso, donde presenta problemas de comportamiento que generan cambio de ubicación, lo que a su vez incrementa los problemas comportamentales. Estos cambios de ubicación por tanto se constituyen en un componente que

³ Nota: Cabe anotar que esta es una situación que se presenta en los programas de hogar sustituto, aclarando que no es en la mayoría de casos. En el presente análisis no es posible hablar de la tasa de incidencia de que tan inmediatos son estos cambios.

por sí solo, necesita intervención, lo que afecta el proceso psicológico que ya se venía desarrollando, en la medida que incide en que los objetivos iniciales del proceso terapéutico se retrasen para brindar acompañamiento en los procesos de desvinculación, ajuste y adaptación a estos nuevos contextos y cuidadores y a contar con otra red de apoyo diferente a la anterior.

En el caso de KJ se presentó un reintegro a familia extensa, una tía y su núcleo familiar, ya que estos se involucraron en el proceso administrativo, constituyéndose en una red de apoyo, con la cual se trabajó desde la intervención psicológica, siendo el fortalecimiento de vínculos afectivos con la tía, una de las metas del tratamiento, debido a que la niña en principio se negaba a contar con esta red de apoyo, pues solo demandaba a su madre. Finalmente se dio un proceso de vinculación entre la paciente y su tía, así la actitud positiva de la niña a la vinculación, y el que la tía contaba con herramientas y disposición para asumir funciones de cuidadora, posibilitaron que se diera un reintegro de la niña a familia extensa, sin embargo con el diario vivir, el ingreso a la institución educativa y la exigencia escolar, a la que la niña no respondía de forma esperada por la tía, se tornó fallido el reintegro en el proceso de adaptación, la tía desistió de asumirla, por lo que regreso nuevamente a protección del Estado, siendo ya tres ingresos y a un nuevo hogar sustituto, puesto que el primero ya no contaba con disponibilidad de cupo. Siendo una situación más de desvinculación. En el proceso psicológico se hizo necesario retomar aspectos en cuanto a pensamientos atribucionales, manejo emocional y acompañamiento en este nuevo proceso de adaptación. Para el momento del ingreso con la tía, la intervención se pensaba enfocar en la resignificación de la experiencia de abuso sexual relatada por la niña, ya que poseía herramientas cognitivas, emocionales y conductuales más asertivas que sirven de base para empezar a intervenir esta situación.

En cuanto al acompañamiento a este nuevo contexto, se considera positivo el mayor control emocional que la niña había desarrollado y el haber trabajado en la retribución, por lo que ha mostrado un buen proceso de adaptación a este nuevo hogar, en la medida de que a nivel verbal logra expresar sus emociones, verbaliza sus pedidos, reconoce y sigue rutinas. Otras situaciones que sirvieron para trabajar la retribución, fueron por un lado, del anterior hogar sustituto, no salió por negativas de la madre sustituta a cuidarla, y no regreso a este por cuestiones ajenas a los involucrados en el proceso. Y por otra parte en el actual hogar hay otra niña también de protección, de su edad y en una situación similar a la suya.

En cuanto a las redes de apoyo se puede considerar lo siguiente, El cambiar de redes de apoyo, nueva madre sustituta y docentes implicaba nuevamente realizar psicoeducación referente a conductas y emociones de la niña y asesorar frente a pautas de crianza para aplicar en los diversos contextos. Con la niña y la primer madre sustituta se habían logrado establecer rutinas y horarios, situación que también se había intervenido con la tía. Y el que la niña contara ya con avances en cuanto a rutinas, permitió una mejor adaptación al actual hogar sustituto, siendo la actual madre sustituta otra red de apoyo, con quien se realizó psicoeducación, en cuanto a la sintomatología y progresos de KJ. Es de anotar que la niña ha logrado avances y motivación en el ámbito escolar en este último hogar sustituto.

3) Cambios de equipos profesionales

Como se expresó en párrafos anteriores, las autoridades competentes cuentan con un equipo interdisciplinario, conformado en su mayoría por psicólogo y trabajador social y en los casos específicos de las defensorías de familia con un nutricionista, quienes brindan herramientas para la toma de decisiones frente al proceso administrativo de restablecimiento de derechos del

niño. Algunos autores manifiestan que dada la importancia de la evaluación, apoyo e intervención constante que deben realizar los profesionales encargados del programa de hogares sustitutos a estos, ya que la tarea que afrontan las familias sustitutas no es fácil por los factores de riesgo característicos del abandono que vienen sufriendo los niños, es fundamental el apoyo y acompañamiento que el psicólogo brinde en el proceso de reacomodación entre los menores y las familias sustitutas. Así mismo que el hecho de que los niños reciban atención psicológica les permite expresar que no sienten rencor, lo cual revela que a pesar de lo sucedido no albergan resentimiento. Esto puede posibilitar que el niño desarrolle un vínculo significativo ya sea con el psicólogo, pero también lo puede hacer con amigos, o profesores y/o alguno o algunos hermanos de sangre, lo cual ayuda en el proceso de resiliencia (Castañeda y Guevara, 2005). Además de que el autoestima de los niños institucionalizados, se puede ver beneficiada con el cuidado, cariño y atención que reciben por parte de todos los trabajadores de una institución, tales como directivos, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, profesores, voluntarios, etc. además, el hecho de realizar un seguimiento individual en la medida de lo posible, en las diferentes áreas de trabajo de la institución: psicológica, médica, asistencia social, etc.; donde se toman en cuenta las características y situación de cada niño en particular; posibilita lograr que sientan que son tomados en cuenta y que reconozcan que hay gente que se está preocupada por ellos (Gianino, 2012).

Es decir los profesionales que intervienen en los procesos de los niños se convierten en una red de apoyo y acompañamiento, no solo desde el quehacer profesional, sino además posibilitando que estos se sientan escuchados y que alguien está pendiente de ellos.

Debido a que el caso de KJ estaba bajo la autoridad de una Comisaria de Familia, la niña y su proceso estaba bajo supervisión del equipo interdisciplinario de la Comisaria, conformado

por psicóloga y trabajadora social, y también apoyaba el equipo interdisciplinario de la Defensoría de Familia que tenía a cargo las unidades de los hogares sustitutos, es decir otra psicóloga y trabajadora social. Con todos los profesionales involucrados en el proceso la niña sostenía contacto directo, por lo que las identificaba y se convertían en figuras familiares y conocidas para ella, a las que les podía realizar demandas, expresar situaciones y lo más importante, habían personas a quienes ella reconocía físicamente como veedores de su bienestar integral y a quien solicitar información referente a su proceso. Así mismo también constituían redes de apoyo para el proceso psicoterapéutico, ya que se les planteaban aspectos importantes, encontrados en la psicoterapia. Si bien, se observa como un niño bajo protección cuenta con una red de apoyo profesional, estas redes por cuestiones de contratación o por diversos motivos son cambiadas, en el caso de KJ hubo cambio de los equipos psicosociales tanto de la Comisaría, como de la Defensoría de familia, por lo que se observa un pérdida de figuras que encabezan redes de apoyo y protección. Sin embargo, la niña continua con la misma Comisaría de Familia, lo que le permite tener una persona visible y estable que le dé cuenta de su proceso y reconocida por ella. Situación contraria a la que se enfrenta muchos niños y adolescentes, quienes en ocasiones al realizarse cambios de medida, cambian incluso de autoridad competente, por ejemplo pasar de una medida de hogar sustituto a una de internado. Así entonces, ya son otros los profesionales que intervienen y dan cuenta del proceso de KJ y su madre. Lo que implica volver a establecer nuevos planes de trabajo e intervención, anotando que cada equipo profesional sugiere medidas basadas en criterios específicos e idiosincráticos, en este caso se trató de considerar las de los trabajos realizados por los equipos anteriores, dada la comunicación existente entre la psicóloga clínica, que estaba realizando intervención y los demás profesionales

y que de esta forma no se altere el proceso de intervención psicológica ya establecido con la niña.

4) Suspensión de la atención en psicología clínica.

Más arriba se expuso que una de las funciones de los equipos interdisciplinarios, en la vía de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes bajo medida de protección del Estado, es remitir a atención especializada, en los casos que así se requieran, siendo los casos de abuso sexual uno de estos, y en el caso de KJ por haber ingresado a protección por presunto abuso sexual, se solicita de forma imperiosa intervención por psicología. Por lo que la niña ingresa a un proceso de psicoterapia, expuesto en el presente trabajo. Sin embargo, existen factores tales como los mimos ocurridos con los profesionales de los equipos interdisciplinarios, y es que en ocasiones el contrato con la entidad que presta el servicio para casos de psicoterapia, se termina o no ha empezado al momento de ingresar el niño a protección o se genera un contrato con una nueva entidad, situación que incide directamente en los procesos terapéuticos ya que pueden verse interrumpidos, suspendidos o retrasados e incluso con cambios de terapeutas, situación que afecta tanto en aspectos como los objetivos, nuevas valoraciones, retomar aspectos a intervenir o incluso dejar de lado otros, obviamente debidas al cambio de terapeuta en muchos casos y los criterios de cada uno. En el caso específico de KJ, esta situación se pudo salvaguardar, debido a que la psicóloga clínica que intervino desde el principio, solicito continuar con el proceso, pese a factores directamente vinculados a la contratación de la profesional, situación que la Comisaria aceptó, ya que la terapeuta continua con la misma institución y pensando en el bienestar y proceso llevado a cabo por la niña. Pero no todos los niños o profesionales que intervienen, tienen esta posibilidad, por lo que es un factor, al que los

niños en hogares sustitutos o institucionalizados se ven enfrentados en algunos casos. En el caso específico de KJ aunque no hubo cambio de terapeuta, es un factor que se considera hay que entrar a tener presente al momento de hacer intervenciones, ya que puede hacer que se limiten en el tiempo, a fin de no dejar elementos importantes iniciados o sin intervención, además de realizar procesos de cierre o desenganche.

En el caso específico, que nos concierne, los factores externos al proceso de intervención psicológica, pero que incidían de forma directa sobre este, se pueden resumir en: Poca claridad sobre la vinculación o desvinculación de la madre a su proceso administrativo, lo que genera incertidumbre sobre el tiempo de estadía en protección y en enfocar el proceso a un reintegro o a otra medida. Cambios de ubicación, haber cambiado en tres ocasiones de cuidadores, con los cambios de contextos que estos implicaban. Y cambio de red de apoyo profesional que la niña reconocía, a los que acudía y que habían conocido el caso desde el comienzo. Las dos últimas implicaban, además, cambios en las fuentes de información, ya que cada profesional interviniente - equipos psicosociales, docentes - y cuidadores tiene una forma particular, única e idiosincrática de percibir al niño, de relacionarse de con él y de percibir sus avances o dificultades de adaptación, como nos lo señalan Mash y Graham (2005)

El diagnóstico de psicopatología en niños es casi siempre un reflejo de las características y conductas tanto del niño como de los adultos importantes para el niño y de los profesionales. Se ha encontrado variabilidad y desacuerdo de los informadores sobre las conductas problema en niños en investigaciones que utilizan entrevistas y listas de conducta problema. (p 40)

Lo que no fue ajeno al caso específico de KJ, ya que, especialmente cada cuidadora y docente, tenía una perspectiva particular frente a las conductas de la niña y con demandas

diversas. Siendo fundamental en cada caso la psicoeducación y la exposición de las características de la niña, de los síntomas y de los avances en el proceso.

Si bien en el proceso administrativo no se tenía muchas claridades dada la ausencia de la madre, la comunicación directa entre la niña y la Comisaria y entre esta última y la psicoterapeuta, si posibilitaba a los involucrados tener algunas información y más que nada le permitía a KJ reconocer que se encontraba en un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, porque y en qué consistía este, en qué punto del mismo estaba y el porqué, porqué se encontraba en uno u otro lugar y en qué aspecto o vía se buscaba avanzar, dándole la posibilidad de participar, de ser escuchada y de conocer que aspectos estaban fuera de su control (visitas con la madre, cambio de hogar, reintegro o no a su familia de origen) y cuales si podía manejar (emociones, conductas, pensamientos), ya que esto le daba un sentido de conocimiento, le reducía la ansiedad, la ayudaba con los procesos de adaptación y le permitía procesar vivencias de cambio. Esto es también importante porque permite, no solo al niño, sino también al terapeuta contar con un ente claro que tenga un real conocimiento del proceso, avances y necesidades de los niños y a quien transmitirle las necesidades de estos encontradas en psicoterapia.

Más que criticar el sistema de restablecimiento de derechos, lo que se pretende en este apartado es considerar como aparte de que en relación a la negligencia y el abandono infantil, es poca la bibliografía existente al respecto, tanto frente al maltrato por negligencia y/o maltrato por abandono, como a su tratamiento y la eficacia de los mismos, la mayoría de intervenciones son referida a los padres, y considerando como una de las consecuencias del maltrato por negligencia es la institucionalización u otras medidas que implican que el niño sea retirado del medio familiar, estas propuestas no son lo suficientemente congruentes, a lo que se suma algunos aspectos que debe sortear el terapeuta que trata a niños en medida de protección y que afectan

directamente las intervenciones psicológicas, aunque existan otras tantas, solo se señalan las encontradas en el presente caso, situaciones todas estas que en su conjunto hacen que para los psicólogos clínicos, como no lo señalan Gómez, Magdalena y Pía (2008) las intervenciones con niños que se constituyen en la población objetivo de los programas de protección infantil, suelen ser difíciles, arduas y complejas.

Más no por esto, significa que no haya nada por hacer, la terapia cognitivo conductual cuenta con estrategias, que permite hacer intervenciones puntuales a situaciones puntuales, como las ya mencionadas, sin embargo es evidente que falta más trabajo enfocado en esta población.

Se anota también como se consideró de relevancia para los avances terapéuticos contar con la participación de la autoridad competente, en pro del bienestar de la niña y que no sean dos procesos completamente desvinculados, sino que el trabajo de intervención psicológica realmente constituya una herramienta más en la garantía de derechos de niños y niñas bajo protección.

Conclusiones

A lo largo del desarrollo del trabajo tanto de intervención clínica como tal, como de la parte teórica expuesta y consultada, se logran concluir algunos aspectos, derivados del presente trabajo:

- a. El vínculo afectivo se constituye en un elemento de vital importancia al momento del trabajo con niños, ya que de la relación que establece el cuidador con el niño brindan información tanto frente al desarrollo de esquemas que el niño va construyendo en su proceso de desarrollo, como de aspectos específicos a intervenir en esta relación padre e hijo.
- b. El maltrato infantil, da cuenta de falencias en el vínculo afectivo padre e hijo y aunque no se puede considerar el factor causal, si constituye un factor de vulnerabilidad, frente al desarrollo de esquemas maladaptativos tempranos.
- c. En el presente caso considerando toda la historia de la niña, así como factores ambientales y su demanda, no solo la sintomatología, es decir considerando todo el contexto, el presente caso se configuro en un caso de maltrato infantil por negligencia y no solo en un caso de abuso sexual, como fue la remisión inicial.
- d. Se encontraron a nivel teórico dificultades referentes a la conceptualización, tratamiento y descripción del maltrato infantil por negligencia y maltrato infantil por abandono, pese a que en la literatura encontrada, se hacía referencia a ser de los tipos de maltrato más comunes.
- e. La terapia cognitivo-conductual, tuvo resultados beneficiosos en cuanto a la intervención del maltrato infantil por negligencia, ya que permitió proveer

estrategias para la intervención de aspectos conductuales específicos, como cambios cognitivos y emocionales.

- f. El desarrollo de habilidades sociales fue uno de los componentes más mencionados en la literatura, para intervenir tanto con niños víctimas de maltrato por abandono y/o negligencia, como de niños institucionalizados.
Constituyéndose en uno de los aspectos intervenidos en el presente caso.
- g. La terapia cognitivo-conductual, permitió proveer y desarrollar en la niña estrategias de afrontamiento frente a su actual situación de restablecimiento de derechos, con todas las implicaciones de dicha situación y posibilitarle de esta manera mejores procesos de adaptación a los diversos momentos y contextos.
- h. Se encontró altamente beneficioso, para el proceso terapéutico, la vinculación como redes de apoyo de los entes involucrados en su proceso administrativo de restablecimiento de derechos.
- i. Se consideró importante que este tipo de casos clínicos, de niños ubicados en medidas especiales de protección bajo el Estado, cuenten con un proceso de atención psicológica constante, tanto porque el psicólogo se constituye en red de apoyo, como por las consecuencias que se puedan derivar de los cambios administrativos.
- j. Un aspecto encontrado en la literatura y en el presente trabajo, es la falta de mayor investigación en el tratamiento de los niños víctimas de maltrato por negligencia y/o abandono así como de niños ubicados bajo en medidas especiales bajo protección del Estado.

Referencias

- Alarcón, L., Araujo, A., Gogoy, A., Vera, M. (2010) *Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo*. MedUNAB Universidad autónoma de Bucaramanga (ISSN: 0123-7047), 13 (2), 103-115.
- Albert, G. M. (1999). *el síndrome de prader-willi: guía para familias y profesionales* (1.ª ed). Edita, Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Lima (Perú).
- Allin H, Wathen C., y Macmillan H. (2005). *Treatment of child neglect: a systematic review*. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005; 50(8): 497-504 Recuperado de <http://ww1.cpa-apc.org:8080/publications/archives/cjp/2005/july/cjp-july-05-macmillan-RP.pdf>
- American Psychiatric Association (2014) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-V*- Washington D.C.
- Arruabarrena, M. (2011) *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: Psychosocial Intervention (ISSN: 1132-0559). Vol, 20 (1). 25-44. doi: t0,5093/iii201tv20nta4
- Aumentó un 52% el maltrato infantil en Colombia (abril 25 de 2014). *El Espectador*, Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/aumento-un-52-el-maltrato-infantil-colombia-articulo-488833>
- Azaola, E (2006). *Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad*. Informe Nacional violencia y salud. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III\(1\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(1).pdf)
- Azrin, N., Armstrong, P. (1973). *The “mini-meal”- A method for teaching eating skills to the profoundly retarded*. *Mental Retardation*, 11 (1), 9-13.
- Bowlby, J. (1995) *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

- Castañeda P.; y Guevara, A. (2005) *Estudio de casos sobre factores resilientes en menores ubicados en hogares sustitutos* (tesis de psicología). Pontificia Universidad Javeriana Bogotá D.C. Colombia. Recuperado en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis04.pdf>
- Chaffi, M. y Friedrich, B. (2004) *Evidence-based treatments in child abuse and neglect*. Children and Youth Services Review 26 (2004) 1097–1113. doi:10.1016/j.childyouth.2004.08.008
- Colombia. Código de infancia y adolescencia. Ley 1098 de noviembre de 2006.
- Colombia. Lineamiento técnico administrativo. Resolución No. 5929 del 27 de diciembre de 2010.
- Derechos de los niños que son más violados. (Abril 25 de 2014) *El Colombiano*, Recuperado de
http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/D/derechos_del_nino_que_son_mas_violados/derechos_del_nino_que_son_mas_violados.asp
- Díaz J, y Blánquez R, (2004). *El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento*. En Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4 (1)
Recuperado de
<http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d1542915/EL%20V%C3%8DNCULO%20Y%20PSICOPATOLOG%C3%8DA%20EN%20LA%20INFANCIA:%20EVALUACI%C3%93N%20Y%20TRATAMIENTO..pdf>
- Estudio de caso (n.d). Recuperado de
<http://www.udlap.mx/intranetWeb/centrodeescritura/files/notascompletas/estudiodeCaso.pdf> consultado el 7 de julio de 2014.
- Friedberg, R., y McClure. J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelon: Paidós.
- García M. (2006) *Consecuencias del maltrato físico infantil sobre los problemas de conducta: mediadores y moderadores*. Intelligo (ISSN: 1885-8023 cd-r/), 1 (1). 49-61. Recuperado de http://www.psiquiatria.com /imgdb/archivo_doc8505.pdf

- Gianino, L. (2012). *La resiliencia en niños institucionalizados y no institucionalizados*. Avances en psicología (UNIFE). 20, (2). 79-90. Recuperado de:
http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/3/6_avances_lgiannino_8.pdf
- Gómez M., Magdalena M., y Pía, M. (2008). *Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile*. Terapia psicológica. 26 (2), 241-251. Recuperado en
<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v26n2/art10.pdf>
- González, C., Ampudia, A., y Guevara Y. (2012). *Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados*. Acta Colombiana de Psicología, 15 (2), 43-52. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000200005
- Labrador F., y Muñoz, J. (1997) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Cruzado, J., y Labrador, F., (2002). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Ediciones Pirámide.
- Lago, G. (2007). Negligencia o descuido. Recuperado de
http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_3/31-41%20Negligencia%20o%20descuido.pdf
- Larraín, S. y Bascuñán C. (2009) *Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro* en Desafíos: boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetos del desarrollo del milenio (ISSN 1816-7527) (9), 4-9. Chile. Recuperado de
<http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/36731/boletin-desafios9-cepal-unicef.pdf>
- Maldonado, J.M. (n.d) *Los efectos de los cuidadores múltiples en el niño pequeño*. Recuperado en:
http://www.kaimh.org/Websites/kaimh/images/Documents/LOS_EFECTOS_DE_LOS_CUIDADORES_M_LTIPLAS_EN_EL_NI_O_PEQUE_O.pdf

- Malekpour, M. (2007). *Effects of attachment on early and later development*. The British Journal of Developmental Disabilities, 53 (105), 81-95. doi:
<http://dx.doi.org/10.1179/096979507799103360>
- Martínez, P. (2006). *El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica*. Pensamiento & gestión (ISSN 1657-6276), 20. Universidad del Norte, 165-193. Recuperado de:
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf
- Mash, E., y Graham, S. (2005). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En Caballo, v. (Ed). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente trastornos generales* (29-56). España: Ediciones pirámide.
- Méndez, L., y González, L. (2002). *Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 11 (2), 75-92. Recuperado en
<http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17288/18030>
- Miller, C. y Peerin, R. (2013) *Child maltratment an introduction*. Estados Unidos de América. SAGE Publications, Inc.
- Moreno, J. (2001) *Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato infantil*. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura. Badajoz. Recuperado de
http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDwQFjAE&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Ftesis%2F321.pdf&ei=fN_2U63aFJHfsATJ3YLwBw&usg=AFQjCNFqpGLW75jFEFINWMYo4mLxkb20fw&sig2=F2hLM4IfJApc8RfPnaCQng&bvm=bv.73373277,d.cWc
- Olivia, A. *Estado actual de la teoría del apego*. En Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, 4 (1), 65-81. Sevilla, Recuperado de
<http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>.

- Pineda, L., y Moreno, J. (2008) *Factores psicosociales asociados al abandono infantil de un grupo de adolescentes institucionalizadas en un centro de protección en la ciudad de Bogotá*. *Psychologia: avances de la disciplina*, Universidad de San Buenaventura Colombia, 2 (2), 151-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225162005>
- Proyecto Relaf, (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar) (2001). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina*. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. Documento de divulgación latinoamericano. Recuperado de <http://www.relaf.org/Documento.pdf>
- Gózales, R., Ysern, L., Martorell, C., Matéu, C. y Barreto, P. (2011) *Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia*. *RIDEP*, 1 (29) 9-26. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R29/r29art1.pdf
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Editorial Norma.
- Rodríguez, A. (2010). *Cuidado temprano para la infancia en hogares sustitutos: estudio descriptivo en Bogotá*. (Tesis de maestría en psicología). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado en <http://www.bdigital.unal.edu.co/2569/1/458546.2010.pdf>.
- Rosa, A., Sánchez, J. y López, C. (2010). *Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis*. *Psicothema* Universidad de Murcia (ISSN: 0214-9915), 22 (4), 627-633 Recuperado de <http://www.um.es/metaanalysis/pdf/5033.pdf>
- Sanín, A. (2013) *Abandono infantil estado de la cuestión*. En *textos y sentidos* (ISSN 2215-8812). Universidad católica de Pereira. (7), 87-116.
- Soares, I. y Dias, P. (2007). *Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*

- (ISSN 1697-2600), 7, (1), 177-195. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2251798>
- Sroufe, A. (2005) *Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood*, 7(4), 349 - 36. Recuperado de la base de datos MEDLINE.
- Villa, C. (30 de abril de 2013) *Las trabas de la adopción en Colombia. El Colombiano*. Recuperado de http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/las_trabas_de_la_adopcion_en_colombia/las_trabas_de_la_adopcion_en_colombia.asp
- Wekerle, C., Miller, A., Wolfe, D., y Spindel C. (2007) *Maltrato infantil*. Mexico DF. Editorial manual moderno
- Yildiz, I. (2008). *Teorías sobre afectos y síntomas: perspectivas de psicología evolutiva y multidisciplinaria*. *Psicoanálisis*, 20 (1), 37-50. Recuperado de dialnet.unirioja.es/download/articulo/3674188.pdf
- Young, J. (2000). *Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad: una aproximación centrada en esquemas* (3.^a ed.). New York: Departamento de Psiquiatría, Universidad de Columbia.
- Zalba, R. (1986). *El niño maltratado*. Argentina: Editorial Humanitas.