



**UADY**

FACULTAD DE  
PSICOLOGÍA

**RESILIENCIA EN ADOLESCENTES  
INSTITUCIONALIZADOS. INTERVENCIÓN CON TERAPIA  
DE JUEGO GESTALT.**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE  
CLÍNICA INFANTIL**

**PRESENTA  
LIC. EN PSIC. ABRIL PACHECO PATRÓN**

**DIRECTORA  
MTRA. ELIA MA. ESCOFFIÉ AGUILAR**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO  
SEPTIEMBRE DE 2016**

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.329415 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

## **Agradecimientos**

A mi esposo, por su apoyo incondicional y por ser la gran motivación para siempre seguir adelante.

A mi familia, por siempre transmitirme que puedo lograr lo que me proponga.

A Cindy, mi compañera en el albergue, por darme ánimos cuando los necesité.

A mi asesora, Mtra. Elia María Escoffié Aguilar, por su calidez, paciencia y entrega en esta labor, y a mis lectores Mtra. Sally Vanega Romero y Mtro. Jorge Navarrete Centeno por sus valiosos consejos y aportaciones.

Al Mtro. Ricardo García Fuentes, quien sin formar parte del sínodo también ha contribuido, con la sencillez que lo caracteriza, al éxito este proyecto.

Al Lic. Luis Escalante Trinchán y los jóvenes del albergue, por abrirnos las puertas de su casa y confiar en nuestro trabajo.

## Contenido

Capítulo 1. Introducción .....	8
1.1 Características generales del caso .....	8
1.2 Sustento teórico del abordaje .....	12
1.2.1 Resiliencia. ....	12
1.2.2 Adolescentes Institucionalizados.....	18
1.2.3 Psicoterapia de juego Gestalt.....	20
Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del caso.....	23
2.1 Descripción del escenario.....	23
2.2 Instrumentos y estrategias .....	24
Capítulo 3. Programa de intervención desarrollado.....	29
3.1 Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención .....	29
3.2 Objetivos del programa de intervención .....	31
3.3 Recursos utilizados.....	32
3.4 Procedimiento de aplicación .....	32
Capítulo 4. Evaluación de los efectos .....	35
4.1 Resultados de la aplicación de instrumentos.....	35
4.2 Cambios registrados .....	38
Capítulo 5. Discusión.....	43

5.1 Relación entre intervención y cambios observados .....	43
5.2 Comparación de cambios observados con la literatura de sustento .....	47
5.3 Sugerencias y conclusiones.....	50
Referencias Bibliográficas .....	55
Apéndices.....	60
Apéndice A. Cuestionario de Resiliencia .....	61
Apéndice B. Evidencias del sujeto 1.....	62
Apéndice C. Evidencias del sujeto 2.....	67
Apéndice D. Evidencias del sujeto 3.....	75

### Lista de Tablas

Tabla 1 Recursos utilizados por fase del proceso psicoterapéutico	32
Tabla 2 Técnicas e instrumentos utilizados por fase del proceso psicoterapéutico	33
Tabla 3 Resultados obtenidos por sujeto en el pretest del Cuestionario de Resiliencia (Seguridad y Fuerza Personal) de González Arratia (2005)	35
Tabla 4 Resultados del pretest la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”	36
Tabla 5 Resultados obtenidos por sujeto en el pretest del Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia y Test de Frases Incompletas	37
Tabla 6 Resultados obtenidos de cada factor del instrumento de resiliencia por cada sujeto antes (pre) y después (post) de la intervención	39
Tabla 7 Resultados generales del nivel de resiliencia obtenido del instrumento, expresados por cada sujeto antes (pre) y después (post) de la intervención	39
Tabla 8 Resultados obtenidos de la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”, antes (pre) y después (post) de la intervención	40
Tabla 9 Resultados obtenidos por sujeto en el posttest del Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia y Test de Frases Incompletas	41

## Resumen

El presente trabajo de investigación es un estudio de caso clínico que tuvo como objetivo principal favorecer la capacidad de resiliencia en adolescentes institucionalizados, a través de la implementación de un programa de intervención con terapia de juego Gestalt. La intervención se realizó en sesiones psicoterapéuticas individuales y posteriormente, se evaluó la efectividad de la misma. Participaron 4 adolescentes varones, de edades de entre 13 y 16 años. El instrumento empleado en el pre y post test, fue el Cuestionario de Resiliencia (fuerza y seguridad personal) de González Arratia (2005), que consta de 30 reactivos, distribuidos para la evaluación de 3 factores relacionados con la resiliencia. Así mismo, para el diagnóstico clínico se realizaron entrevistas al director del albergue para recabar datos de historia clínica, se entrevistó también a los propios jóvenes y se les aplicaron pruebas psicológicas como el dibujo de la figura humana, test de la familia, test de frases incompletas de Sacks, y la técnica de redes semánticas aplicada al modelo de verbalizaciones resilientes de Grotberg. Se diseñó y se llevó a cabo un programa de intervención con terapia de juego Gestalt de 20 sesiones, cada una con duración aproximada de 45 minutos. De acuerdo con los resultados obtenidos, desde el punto de vista estadístico, los niveles de resiliencia aumentaron por encima de la media teórica después de la intervención, obteniéndose un mayor cambio en los factores protectores internos. Por lo tanto y derivado del análisis comparativo entre los resultados obtenidos en el pre y post test, se concluye que la terapia de juego Gestalt contribuyó al fortalecimiento de la capacidad de resiliencia de los adolescentes de esta muestra, encontrándose diferencias después de la intervención, en términos de mejoras en su autoestima, autoconcepto, manejo de emociones, relaciones interpersonales, perspectiva a futuro, y empatía, entre otras, lo cual contribuye sinérgicamente al fortalecimiento de su capacidad de resiliencia.



## **Capítulo 1. Introducción**

### **1.1 Características generales del caso**

La salud es un derecho que todos los ciudadanos sin importar raza, sexo o nivel socioeconómico, debe de ser preservado por todos los gobiernos, federal, estatal y municipal a través de un sistema de servicios públicos que incluya programas preventivos y atención de primer, segundo y tercer nivel (Plan municipal de desarrollo 2012-2015, 2012).

Dependiendo del contexto local algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran personas en situación de pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños y adolescentes expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, los bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales y otras emergencias humanitarias (Organización Mundial de la Salud [O.M.S.], 2013).

De entre estos grupos vulnerables, destacan los niños y adolescentes que son víctimas de maltrato, explotación o abandono, a los cuales no se está garantizando varios de sus derechos elementales como son los de vivir en condiciones de bienestar y sano desarrollo psicofísico, así como el derecho a la protección de su integridad, entre otros, en cuyos casos distintas instancias gubernamentales se ven en la necesidad de separar a estos menores de su familia y en muchos casos a institucionalizarlos “como una medida de protección que separa al menor de sus progenitores, de tal manera que permanecer en su casa no siga constituyendo un riesgo para su

integridad” (Benavides y Miranda, y Gómez, Muñoz y Haz et al, 2007, como se citó en Fernández Daza y Fernández Parra, 2013, p. 4).

En nuestro Estado, dichas instancias encargadas son principalmente el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del Estado de Yucatán (PRODEMEFA) (Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes del estado de Yucatán, 2008).

De acuerdo con Tarín y Navarro (2006), “la etapa adolescente se considera un periodo crítico en el inicio y afianzamiento de conductas de riesgo” (p.35), por ello diversas instituciones públicas y privadas, se dan a la tarea de proteger a estos menores. Existen algunas instituciones privadas que en nuestro Estado se dan a esta tarea, en coordinación directa con la PRODEMEFA, como es el caso de una institución con la que se trabajó en el presente estudio, el cual es un albergue temporal para jóvenes de entre 12 y 18 años de edad.

Esta institución trabaja en favor de adolescentes con rezago social realizando actividades de asistencia social sumando esfuerzos de personas y grupos de la sociedad, encaminados a evitar conductas disociales y antisociales, para facilitar el desarrollo de los adolescentes bajo su resguardo, con el objetivo de promover la conciencia reflexiva en los adolescentes, fomentar la adecuada toma de decisiones, promover factores de protección para prevenir conductas antisociales, así como impulsar valores que enaltecen y dignifican al ser humano y que permiten su adaptación a la sociedad, entre otros. Los adolescentes que llegan a dicho albergue, son referidos por la Procuraduría, para permanecer ahí mientras se resuelve su situación legal, ya que así como pueden ser referidos por haber sido abandonados o maltratados, también pueden haber

estado implicados en un delito menor, que no amerita que se les confine al Centro Especializado para la Aplicación de Medidas para Adolescentes (C.E.A.M.A.).<sup>1</sup>

Se planteó entonces el presente proyecto como una serie de acciones de intervención psicoterapéutica para favorecer la capacidad de resiliencia en los adolescentes institucionalizados en un albergue, a través del desarrollo y fortalecimiento de factores protectores relacionados.

En la actualidad, el concepto resiliencia ha sido ya abordado y estudiado por distintos autores, coincidiendo, como dice Puerta (2002), en que: “es una cualidad dinámica que se encuentra latente en el interior del ser humano, cualidad siempre cambiante que surge de la creencia en la propia eficacia para enfrentar los cambios y para resolver problemas, y por eso puede ser activada en cualquier momento, empleando los mecanismos adecuados para ello” (p.14).

Así mismo, la resiliencia implica según Puerta (2002, p.15) dos componentes inseparables e interactuantes:

- La resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad para proteger la propia integridad bajo presión.
- La capacidad para construir pese a las circunstancias difíciles.

Por lo anterior, las capacidades resilientes permiten a las personas un desarrollo suficientemente sano a pesar de los obstáculos y dificultades que derivan de sus vidas, como lo puede ser el abandono, maltrato o negligencia de los padres, que resulta en la institucionalización.

---

<sup>1</sup> Comunicación personal Escalante, L., 2015.

Programas e intervenciones de promoción de resiliencia deberían ser complementarios a las medidas de salud pública, enfocados a los determinantes sociales de la salud. Una aproximación comunitaria de resiliencia es recomendable como un paso de acercamiento hacia las políticas de salud pública (Khanlou y Wray, 2014).

Se abordó la problemática a través de una intervención psicoterapéutica individual bajo el enfoque de terapia de juego, en la cual, basándose el terapeuta en un determinado modelo teórico, se establece un proceso interpersonal en el que se emplean los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los usuarios a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un mejor crecimiento y desarrollo (Schaefer, 2011).

De los diferentes enfoques terapéuticos de juego, se eligió el enfoque de terapia de juego Gestalt, por una parte dada la inclinación y entrenamiento previo de la autora en este enfoque, y por otra porque de acuerdo a Schaefer (2011, p.171) “es una forma de terapia orientada al proceso, que se interesa en el funcionamiento saludable e integrado de todo el organismo (los sentidos, el cuerpo, las emociones y el intelecto)”. Por lo tanto, en la concepción del enfoque gestáltico del niño y del adolescente, se apunta hacia un desarrollo sano y por ello se considera este enfoque muy adecuado para abordar la problemática.

Sin embargo, tal y como lo plantea Góngora Márquez, (2011): “hay que individualizar y acomodar las técnicas al paciente (enfoque prescriptivo ecléctico), que cuenta con el apoyo intuitivo y de investigación” (p.28).

Como en todo trabajo terapéutico con niños, el involucramiento de los padres es indispensable para alcanzar los objetivos. Sin embargo, dada la situación de institucionalización, se buscó el involucramiento de los cuidadores del albergue, basándonos sobre todo en que los

diferentes investigadores de la resiliencia coinciden en que uno de los factores importantes que favorecen el desarrollo de la misma, es haber tenido por lo menos una relación durable y de buena calidad con un adulto significativo en la infancia y adolescencia y que este adulto haya sido capaz de transmitirles que ellos son personas valiosas e importantes (Barudy y Dantagnan, 2007).

## **1.2 Sustento teórico del abordaje**

A continuación se describe el enfoque teórico de conceptualización del caso e intervención.

### **1.2.1 Resiliencia.**

El desarrollo del concepto de resiliencia dentro de las ciencias sociales ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas, no obstante lo que implica es tan antiguo como la humanidad dada la capacidad de supervivencia de la raza humana a través de las diferentes etapas de la historia del mundo. Sin embargo, el concepto como tal se escucha inicialmente en el campo de la ingeniería, y más específicamente de la mecánica, para hacer alusión a la característica que poseen algunos materiales de construcción para recobrar su forma original tras ser sometidos a una presión deformadora (Puerta, 2002).

Más adelante, el concepto va evolucionando hasta su adopción dentro del campo de las ciencias humanas gracias a la investigación de la psicóloga norteamericana Emy Werner quien realizó un estudio de observación longitudinal durante 32 años de 698 niños y niñas hawaianos en la isla de Kauai, y aunque el objeto de su estudio no era la resiliencia, sus hallazgos publicados en el año de 1989 contribuirían de manera contundente a lo que hoy llamamos resiliencia, ya que encontró que algunos de esos niños que habían nacido y crecido en medio de familias con diferentes problemas, crecían convirtiéndose en adultos felices, bien adaptados y

creativos, concluyendo que hubo casi un 80% de casos con evoluciones favorables (Barudy y Dantagnan, 2007).

Fuera del ámbito anglosajón, es hasta el año de 1991 en una entidad del continente africano que la fundación Bernard van Leer organiza por primera vez un seminario al respecto, llegando al continente americano a través de un programa social de trabajo de la Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE América Latina) bajo la especificación de “Resiliencia del niño y la familia” y del proyecto “Poder Crecer”, cuya finalidad era trabajar en zonas de conflicto en Centroamérica y Sudamérica, para apoyar a los niños y jóvenes que viven situaciones particularmente críticas (Puerta, 2002).

De ahí en adelante, la perspectiva del concepto de resiliencia se transforma ya que “la contundencia de sus resultados ha obligado a adoptar un nuevo enfoque de los problemas, más desde la perspectiva de las fortalezas, las posibilidades y las oportunidades que desde las debilidades y las amenazas” (Puerta, 2002, p.14).

Entonces, el concepto de resiliencia nace de la constatación de que algunas personas resisten mejor que otras las adversidades de la vida, y no obstante esto ha sido admitido desde hace siglos, no había sido utilizado para organizar intervenciones psicoterapéuticas (Barudy y Dantagnan, 2007).

Más bien, la resiliencia se ha empleado fundamentalmente en el área de la investigación y en el área de desarrollo humano y comunitario. En la primera para identificar y comprender los factores que están presentes en los sujetos y grupos resilientes, cómo activarla y su evolución a través de las diferentes etapas del ciclo vital. En el área de desarrollo humano y comunitario “para activarla en personas o en grupos a través de acciones simples o de programas estructurados” (Puerta, 2002, p.16).

Como señala Barcelata, (2015), “en México, la investigación en resiliencia con adolescentes en ambientes de marginación y pobreza es bastante escasa” (p.1589).

Así mismo, los esposos Wolin (1999) consideran que no existe simplemente la resiliencia en singular, sino resiliencias, en plural, y han logrado identificar siete de ellas a través de sus investigaciones (insight o perspicacia, independencia, interacción o relación, iniciativa, creatividad, humor y moralidad), las cuales consideran que se desarrollan a lo largo de todas las etapas de la vida: infancia, adolescencia y edad adulta, manifestándose de forma diferente en cada una de ellas (Puerta, 2002).

Según dichos autores:

En los niños, aparecen todavía sin formar, sin estar orientadas; son comportamientos motivados intuitivamente. En la adolescencia, estos comportamientos se agudizan y llegan a ser deliberados. En la edad adulta, se ensanchan y ahondan, hasta llegar a ser una parte perdurable de la personalidad (Puerta, 2002, p.25-26).

Todo lo anterior nos ayuda a conceptualizar de una mejor manera la resiliencia, y sobre todo contar con una visión más amplia de la aplicación del concepto, reiterándose su importancia y sobre todo la influencia de las interacciones sociales en ella, entendiendo entonces que la resiliencia es una capacidad que: “es sobre todo resultado de nutrientes afectivos, cognitivos, relacionales y éticos que los niños y niñas reciben de su entorno” (Barudy y Dantagnan, 2007).

Al hablar de resiliencia se habla también implícitamente de importantes términos que entran en juego como son los factores de riesgo y factores protectores.

Entendemos por factores de riesgo aquellos eventos o condiciones de adversidad que reducen la resistencia ante los estresores y otros eventos traumáticos. Y por el contrario los rasgos,

características del contexto e intervenciones que promueven la resistencia o moderan los efectos de los factores de riesgo se denominan factores protectores. Estos últimos se asocian con salud y desarrollo funcional, reducen la reacción negativa e impacto del riesgo, es decir que, promueven la resiliencia (Monroy Cortés y Palacios Cruz, 2011).

Así mismo, dentro de los factores protectores se hace una clasificación entre aquellos denominados como internos y los externos. Dicha nomenclatura tiene que ver con la serie de variables individuales (en el caso de los factores protectores internos) y variables sociales (en el caso de los factores protectores externos) que promueven la resiliencia.

Diversos autores han realizado investigaciones al respecto de lo anterior, destacando Cardozo y Aldrete (2009) quienes tras un estudio con adolescentes venezolanos en riesgo psicosocial señalaron como variables individuales que conforman los factores protectores internos las siguientes: síntomas de salud mental (basados en la ausencia de síntomas de ansiedad y depresión), conducta de adaptación social, asertividad, autorregulación de habilidades, buen autoconcepto, inteligencia y habilidad de resolución de problemas, y la percepción subjetiva del impacto de los acontecimientos del ciclo vital personal. Estos mismos autores explican que los factores protectores externos consisten principalmente en el soporte social, es decir, la serie de recursos externos con los cuales los jóvenes cuentan para poder enfrentar una amplia gama de adversidades.

De todo lo anterior podemos concluir también de acuerdo con Barudy y Dantagnan (2007) que:

El concepto de resiliencia nos sirve no sólo como guía para establecer criterios de actuación preventiva con los niños y sus padres, en el sentido de apoyar sus recursos para afrontar el daño, sino que además son criterios para que los



profesionales pongan sus propios recursos resilientes al servicio de la prevención de los malos tratos mediante la promoción de los buenos tratos (p.59).

Finalmente es importante señalar que se considera que a la fecha ya es común hablar de resiliencia, y en el caso de los niños y adolescentes se considera que el Modelo de Verbalizaciones Resilientes de Grotberg (1995) sigue siendo vigente ya que permite caracterizar a un niño resiliente a través de verbalizaciones que acompañen a las frases “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”, pues en estas aparecen: “los distintos factores de resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y el entorno, la autonomía y la competencia social y a su vez, la posesión de estas atribuciones verbales puede considerarse como una fuente generadora de resiliencia” (Organización Panamericana de la Salud, 1998, p.22).

Dicho modelo explica que las atribuciones que acompañan a las verbalizaciones “yo soy” y “yo estoy” hacen alusión a factores de fortaleza interna, las que acompañan a la expresión “yo puedo” se refieren a habilidades autopercibidas y lo que se expresan alrededor de la frase “yo tengo” se relaciona con factores de soporte social del individuo (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

En este mismo Manual, se explicita que se pueden entender dichas expresiones atendiendo a su significado de la siguiente manera:

Yo soy

- Una persona por la que los otros sienten admiración y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

Yo estoy

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.
- Triste, lo reconozco, y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian

Yo puedo

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

Yo tengo

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta, la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

Otro de los elementos fundamentales a considerar en el presente estudio es la institucionalización en la adolescencia, el cual se abordará a continuación.

### **1.2.2 Adolescentes Institucionalizados.**

El periodo de la adolescencia que implica *per se* un periodo de transición, con matices y cambios cognitivos, físicos y emocionales demanda en la población infanto-juvenil el uso de estrategias de afrontamiento que les permitan adaptarse mejor a la gama de eventos vitales estresantes propios de su edad (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004, como se citó en Restrepo-Restrepo, Alpi y Quiceno, 2011).

Así mismo, “diversos autores han señalado la necesidad de considerar que no todos los factores estresantes tienen el mismo impacto en los adolescentes, ni responden del mismo modo ante las situaciones de estrés, existiendo una gran variabilidad individual al respecto” (Antonovsky, 1987; Lazarus y Folkman, 1984; Kobasa, 1979, como se citó en Sanz Rodríguez et al., 2009, p.508).

De acuerdo con Rocha Arragoniz (2012), el hecho de que ocurra un evento estresante en la vida de la persona, como puede ser el abandono, maltrato o negligencia en la infancia, no se correlaciona directamente con que presente en un futuro una enfermedad mental, sin embargo, se constata que empoderar y fortalecer al ser humano a través de una intervención integrativa multimodal, contribuye a desarrollar las habilidades necesarias para afrontar situaciones adversas sin desarrollar una psicopatología.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (U.N.I.C.E.F.) estima que 8 millones de niños, niñas y adolescentes en todo el mundo viven en instituciones, miles de ellos en América Latina, pues es sobre todo en países con índices de pobreza elevados en los que la institucionalización se presenta como la principal respuesta ante la privación de familia por parte del Estado. En nuestro país la cifra aproximada es de 30,000 niños viviendo en 703 instituciones, de los cuales el 72% de los niños institucionalizados está en instituciones no gubernamentales

que establecen acuerdos de cooperación con las unidades encargadas de la niñez, nacionales y municipales, como es el caso de un albergue con el que se trabaja en el presente estudio (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar [RELAF], 2011).

La presencia de un factor estresante como lo puede ser el maltrato y abandono en la infancia o adolescencia, que resultan en la institucionalización, puede aumentar la posibilidad de que la persona presente problemas en su desarrollo, dado que se convierte en un niño o adolescente en riesgo psicosocial (Barcelata, 2015).

Especialistas en México señalan que la prolongada permanencia de los niños en los centros de internación, teniendo la mayoría familiares, constituye un indicador de que no se ha trabajado con las familias ni se han aplicado medidas alternativas a la institucionalización (RELAF, 2011).

Por otra parte, Morales Alejandro (2014) señala que se pueden desarrollar habilidades sociales en menores institucionalizados con problemas de conducta, que les permiten desenvolverse adecuadamente con su grupo de pares y con los adultos, a través de una intervención psicoterapéutica con técnicas de corte cognitivo-conductual. Esta autora establece lo anterior como resultado del desarrollo de una investigación con una población de 7 menores de entre 4 y 6 años de edad, institucionalizados en el Centro de Atención Integral al menor en desamparo (CAIMEDE).

Así también, Fernández-Daza y Fernández-Parra (2012) afirman tras analizar los problemas de comportamiento de una muestra de preadolescentes y adolescentes venezolanos institucionalizados de entre 11 y 16 años de edad, que estos tienen menores competencias psicosociales y académicas, así como más problemas de comportamiento que los jóvenes que conviven con sus padres, por lo que resulta imperativo atender de manera especial a este tipo de población.

### **1.2.3 Psicoterapia de juego Gestalt.**

En nuestro país los recursos humanos especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros), que trabajan en el sector público, es reducido, de acuerdo a los datos expresados en el Informe del sistema de salud mental en México, redactado por la Organización Mundial de la Salud (2011), señalando esta situación como uno de los factores que imposibilitan la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento en los niños y adolescentes, lo que reafirma la necesidad del presente proyecto de intervención, para trabajar con las necesidades emocionales de la población de adolescentes que se abordó.

De acuerdo a la resolución sobre el Reconocimiento de la Eficacia de la Psicoterapia (Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness) de la Asociación Americana de Psicología (APA) (2012), estudios científicos demuestran que las intervenciones psicológicas de tipo psicoterapéutico deben ser reconocidas por el sistema sanitario como prácticas, eficaces y rentables en relación con sus costos/beneficios, por lo que se consideró que es una forma apropiada de intervención para este estudio.

Por otra parte, se dice que el juego es el lenguaje del niño y los juguetes sus palabras (Schaefer, 2011). Por lo tanto hoy en día y desde hace ya varias décadas se le ha concedido mayor importancia a la Terapia de Juego.

En Estados Unidos, la Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) la definió como:

El uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a sus clientes a prevenir y resolver dificultades psicosociales y alcanzar un desarrollo y crecimiento óptimos (Association for Play Therapy, s.f.)

El juego impacta sobre todas las áreas de desarrollo del niño y adolescente (social, afectiva, cognitiva), al mismo tiempo que los ayuda a perfeccionar sus habilidades, o sea que es una de las actividades más importantes en la vida del niño, ya que enriquece el conocimiento de su ambiente y de sí mismo para que vaya, entre otras cosas, consolidando una adecuada autoestima y autorregulación afectiva. Aun cuando su impacto abarca muchas áreas del desarrollo del niño, los aspectos que más se relacionan con la prevención de problemas psicológicos, se encuentran en la dimensión socio-afectiva (Esquivel Ancona, 2010).

En el caso del presente estudio, la psicoterapia con juego que se emplea se enfocó desde un enfoque tanto preventivo como remedial, siendo que cuando se emplea a estos niveles: “los niños liberan tensiones, aprenden, crecen, desarrollan capacidades, anticipan cambios y generan recursos para afrontar sus problemas” (Schaefer, 2005, como se citó en Esquivel Ancona, 2010, p.63).

Existen diversos enfoques que sustentan las técnicas empleadas en la terapia de juego. Para efectos del presente estudio y trabajo de intervención, se eligió conceptualizar y dirigir el caso desde el enfoque Gestalt por considerarse adecuado para la problemática ya que:

Utiliza principalmente técnicas de juego que permiten la expresión de sentimientos a través de materiales menos estructurados, la narrativa y la imaginación. Maneja técnicas vivenciales; antepone la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos (Esquivel Ancona, 2010, p.69).

Así mismo, la riqueza de la Gestalt radica en que sus técnicas y principios parecen estar dirigidos especialmente a los niños y adolescentes, específicamente porque en todas sus técnicas

está implícita la acción y el vivenciar. Los niños y jóvenes más que hablar sobre lo que les pasa, lo vivencian a través del juego (Amescua Villela, 1997).

También, se emplearon técnicas afines de otros enfoques como el cognitivo-conductual y el narrativo, de acuerdo a lo que cada caso requirió y dado que el enfoque de psicoterapia Gestalt es flexible y amable en este sentido, permitiendo la inclusión de técnicas de diferente corte, con la finalidad de buscar el bien superior del cliente.

## **Capítulo 2. Evaluación diagnóstica del caso**

### **2.1 Descripción del escenario**

La presente intervención se llevó a cabo en las instalaciones de un albergue de acogida temporal para adolescentes de entre 12 y 18 años de edad, ubicado en la ciudad de Mérida, Yucatán, México.

Para ello, se realizó un convenio institucional entre la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán (U.A.D.Y.) y el albergue, en el que se establecen las bases de la colaboración describiendo las características del servicio de psicología que se llevaría a cabo en el albergue, que incluyeron una evaluación psicodiagnóstica individual para cada uno de los adolescentes, así como sesiones de psicoterapia individual y la realización de un taller de habilidades para la vida. Así mismo, posterior a la firma de convenio se procedió a recabar el consentimiento informado del director, quien funge como el tutor de los adolescentes, para la evaluación y la presente intervención.

Con los resultados de la evaluación psicodiagnóstica se hace constar la necesidad de la intervención psicoterapéutica con los jóvenes, dadas las condiciones de marginación vividas y en específico, para los fines del presente estudio, se trabaja con 4 de ellos, 2 de 13 años de edad y 2 de 16 años de edad, quienes obtienen un nivel de resiliencia por debajo o ligeramente sobre la media en el instrumento aplicado, buscando aumentar estos niveles a través de la intervención.

Es importante mencionar que la mayoría de los adolescentes que están en el albergue, están disponibles para su adopción, sin embargo, por la edad que tienen es difícil que sean adoptados, por lo que se tomó en cuenta este factor y se incluyó en el trabajo del proceso psicoterapéutico.



## 2.2 Instrumentos y estrategias

Las técnicas e instrumentos empleados en la intervención, consistieron inicialmente en la fase de diagnóstico en una entrevista semi-estructurada, y en la aplicación de pruebas psicométricas de inteligencia como la Escala de Inteligencia para Nivel Escolar de Weschler (WISC-IV); de madurez visomotora como el Test Gestáltico Visomotor de Bender; técnicas proyectivas como el Dibujo de la Figura Humana interpretado según Koppitz y Machover, Test de la Familia según Corman, Test de Frases Incompletas de Sacks, y la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo” del Modelo de Verbalizaciones Resilientes de Grotberg (1995), que parte de una conceptualización de la resiliencia como una cualidad dinámica y que por lo tanto permite trabajar para potenciarla y reforzarla.

Así mismo, se aplicó para la evaluación de la personalidad el Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), y escalas e inventarios como la Escala de Bienestar Psicológico de Casullo (BIEPS-J), el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA), y finalmente el Cuestionario de Resiliencia (Seguridad y Fuerza Personal) de González Arratia (2005). De los resultados de éste último se seleccionan a los sujetos participantes en el presente estudio, tomando como criterio un puntaje que los ubique por debajo o ligeramente por encima de la media, resultando con este criterio 4 de los jóvenes evaluados.

Es importante mencionar que las pruebas anteriores no se describen exhaustivamente ya que son conocidas por sus niveles de confiabilidad y validez.

Uno de los instrumentos fundamentales empleados es el Cuestionario de Resiliencia (Seguridad y Fuerza Personal) de González Arratia (2005), el cual en su versión original está compuesto por 70 ítems, con 5 opciones de respuesta tipo likert, que van de siempre, la mayoría

de las veces, indeciso, algunas veces y nunca. Su misma autora realizó un análisis psicométrico de la prueba a través de análisis de frecuencias, correlación ítem-total, análisis de discriminación de reactivos a través de la prueba t-test, análisis factorial de componentes principales con Rotación Varimax, para la validez; y para el análisis de la confiabilidad se utilizó el Alpha de Cronbach de .9192. De los resultados de dicho análisis se genera la versión del instrumento empleado en la presente investigación, que consta de 30 reactivos que se conservaron de los 70 originales, por pasar todas las pruebas del análisis (ver Apéndice A).

Con el análisis factorial se obtienen 3 factores, agrupados de la siguiente manera:

1. Factores protectores internos, los cuales hacen referencia a los atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, el cual está conformado por 12 reactivos (números 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30).
2. Factores protectores externos, los cuales hacen alusión a las condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo o integración social o laboral (Munist et al., 1998 como se citó en Góngora Márquez, 2011) y que está conformado por 11 reactivos del instrumento (números 1, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16),
3. Factor empatía, que se refiere a la relación que existe entre el hecho de hacer frente a una experiencia traumática y que esto propicie o despierte en la persona sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas y promueve conductas altruistas (Vera, 2005 como se citó en Góngora Márquez, 2011); dicho factor queda compuesto por 7 reactivos (números 2, 3, 7, 8, 9, 19 y 22).

Los resultados de la evaluación psicodiagnóstica de los 4 sujetos participantes en la presente investigación, se detallan a continuación:

- Sujeto 1: capacidad intelectual total por debajo del promedio (78 puntos), rindiendo únicamente promedio en el índice de razonamiento perceptual. Destaca en las tareas de ejecución manual o técnica. Con respecto al área emocional, presenta como fortalezas su capacidad para establecerse metas y proyectos de vida, para establecer vínculos psicosociales y su motivación al logro. Como áreas a reforzar se encuentran su autoestima y autoconcepto, reconocimiento y autorregulación emocional, en especial la ira, comunicación asertiva y confianza en sí mismo y en los demás.  
En la escala de resiliencia obtiene un nivel general ligeramente sobre la media, obteniendo un puntaje de 3.16 (arriba de la media) en la dimensión de factores protectores internos, 4.00 (arriba de la media) en la dimensión de factores protectores externos y 3.00 (en la media) en la dimensión de empatía.
- Sujeto 2: capacidad intelectual total por debajo del promedio (75 puntos), rindiendo únicamente promedio en el índice de memoria de trabajo y significativamente bajo (límitrofe) en el índice de comprensión verbal. Se detecta además la presencia de dislexia. Con respecto al área emocional, presenta como fortalezas su capacidad de expresar afecto, capacidad para establecer vínculos psicosociales significativos, y el reconocimiento de sus emociones. Como áreas a reforzar se encuentran su autoestima y autoconcepto, habilidades sociales, saber defenderse y comunicación asertiva, necesidad de afecto y auto-aceptación, establecimiento de metas y proyectos de vida, y mayor confianza en sí mismo.

En la escala de resiliencia obtiene un nivel general por debajo de la media, rindiendo igualmente en las 3 dimensiones que conforman el instrumento, con puntajes de 2.08, 2.18 y 2.85, respectivamente para los factores protectores internos, externos y empatía.

- Sujeto 3: capacidad intelectual total promedio (98 puntos) rindiendo igualmente adecuado en los 4 índices medidos de la inteligencia, con necesidad de reforzamiento en su nivel de vocabulario y razonamiento abstracto. Destaca por su gusto y habilidad para el dibujo. Con respecto al área emocional, presenta como fortalezas su alegría y sentido del humor, su creatividad y su capacidad de darse cuenta de sus errores y problemas. Como áreas a reforzar se encuentran su autoestima y autoconcepto, habilidades sociales, control de impulsos, seguridad en sí mismo y autorregulación emocional.

Al igual que el sujeto anterior, en la escala de resiliencia obtiene un nivel general por debajo de la media, rindiendo igualmente en las 3 dimensiones que conforman el instrumento, con puntajes de 1.50, 2.36 y 1.85, respectivamente para los factores protectores internos, externos y empatía.

- Sujeto 4: capacidad intelectual total por debajo del promedio (70 puntos), significativamente bajo (límite) en el índice de velocidad de procesamiento. Presenta como fortaleza su gusto por la lectura, capacidad de percepción del detalle (es observador) así como que actúa con amabilidad, propiedad y educación una vez que toma confianza. Como áreas a reforzar se encuentran su autoestima y autoconcepto, desapego en las relaciones sociales y dificultad para establecer vínculos psicosociales significativos, establecimiento de metas y proyectos de vida, control de impulsos y de temperamento colérico con tendencia agresiva, tendencia a conductas delictivas, de riesgo y destructivas, incluyendo crueldad con los animales y plantas, encontrándose que

cumple los criterios para ser diagnosticado con un Trastorno de la Conducta, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

En la escala de resiliencia obtiene un nivel general por debajo de la media, rindiendo igualmente en las 3 para los factores protectores internos, externos y empatía, con puntajes de 2.50, 2.27 y 2.14 respectivamente.

### Capítulo 3. Programa de intervención desarrollado

#### 3.1 Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención

La intervención psicoterapéutica fue dividida en 4 fases: de diagnóstico, inicial, intermedia y final, “con características distintivas en cuanto a la función del terapeuta, el trabajo terapéutico, las herramientas utilizadas y los objetivos a lograr” (Fernández Rodríguez, 2014, p. 26).

En términos generales en la fase de diagnóstico se busca el establecimiento del rapport y como su nombre lo indica elaborar un diagnóstico fenomenológico, que puede estar acompañado de instrumentos de medición, como es el caso del presente estudio, en donde se puede conocer la capacidad de darse cuenta del paciente, comprendiendo al individuo en su contexto particular. Así mismo, es a partir del diagnóstico que se planea el proceso terapéutico (Fernández Rodríguez, 2014).

En la fase inicial, “se hace necesario que niños y adolescentes asimilen el estilo de trabajo y desarrollen habilidades de darse cuenta y de contacto, que permitan el libre fluir del proceso terapéutico, validando las emociones y creando la conciencia emocional” (Fernández Rodríguez, 2014, p. 29). Es decir, acompañar al paciente en el descubrimiento de quién es.

Posteriormente, para la fase intermedia el paciente aprende cómo expresa su *sí mismo* en el ambiente, por lo que es en esta fase “donde los juegos y procesos se encaminan a trabajar con las emociones en conflicto, con las introyecciones negativas, con la integración de sus polaridades, con las partes rechazadas del sí mismo” (Fernández Rodríguez, 2014, p. 30). Por lo regular, esta es la fase que abarca un mayor número de sesiones.

Finalmente, sobreviene para la fase final un proceso de interiorización del avance terapéutico en la que “el niño demuestra un *sí mismo* fuerte con fronteras bien delimitadas, su

comportamiento es más completo, se acepta, negocia y establece buenos contactos con su entorno y las personas que lo habitan” (Fernández Rodríguez, 2014, p. 30). Tras este proceso se da entonces el cierre terapéutico y despedida, lo cual es también muy importante de preparar.

Además, para crear el contenido del programa de intervención psicoterapéutica empleado, se tomó en cuenta el enfoque de las 4 c’s cruciales para la construcción de la resiliencia en niños y adolescentes. Estas 4 c’s hacen alusión a las palabras en inglés *connect*, *capable*, *count*, *courage*, cuya traducción al español sería: conexión, capacidad, que cuenta y valía, respectivamente (Ashby, 2015).

Entonces, en el trabajo de la construcción de la resiliencia debemos tener en cuenta en todo momento estas c’s cruciales de manera tal que nuestras intervenciones estén enfocadas a fortalecer en el niño y adolescente:

Su capacidad de creer que tiene un lugar en el mundo (conexión), que puede lograr lo que se proponga (capacidad), que puede hacer una diferencia en el mundo (que cuenta), y que puede manejar adecuadamente las situaciones que le acontezcan (valía) (Ashby, 2015).

Con respecto a las técnicas empleadas en el presente estudio, dado que el enfoque que conduce la intervención es el gestáltico, se pueden clasificar de manera general en 3 tipos: supresivas, expresivas e integrativas.

Las técnicas supresivas son técnicas empleadas para dejar de hacer lo que el individuo esté actuando con la finalidad de descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad y que por lo tanto ayudan al paciente a vivir las experiencias en el aquí y el ahora. Por su parte las técnicas expresivas, buscan ayudar al paciente a reunir la energía suficiente para fortalecer su capacidad de darse cuenta

Por lo tanto, y de acuerdo con Fagan y Shepherd (2003) “por medio de las técnicas supresivas el terapeuta desalienta en el paciente lo que no es; al invitarlo a expresarse, el terapeuta estimula en el paciente lo que sí es” (p.70).

El último grupo de técnicas, conocidas como integrativas, son combinaciones de los 2 tipos anteriores y su principal objetivo es “el de integrar las partes alienadas del individuo” (Salama Penhos, 2010, p.102).

En resumen, con el uso del enfoque Gestalt y sus técnicas adecuadas para adolescentes, aplicadas tomando en cuenta la perspectiva de resiliencia, es que la presente intervención psicoterapéutica buscó de manera global el fortalecimiento del yo de los adolescentes, así como reforzar las funciones de contacto y renovar su propio contacto con sus sentidos, cuerpo, sentimientos y empleo de su intelecto (Oaklander, 2001).

### **3.2 Objetivos del programa de intervención**

Objetivo general.

Favorecer la capacidad de resiliencia en adolescentes institucionalizados, a través de intervenciones psicoterapéuticas individuales, empleando la metodología de terapia de juego con enfoque Gestalt.

Objetivos específicos.

1. Identificar los niveles de resiliencia en los adolescentes antes de la intervención psicoterapéutica.
2. Identificar los niveles de resiliencia en los adolescentes después de la intervención psicoterapéutica.



3. Identificar factores de protección y características individuales que favorecen la capacidad de resiliencia en los adolescentes institucionalizados.
4. Contrastar las diferencias entre las características individuales de los adolescentes que después de la intervención psicoterapéutica con enfoque Gestalt obtienen un mejor nivel de resiliencia con respecto a los que no la obtienen.

### 3.3 Recursos utilizados

A continuación, en la Tabla 1 se describen los recursos empleados en cada una de las fases del proceso de intervención psicoterapéutica.

Tabla 1  
*Recursos utilizados por fase del proceso psicoterapéutico*

Fase	Recursos utilizados
De diagnóstico	Establecimiento del rapport, instrumentos de medición (entrevistas y pruebas psicológicas), elaboración del plan de trabajo.
Inicial	Encuadre terapéutico, continuar con la exploración y conocimiento del paciente, actividades lúdicas y juegos con enfoque terapéutico, ejercicios directivos para trabajar aspectos específicos, trabajo de la diferenciación, técnicas para recuperar proyecciones positivas y negativas a nivel superficial.
Intermedia	Fortalecer la alianza terapéutica, actividades lúdicas y juegos con enfoque terapéutico, procesos encaminados a trabajar polaridades, procesos encaminados a la recuperación de proyecciones positivas y negativas y a resolución de conflictos.
Final	Juego estructurado, ejercicios directivos encaminados al cierre en las diferentes áreas problemáticas, procesos encaminados a la práctica de los nuevos aprendizajes, a experimentar en fantasía situaciones futuras y formas de enfrentarlas, procesos encaminados a la elaboración de la separación de la terapia y del terapeuta, aplicación del post-test.

### 3.4 Procedimiento de aplicación

La intervención se diseña para llevarse a cabo en 20 sesiones de 45 minutos de duración y periodicidad semanal (a excepción del periodo vacacional decembrino), en un lapso de 5 meses,

iniciando el 13 de octubre de 2015 y cerrando el proceso el 15 de marzo de 2016, finalizándose con 3 de los 4 jóvenes la totalidad del programa.

Para finalizar, se aplicó nuevamente el instrumento de Resiliencia, con la finalidad de comprobar la efectividad del programa de intervención, complementándose también con la re-aplicación del Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia, Test de Frases Incompletas, y la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”.

Además, se enriquece la interpretación de estos resultados con el relato de la propia percepción de mejora de los adolescentes así como algunos de sus productos realizados en las sesiones terapéuticas.

A continuación en la Tabla 2 se especifican las técnicas e instrumentos empleados para cada una de las sesiones de trabajo.

Tabla 2

*Técnicas e instrumentos utilizados por fase del proceso psicoterapéutico*

Fase	Técnicas e instrumentos a emplear
De diagnóstico	Entrevista semi-estructurada, aplicación de batería de inteligencia, madurez visomotora, técnicas proyectivas, de personalidad, escalas e inventarios, técnica de redes semánticas aplicada a factores resilientes.
Inicial	Técnicas audiovisuales, lúdicas y expresivas, ejercicios dirigidos (videos y película resiliencia y empatía, dibujos, juegos de mesa, cuestionarios).
Intermedia	Técnicas narrativas, audiovisuales, lúdicas, supresivas, expresivas, conversacionales, de relajación e integrativas (cuentos, poemas, canciones, dibujos, silla vacía, análisis de textos, visualizaciones, manejo de polaridades, respiración, técnicas de descarga en objetos neutros, cambio de roles, manejo de introyectos)
Final	Técnicas narrativas e integrativas (fantasías guiadas, cartas, mandalas, dibujos, anclaje, maleta de logros terapéuticos, diploma)

Es importante mencionar, que los sujetos de investigación, estuvieron participando de manera semanal en un taller grupal de habilidades para la vida dirigido también por profesionales de la

psicología. Se menciona esto pues se considera que es un factor esencial a tomar en cuenta para la evaluación de los efectos del programa de intervención desarrollado.

## Capítulo 4. Evaluación de los efectos

### 4.1 Resultados de la aplicación de instrumentos

En este apartado se describen los resultados de la aplicación de técnicas e instrumentos utilizados en la intervención psicoterapéutica, describiéndose lo encontrado en cada uno de los sujetos participantes, que son inicialmente 4 adolescentes institucionalizados de entre 13 y 16 años de edad.

Principalmente, se les aplicó el Cuestionario de Resiliencia (Seguridad y Fuerza Personal) de González Arratia (2005), el cual consta de 30 reactivos, los cuales incluyen 3 factores, el factor 1 denominado factores protectores internos, el factor 2 nombrado factores protectores externos y el factor 3 conocido como empatía.

A continuación en la Tabla 3 se presenta el resultado del (pretest) del instrumento aplicado antes de la intervención.

Tabla 3

*Resultados obtenidos por sujeto en el pretest del Cuestionario de Resiliencia (Seguridad y Fuerza Personal) de González Arratia (2005)*

Sujeto	Resultado por factor y general			
	FP Internos	FP Externos	Empatía	General
Sujeto 1	3.16	4.00	3.00	3.39
Sujeto 2	2.08	2.18	2.85	2.37
Sujeto 3	1.50	2.36	1.85	1.91
Sujeto 4	2.50	2.27	2.14	2.30

Dado que como se explica en el apartado 2.2 de instrumentos y estrategias, el Cuestionario de Resiliencia (Seguridad y Fuerza Personal) de González Arratia (2005) fue creado para la medición de la resiliencia a través de una escala tipo likert, los resultados expresados en la Tabla 3 se interpretan tomando como referencia la media teórica que es 3, por lo tanto todas las

puntuaciones por debajo de ese valor se consideran por debajo de la media y por el contrario, las puntuaciones mayores a dicho valor se interpretan como por encima de la media.

De lo anterior podemos deducir que todas las puntuaciones de los sujetos participantes en el presente estudio se encuentran por debajo de la media antes de la intervención psicoterapéutica, a excepción de las del sujeto 1, que se ubican en la media y ligeramente por encima de ella.

Igualmente, se aplicó a manera de pretest la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”, cuyos resultados se ubican en la Tabla 4.

Tabla 4

*Resultados del pretest la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”*

Sujeto	Afirmaciones por sujeto y por factor resiliente			
	Yo soy	Yo estoy	Yo puedo	Yo tengo
Sujeto 1	Feliz, capaz de aprender del problema, tímido, creativo, serio.	Pensando, escondido, castigado, huyendo, pidiendo perdón.	Resolverlo, aceptarlo, pedir ayuda, alejarme, dejarlo.	Ganas de terminar, pagar consecuencias, pensar de otra forma, fe, miedo.
Sujeto 2	Tranquilo, tímido, extraño, penoso, llorón.	Llorando, pegando, gritando, triste, aburrido.	Reír, llorar, gritar, patear, hincarme y pedir a Dios ayuda.	Peluches que abrazar, amigos, que controlarme, pedir ayuda, correr.
Sujeto 3	Preocupado, pendiente, miedoso, tímido, tranquilo.	Enojado, triste, preocupado, impaciente, desesperado.	Solucionarlo, hacer nada, hacerlo más grande, dejarlo así, hacer lo que digan.	Miedo, preocupación, problemas, desesperancia, desesperanza.
Sujeto 4	Nervioso, asustado, amable, silencioso, alegre.	Molesto, silencioso, ansioso, feliz, desesperado.	Mejorarlo, platicar, alejarme, discutir, pelear.	Ayuda, molestias, nerviosidades, impaciente, alegre.

Además, se tomaron en cuenta los resultados obtenidos en los otros instrumentos aplicados a manera de pretest, como el Dibujo de la Figura Humana interpretado según Machover, el Test de la Familia y el Test de Frases Incompletas de Sacks, cuyos resultados se observan en la Tabla 5.

Tabla 5

*Resultados obtenidos por sujeto en el pretest del Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia y Test de Frases Incompletas*

Sujeto	Interpretación de resultados por sujeto
Sujeto 1	Curiosidad con respecto a la sexualidad, y preocupación por la masturbación, regular autoestima y autoconcepto, necesidad de afecto y aceptación. Tiene deseos de caminar hacia adelante y de olvidar el pasado, pero también tiene temor de fracasar en el futuro. Le cuesta trabajo aceptar sus equivocaciones y que tiene aspectos a mejorar, pudiendo en ocasiones dejarse dominar por sus emociones, inseguridad y falta de confianza de sí mismo, así como dificultad para comunicarse y confiar. Muestra tendencia a reunirse con grupos de compañeros y amigos que frecuentemente está en problemas y que lo pueden convencer de hacer cosas que sabe que no deberían hacer, como abuso de alcohol y drogas.
Sujeto 2	Desfase entre su edad cronológica y madurez emocional, tendencia a ser exageradamente ingenuo, lo cual puede ocasionar que sin querer se meta en problemas. Así mismo, establece relaciones interpersonales con sus pares del mismo sexo de manera inadecuada ya que puede ser muy dependiente y por lo tanto tiende por una parte a cambiar o modificar su conducta en aras de satisfacer las expectativas y demandas sociales o por otra a dejarse molestar por sus compañeros sin defenderse. Baja autoestima y autoconcepto, sentimientos de minusvalía, insatisfacción general con su propia vida, prediciendo su fracaso y con tendencia a la depresión, Fuerte necesidad de afecto y aceptación. Pudiera presentar conducta delictiva, problemas de conducta y adaptación a la escuela/trabajo, así como presentar conductas compensatorias azarosas para protegerse como mentir, hacer trampa, robar, hacer berrinches y agredir.
Sujeto 3	Puede ser algo ingenuo y todavía infantil. Establece relaciones interpersonales con sus pares del mismo sexo de manera inadecuada ya que se relaciona a través de agresión disfrazada como “juego”, en busca de aceptación y de pertenecer. Gran interés por el sexo opuesto y la sexualidad. Regular auto-estima y aceptación de sí mismo, aunque posee la capacidad de darse cuenta de sus problemas, considera tener pocas habilidades, muchas fallas y no ser capaz de hacer nada bien ni de establecerse metas y proyectos. Muestra una falta de coordinación entre sus impulsos y sus funciones intelectuales, por lo que puede reaccionar de manera impulsiva y tener conflicto para expresar sus emociones. Excesivamente sensible a la crítica u opinión social, lo que refleja inseguridad, sentimiento de deficiencia, ligeros rasgos de ansiedad y tendencia a la depresión, reflejada en un estado de insatisfacción general con la propia vida e incluyendo sentimientos de falta

---

Sujeto 4	<p>de motivación y desesperanza aprendida. Es probable que presente dificultades numerosas en la escuela, bajas calificaciones, suspensiones, actitudes negativas hacia los maestros y desagrado con respecto a la escuela, así como dificultades de concentración.</p> <p>Rasgos de ansiedad y agresividad hacia el exterior y un bajo autoconcepto. Tiende a evadir re trayéndose, por lo mismo puede mostrar un desapego de las relaciones y normas sociales, así como preferencia por las actividades solitarias, mermando su capacidad empática. También puede presentar rasgos de ansiedad y sentimientos de inferioridad, así como problemas para concentrarse. Muestra curiosidad con respecto a la sexualidad y muy bajo control de impulsos particularmente de la ira, manifestado en acting outs de conductas agresivas. Baja autoestima expresada en la creencia de que tiene una vida difícil y que no le importa a nadie, ni nadie lo comprende, piensa que ninguna persona lo quiere y que no se puede llevar con los demás. Reconocimiento de problema con el uso de alcohol y drogas. Su historial y características conllevan a inferir la presencia de un cuadro de Trastorno de la Conducta.</p>
----------	--

---

Así mismo, en términos generales, del relato recogido en las entrevistas y sesiones iniciales se encuentra que a los sujetos de estudio les es difícil reconocer sus cualidades y habilidades así como identificar y reconocer sus emociones. Por lo mismo, se observó que de igual manera se les dificultaba aceptar cumplidos y mucho más ubicar personas o recursos externos con los que cuenten como soporte social.

#### **4.2 Cambios registrados**

Una vez iniciada la intervención, la muestra disminuyó a 3 sujetos en vez de 4 como era inicialmente, dejando de contar con la participación del sujeto 4 quien se escapó de la institución.

Concluido ya el proceso psicoterapéutico, se les aplicó a manera de postest a los 3 sujetos restantes, los mismos instrumentos que se tomaron en cuenta para el pretest con la finalidad de conocer la efectividad del programa de intervención llevado a cabo.

Con respecto al instrumento de resiliencia, se expone una comparación entre los resultados de la aplicación inicial y la posterior a la intervención, dando como resultado lo plasmado en la

Tabla 6.

Tabla 6

*Resultados obtenidos de cada factor del instrumento de resiliencia por cada sujeto antes (pre) y después (post) de la intervención*

Sujetos	FP Interno (pre)	FP Interno (post)	FP Externo (pre)	FP Externo (post)	Empatía (pre)	Empatía (post)
Sujeto 1	3.16	3.60	4.00	4.10	3.00	3.14
Sujeto 2	2.08	3.80	2.18	4.36	2.85	3.70
Sujeto 3	2.50	4.58	2.27	4.72	2.14	4.43

Por lo tanto, se puede observar que en todos los casos y en los 3 factores que mide el instrumento se dio un incremento en el nivel de resiliencia, y en mayor medida en el sujeto 3. Así mismo, como parte del contraste de los resultados del mismo instrumento de resiliencia se puede obtener un nivel de resiliencia general, cuya comparación antes y después de la intervención se expresa en la Tabla 7.

Tabla 7

*Resultados generales del nivel de resiliencia obtenido del instrumento, expresados por cada sujeto antes (pre) y después (post) de la intervención*

Sujetos	General (pre)		General (post)	
	Puntaje	Interpretación	Puntaje	Interpretación
Sujeto 1	3.39	Arriba de la media	3.61	Arriba de la media
Sujeto 2	2.37	Debajo de la media	3.95	Arriba de la media
Sujeto 3	1.91	Debajo de la media	4.58	Arriba de la media

Por lo anterior, si se analiza cada factor por separado como en el resultado del nivel de resiliencia general, se puede observar que el resultado en todos los casos es un incremento,



moviéndose dentro del mismo rango en el sujeto 1 (arriba de la media), moviéndose de debajo de la media a por encima de la media en el sujeto 2, y finalmente en el sujeto 3 mostrándose un gran incremento en su puntaje, yendo también desde el rango por debajo de la media hasta el rango por encima de la media.

Por otra parte, en los resultados obtenidos en el postest de la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”, se puede comparar lo expresado por los sujetos antes de la intervención con su asociación de ideas resilientes después del proceso terapéutico, como lo expresa la siguiente Tabla.

Tabla 8

*Resultados obtenidos de la técnica de redes semánticas aplicada a los factores de resiliencia “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, “yo tengo”, antes (pre) y después (post) de la intervención*

Factor resiliente	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
Yo soy (pre)	Feliz, capaz de aprender del problema, tímido, creativo, serio.	Tranquilo, tímido, extraño, penoso, llorón.	Preocupado, pendiente, miedoso, tímido, tranquilo
Yo soy (post)	Amigable, feliz, inteligente, fastidioso, bueno.	Valiente, tonto, enojado, inútil, malo.	Inteligente, no me preocupo, entusiasmado, relajado, positivo.
Yo estoy (pre)	Pensando, escondido, castigado, huyendo, pidiendo perdón.	Llorando, pegando, gritando, triste, aburrido.	Enojado, triste, preocupado, impaciente, desesperado.
Yo estoy (post)	Normal, alegre, triste, tranquilo, pensando.	Gritando, pateando, pegando, llorando, pensando cómo resolverlo.	Calmado, pensativo cómo resolverlo, nervioso, triste, enojado.
Yo puedo (pre)	Resolverlo, aceptarlo, pedir ayuda, alejarme, dejarlo.	Reír, llorar, gritar, patear, hincarme y pedir a Dios ayuda.	Solucionarlo, hacer nada, hacerlo más grande, dejarlo así, hacer lo que digan.
Yo puedo (post)	Resolverlo, enfrentarlo, aceptarlo, seguir, irme.	Reír, estar feliz, sonreír, decirlo a alguien, hablar a una persona.	Decir mis opiniones, hablar, escuchar, esperar, ser calmado.
Yo tengo (pre)	Ganas de terminar, pagar consecuencias,	Peluches que abrazar, amigos, que	Miedo, preocupación,

	pensar de otra forma, fe, miedo.	controlarme, pedir ayuda, correr.	problemas, desesperancia, desesperanza.
Yo tengo (post)	Confianza, temor, estrés, desesperación, enojo.	Miedo, risa, sueño, que resolverlo, quien me ayude.	Ayuda, sueño, paciencia, amigos que me ayudan, que encontrar la solución.

De las asociaciones y significados que los sujetos otorgan a los factores resilientes “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo” y “yo tengo” se pueden observar afirmaciones más positivas en el posttest a comparación que en el pretest, sobre todo en las áreas relacionadas con la fortaleza interna (“yo soy” y “yo estoy”) y la percepción de habilidades (“yo puedo”).

Así mismo, en el post test de las técnicas proyectivas del Dibujo de la Figura Humana, el Test de la Familia y el Test de Frases Incompletas, se encuentran los resultados que se muestran a continuación.

Tabla 9

*Resultados obtenidos por sujeto en el posttest del Dibujo de la Figura Humana, Test de la Familia y Test de Frases Incompletas*

Sujeto	Interpretación de resultados por sujeto
Sujeto 1	Presenta necesidad de afecto y pertenencia, así como de disfrute, autonomía y de sentir logro, teniendo muchos deseos de ser productivo (adecuado a su etapa de desarrollo), siendo inclusive algo egocentrista y ambicioso en las expectativas que tiene de sí mismo y visualizándose alcanzándolas, pero al mismo tiempo temiendo al fracaso. Persisten rasgos de agresión contenida y desconfianza inicial en las relaciones sociales, sensibilidad a la crítica, encontrándose también datos que señalan un autoconcepto de regular a bueno. Así mismo, se percibe con cualidades que valora como son la honestidad, perseverancia, proactividad y siendo capaz de salir adelante a pesar de las adversidades.
Sujeto 2	Presenta mucha necesidad de afirmar su identidad, de pertenecer y sentirse querido por una familia. Por lo tanto, se encuentran datos de dependencia e inseguridad, necesitando fortalecer más su autoestima y autoconcepto, haciéndole falta sentir más sus recursos internos. Tiene buena autoconciencia de error y percibe sus limitaciones y dificultades, no obstante sabe que “sirve para algo” y puede salir adelante, teniendo una visión positiva de su futuro y se visualiza como una persona resiliente, y a futuro ayudando a

---

	los demás y disfrutándolo. Tiene también necesidad de sentir logro y de ser productivo, así como preocupación y curiosidad por la sexualidad (adecuado a su etapa de desarrollo).
Sujeto 3	Presenta un autoconcepto de regular a bueno y tiene una visión positiva de su futuro. Percibe sus cualidades y habilidades, logra auto-regularse en sus impulsos agresivos, aprender de sus errores y tiene buena capacidad de disfrute. Siente que aunque las cosas no sean fáciles actualmente logrará, a base de esfuerzo, sobrellevar las adversidades y ser feliz, sin embargo necesita sentir que tiene a su alrededor personas que lo quieren y con las que puede contar si lo necesita y que lo protegerían en caso de ser necesario. Así mismo, presenta mucho interés por el sexo opuesto (adecuado a su etapa de desarrollo). Se encuentran datos que indican que requiere trabajar más en el manejo de su nerviosismo y ansiedad.

---

De todo lo anterior se puede inferir que las pruebas e instrumentos psicológicos aplicados corroboran los cambios positivos observados en los adolescentes, aunado a sus propios relatos de percepción de mejora, siendo capaces por ejemplo ya de auto-regular mejor sus emociones, en especial la ira, mejorar en sus habilidades sociales evitando pleitos y discusiones que antes eran muy frecuentes y respondiendo a las provocaciones de los compañeros empelando un tipo de lenguaje y comunicación más asertiva, reconociendo para qué son buenos (sus habilidades) y cualidades de personalidad, y sobre todo que son valiosos, que pueden ser útiles y que cuentan los unos con los otros y con otras personas a su alrededor que los aprecian.

Para ilustrar mejor lo anterior, se añaden en la sección de apéndices del presente trabajo algunos de los productos realizados en las sesiones.

## Capítulo 5. Discusión

### 5.1 Relación entre intervención y cambios observados

A través de la realización de la presente investigación, en la que se propone la psicoterapia Gestalt como una alternativa para el fortalecimiento de la capacidad de resiliencia en adolescentes institucionalizados se puede constatar que este tipo de psicoterapia resulta efectiva para los 3 sujetos implicados en la misma, observándose mejorías en varias áreas de su vida emocional y relacional, y específicamente a través de los instrumentos psicológicos aplicados y de la intervención, así como del relato directo de los propios jóvenes. Se comprueban avances en aspectos determinantes para su salud emocional, entre los que se pueden mencionar una mejor auto-valoración, auto-estima y auto-concepto con reconocimiento de sus cualidades y auto-conciencia de error, mejoras en la expresión y auto-regulación emocional, en su capacidad empática, en su capacidad de reflexión y de contacto consigo mismos y por ende con los que los rodean, redundando lo anterior, en un yo fortalecido que conlleva a una mejor capacidad de resiliencia y que incluye una perspectiva personal positiva y esperanzadora de su propio futuro, lo que los lleva a ser capaces de vislumbrar y plantearse metas y proyectos de vida, siendo éste un aspecto positivo y adecuado para la etapa de desarrollo que transitan.

Por lo tanto, se puede concluir que en términos generales se dio cumplimiento cabal al objetivo general del presente estudio que enuncia como finalidad favorecer la capacidad de resiliencia en adolescentes institucionalizados, a través de intervenciones psicoterapéuticas individuales, empleando la metodología de terapia de juego con enfoque Gestalt. La afirmación anterior se sustenta con la comparación de los resultados de los pre y post tests y de igual forma al hacer esta comparación se cumplen con los objetivos específicos 1 y 2 de la investigación, que

buscan identificar los niveles de resiliencia en los adolescentes antes y después de la intervención psicoterapéutica, respectivamente.

Así mismo, de los resultados obtenidos por factor del instrumento de resiliencia (factores protectores internos, factores protectores externos y empatía) se pueden encontrar avances en todos los casos y en todos los factores medidos, siendo éstos menos significativos cuantitativa y cualitativamente en el caso del sujeto 1; significativos en el sujeto 2 y altamente significativos en el sujeto 3.

En el caso del sujeto 1, se registra un mayor avance en los factores protectores internos, que en los factores protectores externos y el factor empatía, en donde aunque sí se registra un aumento, éste es mínimo. Recordando que los factores protectores internos hacen referencia a, como se había mencionado anteriormente, atributos personales de estima y buen autoconcepto, seguridad, confianza en sí mismo, asertividad y facilidad para comunicarse, así como autorregulación de habilidades, entre otras, los resultados obtenidos en el sujeto 1 en este factor son congruentes con lo observado hacia el final del proceso psicoterapéutico y lo referido por el propio sujeto, pues si bien se observan también a través de las pruebas complementarias aplicadas y entrevistas finales mejorías en él en la propia percepción de sus atributos personales, no hubo gran mejora con respecto a la desconfianza en las relaciones sociales y por ende en su capacidad empática.

Por el contrario, en los sujetos 2 y 3, aunque se registraron aumentos en todos los factores, el más significativo para ambos casos fue el de los factores protectores externos, que recordando lo mencionado previamente, se refiere a la percepción de condiciones del medio que actúan a manera de soporte social o red de apoyo, disminuyendo la posibilidad de daños para la persona,

como en este caso puede ser el contar con el apoyo de un adulto significativo o familia extendida.

Así mismo, específicamente en el caso del sujeto 2, en segundo lugar después de los factores protectores externos, se registra un mayor aumento en los factores protectores internos y por último en el factor empatía, lo cual también es consistente con los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas complementarias aplicadas, así como en las entrevistas e interacciones finales, pues en especial a este sujeto se le dificultaba mucho reconocer sus cualidades y sentirse valioso o útil, así como aceptar cumplidos sin pensar que estos no fueran en sentido irónico hacia su persona, y hacia la mitad de la intervención psicoterapéutica se observa que él mismo ya expresaba abiertamente sus cualidades y había descubierto con alegría aspectos de su personalidad que le favorecen y algunos otros que quisiera trabajar, siendo también consciente de sus áreas de oportunidad y mejorando mucho en la actitud defensiva con la que conducía con sus compañeros y en general, transformándola por un estilo de comunicación más asertivo, manejando también el sentido del humor como un recurso personal.

Por su parte el sujeto 3, que como ya se ha mencionado coincide con el sujeto 2 en que su aumento más significativo fue en los factores protectores externos, obtiene en segundo término un mayor aumento en el factor empatía y por último, aunque también bastante significativo en los factores protectores internos. Recordando que como se expresa con anterioridad, el factor empatía se relaciona con el hecho de hacer frente a una experiencia traumática y propicia en las personas sentimientos de compasión hacia el sufrimiento de otras personas promoviendo conductas altruistas, se infiere que estos resultados son válidos al contrastarlos con las observaciones, pruebas psicológicas y entrevistas finales con el sujeto 3, ya que hubo una evolución en varios aspectos, como por ejemplo, en cuanto al estilo de relación interpersonal

que establecía con sus compañeros, siendo que inicialmente promovía y parecía disfrutar que lo agredieran, expresando en las sesiones que no sabía por qué lo hacía pero que lo hacía sentir bien y divertía, y al término de la intervención ya podía expresar que dicho estilo de relación había cambiado a una relación sin agresión física. Así mismo, se pudo observar que en cuanto a su capacidad de introspección y de apropiarse de los recursos generados a través de la terapia, se obtuvieron grandes avances dado que desde sesiones de la fase intermedia el sujeto 3 ya era capaz de contactar con sus emociones, usar pensamiento abstracto, emplear y trasladar a otras áreas de su vida fuera de la terapia lo aprehendido en ella y él mismo lo expresaba sesión tras sesión, hipotetizándose que en este caso el contar con un adecuado nivel intelectual, a diferencia de los otros sujetos, fue un factor que favoreció la mejor asimilación de la terapia.

El análisis y discusión previamente expuesto implica la identificación de los factores de protección internos y características individuales de los sujetos que contribuye a su capacidad de resiliencia, lo cual responde al objetivo específico 3 de la presente investigación.

Resulta interesante detenerse a analizar también cómo la presencia de ciertas características individuales de los sujetos de investigación contribuyen a un mejor resultado en cuanto a su nivel de resiliencia obtenido después de la intervención psicoterapéutica con enfoque Gestalt, y contrastar dichas características con las de aquellos que no obtuvieron tanto aumento, tal y como lo enuncia el objetivo específico 4 de la investigación, pues ello puede ayudar a establecer nuevas teorías y corroborar algunas pre-existentes con respecto al tema de la resiliencia.

Al realizar dicho análisis se encuentra que el presente estudio corrobora de forma parcial lo expresado por algunos estudiosos del tema de la resiliencia que refieren que una adecuada capacidad intelectual puede ser considerada como un factor protector y por lo tanto favorecer una mejor resiliencia, lo cual se observa claramente en el caso del sujeto 3, quien obtuvo el

aumento más significativo en su nivel de resiliencia; sin embargo, dicho postulado se pone a discusión si analizamos el caso de los sujetos 1 y 2, quienes poseen una capacidad intelectual por debajo del promedio pero diferente grado de aumento en sus niveles de resiliencia general, siendo mínimos en el sujeto 1 y significativos en el sujeto 2, por lo que se puede inferir que aunque la capacidad intelectual sí puede actuar como un factor protector para el fortalecimiento de la resiliencia, no existe una relación directa entre ambas, es decir que, la adecuada capacidad intelectual no es un requisito para un mejor nivel de resiliencia.

Así mismo, otra característica individual que comparten los sujetos 2 y 3 a diferencia del sujeto 1, es que como resultado de la intervención psicoterapéutica con enfoque Gestalt, ambos mejoraron en cuanto a sus estilos de relación interpersonal, sobre todo en términos de la confianza en los que los rodean, la capacidad para establecer amistades y de confiar en las personas, característica que se presenta en menor grado en el caso del sujeto 1.

Otras característica que distingue a los sujetos 2 y 3 del 1, es la asistencia más gustosa a las sesiones de psicoterapia, que ambos emplean como recurso personal el sentido del humor, que ambos reconocen desear sentirse queridos por otros, pertenecer, y disfrutar la convivencia con los demás (en lo cual también puede estar influyendo la edad de los sujetos 2 y 3 que se ubica en una adolescencia inicial a diferencia de la del sujeto 1 que se ubica en una adolescencia intermedia) y una visión más positiva y menos temerosa de su futuro.

## **5.2 Comparación de cambios observados con la literatura de sustento**

La presente investigación se sustenta en literatura con respecto a 3 conceptos básicos y su interrelación: resiliencia, adolescentes institucionalizados y psicoterapia de juego Gestalt, siendo también una manera de contribuir a aumentar la investigación con respecto a la resiliencia con



adolescentes en ambientes de marginación y pobreza, que como lo expresa Barcelata (2015) en México, es escasa.

Con respecto a la resiliencia, se ha demostrado que así como a algunas personas el hecho de crecer en condiciones de riesgo y desfavorables los daña y frustra su desarrollo, existe una capacidad en las personas que los ayuda a sobrellevar las adversidades, y a desarrollar capacidades que tal vez no hubieran desarrollado en condiciones favorables, emergiendo inclusive de ellas como personas más fuertes (Puerta, 2002). Esta capacidad ha sido denominada resiliencia y es posible trabajar para fortalecerla, como lo demuestra la presente investigación en la que se comprueba que es posible fortalecer la capacidad de resiliencia en adolescentes, a pesar de las dificultades a las que se han enfrentado a lo largo de su vida y a su condición actual de institucionalización.

Es entonces, y de acuerdo con lo señalado por Barudy y Dantagnan (2007) quienes postulan que algunas personas resisten mejor que otras las adversidades de la vida, y que esa capacidad de resiliencia en lo general no ha sido tomada en cuenta al organizar intervenciones psicoterapéuticas, que se considera dicha premisa fundamental para la realización de la presente investigación aplicada.

Así mismo, la gran mayoría de la literatura encontrada con respecto a la resiliencia señala como componentes fundamentales los factores protectores internos y externos, siendo una de sus principales exponentes Henderson Grotberg quien desde 1995 elaboró el Modelo de Verbalizaciones Resilientes, el cual es específico para el trabajo de la resiliencia con niños y adolescentes ya que basándose en dicho modelo, se puede entender cómo las atribuciones que acompañan a las verbalizaciones “yo soy”, “yo estoy” y “yo puedo” se relacionan con factores

protectores internos, mientras que las verbalizaciones que acompañan a la expresión “yo tengo” se refieren a factores protectores externos (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Tomando en cuenta lo anterior, y de acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación con la técnica de redes semánticas y basándose en el modelo propuesto, se puede encontrar que después de la intervención los sujetos participantes atribuyeron verbalizaciones más positivas con respecto a los factores protectores internos, y en el caso del sujeto 3 (quien como ya se mencionó, obtuvo un aumento más significativo en su nivel de resiliencia general), se registra además una gran diferencia en el postest en cuanto a las atribuciones positivas para los factores protectores externos, siendo este resultado consistente con los resultados de la aplicación del postest del instrumento de resiliencia y las pruebas psicológicas complementarias (ver Tabla 7).

De acuerdo con Fernández-Daza y Fernández-Parra (2012) quienes demuestran a través de su investigación lo imperativo y necesario que es trabajar y atender de manera especial a la población de jóvenes institucionalizados, pues éstos tienden a tener menores competencias psicosociales y académicas, así como más problemas de comportamiento que aquellos que conviven con sus padres, se propone llevar a cabo la presente intervención diseñada desde el enfoque de psicoterapia de juego Gestalt, incluyendo también, dadas las necesidades del caso, técnicas de corte narrativo y cognitivo-conductuales. Los resultados encontrados en este trabajo nos llevan a comprobar lo que señala Esquivel Ancona (2010) en relación al impacto de la Gestalt sobre todo en la dimensión socio-afectiva de la persona y se corroboró también cómo dichas técnicas favorecieron en los adolescentes la mejor expresión de sentimientos ya que, como es característico en la psicoterapia de juego Gestalt, se usaron materiales menos estructurados que permitieron observar en los jóvenes desde la fase intermedia de la intervención, una mejor capacidad de introspección así como en la expresión verbal y escrita,

lo que se favoreció también por el uso de técnicas narrativas y de imaginación. Así mismo, otra manera en la que el enfoque Gestalt enriqueció el proceso psicoterapéutico y por ende a los propios adolescentes fue a través del uso de técnicas vivenciales las cuales permitían a los jóvenes que no solo se quedaran con un avance a nivel de verbalización y racionalización sino aplicarlo a su persona y vivenciarlo a través del juego, de manera tal que les resultara significativo y lo pudieran emplear en varias áreas de su vida, tal y como lo expresan y se constata hacia el final del proceso.

Se considera también que, como señala también Esquivel Ancona (2010), el hecho de que la psicoterapia de juego Gestalt anteponga la espontaneidad al control, que transmita que está permitido sentir aunque esto no implique la evitación de lo molesto y doloroso, y principalmente que favorezca la propia aceptación, inclusive con sus polaridades, contribuyó en este caso enormemente al éxito de la intervención, y a comprobar la efectividad de la misma para el fortalecimiento de la resiliencia.

### **5.3 Sugerencias y conclusiones**

La institucionalización de niños y adolescentes en la región de América Latina es vista como una respuesta o solución ante la situación de pobreza extrema que se vive en varios países de la zona, así como ante las situaciones de maltrato, negligencia o abandono familiar. En México y en nuestro Estado, la institucionalización constituye una realidad social a la que muchos permanecemos ajenos y no estamos conscientes de que es tal la cantidad de niños y adolescentes que se encuentran en esta situación, que el Estado no se da abasto y requiere de apoyarse en instituciones no gubernamentales para establecer acuerdos de cooperación, como es el caso del albergue en el que se realizó el presente estudio.

A raíz de la investigación bibliográfica realizada, se encontró que la tendencia actual en países más desarrollados que el nuestro, es erradicar la institucionalización y en vez de ello trabajar directamente con las familias, lo cual hace mucha falta en nuestro país, ya que la prolongada permanencia de los niños en los centros de internación, teniendo la mayoría familiares, constituye un indicador importante de esta situación.

Así mismo y mientras se continúe contando con la institucionalización es recomendable que a la par se realice una mayor promoción de la cultura de la adopción y al mismo tiempo, contar con el personal capacitado para evaluar adecuadamente y dar seguimiento a los padres que quieren adoptar para agilizar este proceso desde la infancia, ya que una vez alcanzada la etapa de la adolescencia es más difícil que sean adoptados, por lo que también valdría la pena la promoción de la cultura de la adopción, aún cuando el sujeto a adoptar sea un adolescente, así como brindar orientación y apoyo a las familias adoptivas una vez realizada la adopción.

Sin embargo, como nuestro país y Estado no se encuentran aún en esa posición, lo que corresponde es trabajar directamente con los niños y jóvenes institucionalizados, y se concluye que un trabajo psicoterapéutico individual con esta población no solo resulta benéfico sino indispensable, e inclusive puede verse como una “inversión a futuro”, ya que ante la posibilidad de que las condiciones de vida de estos niños y jóvenes no cambien, es decir, permanezcan institucionalizados hasta alcanzar su mayoría de edad, en un futuro, cuando se integren de manera activa a la sociedad y al mundo laboral, si no se les han brindado las herramientas que favorezcan su salud mental, muy probablemente nos estemos enfrentando a adultos con posibles perturbaciones emocionales y/o que presenten conductas disruptivas que no contribuyan a la construcción de una mejor sociedad y por lo tanto, un mejor mundo en el cual vivir.

Lo anterior nos lleva a sugerir que, mientras nuestro país evoluciona y consigue emplear medidas alternativas a la institucionalización, es muy importante crear conciencia y hacer un llamado a la sociedad civil, apelando a su solidaridad y capacidad empática, para promover el acercamiento a los albergues e instituciones similares, de manera tal que en primer lugar se conozca más de su existencia y en segundo lugar, y en la medida de las posibilidades de cada quien, poner al servicio de estas instituciones los propios talentos que puedan contribuir a un mejor desarrollo de las potencialidades de los niños y jóvenes que ahí viven, ya que por lo regular se encuentran en una situación carencial, tanto en la satisfacción de necesidades básicas como de necesidades emocionales, y es en este último aspecto en donde los profesionales de la salud mental podemos contribuir, poniéndonos al servicio comprometido de este tipo de instituciones.

En el caso de las instituciones de asistencia privada como el albergue en el que se realizó la presente investigación, se considera esencial que se cuente con un apoyo psicológico permanente e individualizado, atendiendo a las necesidades muy particulares de cada uno de los jóvenes, como lo buscó hacer la presente intervención psicoterapéutica. De acuerdo a lo anterior, se sugiere contar con personal que continúe el trabajo iniciado, ya que se pudieron constatar avances significativos, en este caso, en términos de la capacidad de resiliencia de los jóvenes que participaron en el estudio, pero se reconoce que aún queda trabajo por hacer tanto en éste como en otros aspectos. Sobre esta misma línea, si se llegara a lograr contar con apoyo psicológico de planta en el albergue, se considera que es importante gestionar ante la PRODEMEFA que ante la posibilidad de un proceso de adopción para alguno de los adolescentes, los psicólogos del albergue tengan también oportunidad de entrevistarse con los futuros padres e inclusive trabajar en sesiones conjuntas con el adolescente y ellos, pues

actualmente son únicamente el personal de psicología de la Procuraduría quienes realizan dichas entrevistas y la realidad es que dicho personal tiene un contacto directo muy escaso con los adolescentes, por lo que para beneficio tanto del Estado, como de los padres y de los adolescentes sería trascendental que se incluyera en el proceso a los psicólogos del albergue, que son quienes tienen un mayor conocimiento de los jóvenes.

Otro aspecto que se considera de suma relevancia y en donde hay cabida para futuras líneas de investigación e intervención, es que los cuidadores y personal que labora en estas instituciones sea adecuadamente seleccionado, preparado y capacitado, pues ellos se convierten en la red de apoyo de adultos significativos con los que estos jóvenes cuentan y por lo tanto es de suma importancia que sean sensibles a sus necesidades emocionales, sepan darles respuesta y relacionarse adecuadamente con ellos, ya que fungen como modelos.

Como parte de la experiencia vivida a través del contacto con el albergue, se constata que un número considerable de jóvenes al cumplir los 18 años de edad y no haber sido adoptados ya ni siquiera tienen cabida en estas instituciones ni protección del Estado, pues ya son considerados ante la ley como mayores de edad, por lo que se encuentra en este sentido una gran área de oportunidad para el Estado y para la sociedad, ya que mientras siga existiendo la institucionalización de niños y adolescentes, tenemos la responsabilidad conjunta de vislumbrar la posibilidad de que se conviertan en adultos cuyas familias nunca reestablezcan el contacto con ellos ni cuenten con una familia adoptiva para apoyarlos, por lo que se considera que existe en esta aspecto mucho por hacer, por una parte en la creación de nuevas líneas de investigación al respecto y sobre todo trabajar para la creación de proyectos que brinden apoyo a estos adultos, que vivieron toda su niñez y adolescencia institucionalizados.

También, se sugiere que en albergues de adolescentes como en los que se realizó el presente estudio, se fomente el aprendizaje de algún oficio especializado aparte del aprendizaje escolar tradicional, ya que esto redundaría en muchos beneficios para los jóvenes, pues por una parte contarían con una herramienta más para salir adelante en la vida en caso de no ser adoptados y tener que valerse por sí mismos, y al mismo tiempo se considera que contribuiría en el fortalecimiento de su autoestima y autoconcepto al sentir que pueden ser útiles y productivos.

Finalmente y como limitaciones principales del presente estudio se encuentran en primer lugar que dada la situación de institucionalización y la etapa de desarrollo de los sujetos, es común que quieran escaparse, como sucedió con el sujeto 4, quien se escapa de la institución por tercera ocasión y ya no concluye el proceso de intervención psicoterapéutica.

Otra de las limitaciones a las que hubo que enfrentarse es que debido a que la institución en la que se trabajó se sostiene con donativos y voluntariado, muchos estudiantes tanto de licenciatura como de bachillerato buscan hacer sus prácticas en el albergue, sin proporcionar una retroalimentación adecuada, y en algunos casos, sin cuidar la ética profesional o el vínculo afectivo que se pudo haber establecido con ellos, lo cual implica un perjuicio para los jóvenes perpetuando su esquema de abandono. Lo anterior creó en los jóvenes un prejuicio en contra de los psicólogos y representó en un inicio una limitante para el presente estudio; lo cual se logró cambiar en base a mucho esfuerzo y trabajo tanto con los jóvenes como con la administración de la institución.

## Referencias Bibliográficas

- Amescua Villela, G. (1997). *La magia de los niños. Psicoterapia Gestalt infantil*. Cuba: Academia.
- Ashby, J. (Mayo de 2015). *Terapia de juego para aumentar la resiliencia en niños*. En F. Gutiérrez (Presidencia), 7° Congreso Internacional en Terapia de Juego de la Asociación Nacional de Terapia de Juego (ANTEJ). Conferencia llevada a cabo en Puebla, México.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ª. Edición). España: Panamericana
- Association for Play Therapy (s.f.). *Play therapy makes a difference*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/?page=PTMakesADifference>
- Ayuntamiento de Mérida (2012). *Plan municipal de desarrollo 2012-2015*. Recuperado de: <http://www.merida.gob.mx/municipio/portal/gobierno/contenido/planmunicipaldesarrollo.html>
- Barcelata Eguiarte, B.E. (2015). *Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia*. México: Manual Moderno
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2007). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. (4ª. Edición). España: Gedisa Editorial
- Cardozo, G. y Aldrete, A.M. (2009). *Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. Psicología desde el Caribe*, Vol., (23), p. 148-182.
- Esquivel Ancona, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno



Fagan, J. y Shepherd, I. (2003). *Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica*. España: Amorrortu

Fernández Daza, M. P., y Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, Vol. 12(3), p. 1-31.

Fernández Rodríguez, L. (2014). *Juego psicoterapéutico y desarrollo emocional*. México: Pax

Góngora Márquez, M.J. *Resiliencia en niños de padres alcohólicos y su manejo a través de la Terapia de Juego*. Tesis (Maestría en Psicología Aplicada). Yucatán, México, Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología, 2011.

Henderson Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. España: Gedisa

Khanlou, N. y Wray, R. (2014). A whole community approach toward child and youth resilience promotion: a review of resilience literature. *International Journal of Mental Health Addictions*. Vol. 12, p. 64-79. DOI 10.1007/s11469-013-9470-1

Monroy Cortés, B. G. y Palacios Cruz, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, Vol., 34(3), p. 237-246.

Morales Alejandre, M. *Desarrollo de habilidades sociales en menores institucionalizados con problemas de conducta*. Tesis (Maestría en Psicología Aplicada). Yucatán, México, Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología, 2014.

Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños*. Chile: Cuatro Vientos

Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido*. Chile: Cuatro Vientos

Organización de las Naciones Unidas (2007). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización de las Naciones Unidas (2015). *Temas mundiales. Familia*. Recuperado de:

<http://www.un.org/es/globalissues/family/>

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*.

México. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Suiza.

Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Estados Unidos. Recuperado de:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>

Poder Judicial del Estado (2012). *Código de familia y código de procedimientos*

*familiares para el Estado de Yucatán*. Recuperado de: [http://www.tsjyuc.gob.mx/publicaciones/micrositio/pdf/libros/Codigo\\_Familia\\_Procedimientos\\_Familiares.pdf](http://www.tsjyuc.gob.mx/publicaciones/micrositio/pdf/libros/Codigo_Familia_Procedimientos_Familiares.pdf)

Poder Legislativo del Estado de Yucatán (2008). *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes del estado de Yucatán*. Recuperado de: <http://www.educacion.yucatan.gob.mx/multimedia/publi/docpublicaciones/200902174392.pdf>

Puerta, M.P. (2002). *Resiliencia. La estimulación del niño para enfrentar desafíos*. (2ª. Edición).

Argentina: Grupo Editorial Lumen

- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2011). 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. Recuperado de:  
<http://www.relaf.org/Documento.pdf>
- Restrepo-Restrepo, C., Alpi, S. V., y Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, Vol. 18(2), p. 1-18.
- Rocha Arrangoiz, M.F. *Psicoterapia de juego grupal focalizada con enfoque multimodal en niños institucionalizados. Eficacia en estilos atributivos*. Tesis (Maestría en Psicología Aplicada). Yucatán, México, Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología, 2012.
- Salama Penhos, H. (2010). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y Metodología*. (3ª. Edición). Argentina: Alfaomega
- Sanz Rodríguez, L.J., Gómez García de la Pedrosa, M., Almendro Marín, M.T., Rodríguez Campos, C., Izquierdo Nuñez, A.M., y Sánchez de Hoyo, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XXIX, No. 104, p. 501-521.
- Secretaría de Seguridad Pública. (2008). *Planes Locales de Prevención: Marco Metodológico para la Elaboración de Diagnósticos*. Recuperado de: <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/1214200//archivo>
- Secretaría de Seguridad Pública (2010). *Factores familiares que inciden en la conducta disruptiva y violenta de niños, adolescentes y jóvenes*. México. Recuperado de:  
[www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=%2FBEA+Repository%2F1214167%2F%2Farchivo](http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=%2FBEA+Repository%2F1214167%2F%2Farchivo)

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. (2015). *Promoción de buen trato en las familias*. Recuperado de <http://www.dif.yucatan.gob.mx/NinasNinosyAdolescentes.html>

Schaefer, C. (2011). *Fundamentos de terapia de juego*. (2ª. Edición). México: Manual Moderno

Tarín, M. y Navarro, J.J. (2006). *Adolescentes en riesgo. Casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa*. España: CCS

## **Apéndices**

**Apéndice A.****Cuestionario de Resiliencia****CUESTIONARIO DE RESILIENCIA (FUERZA Y SEGURIDAD Y PERSONAL)  
(González Arratia, 2005)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

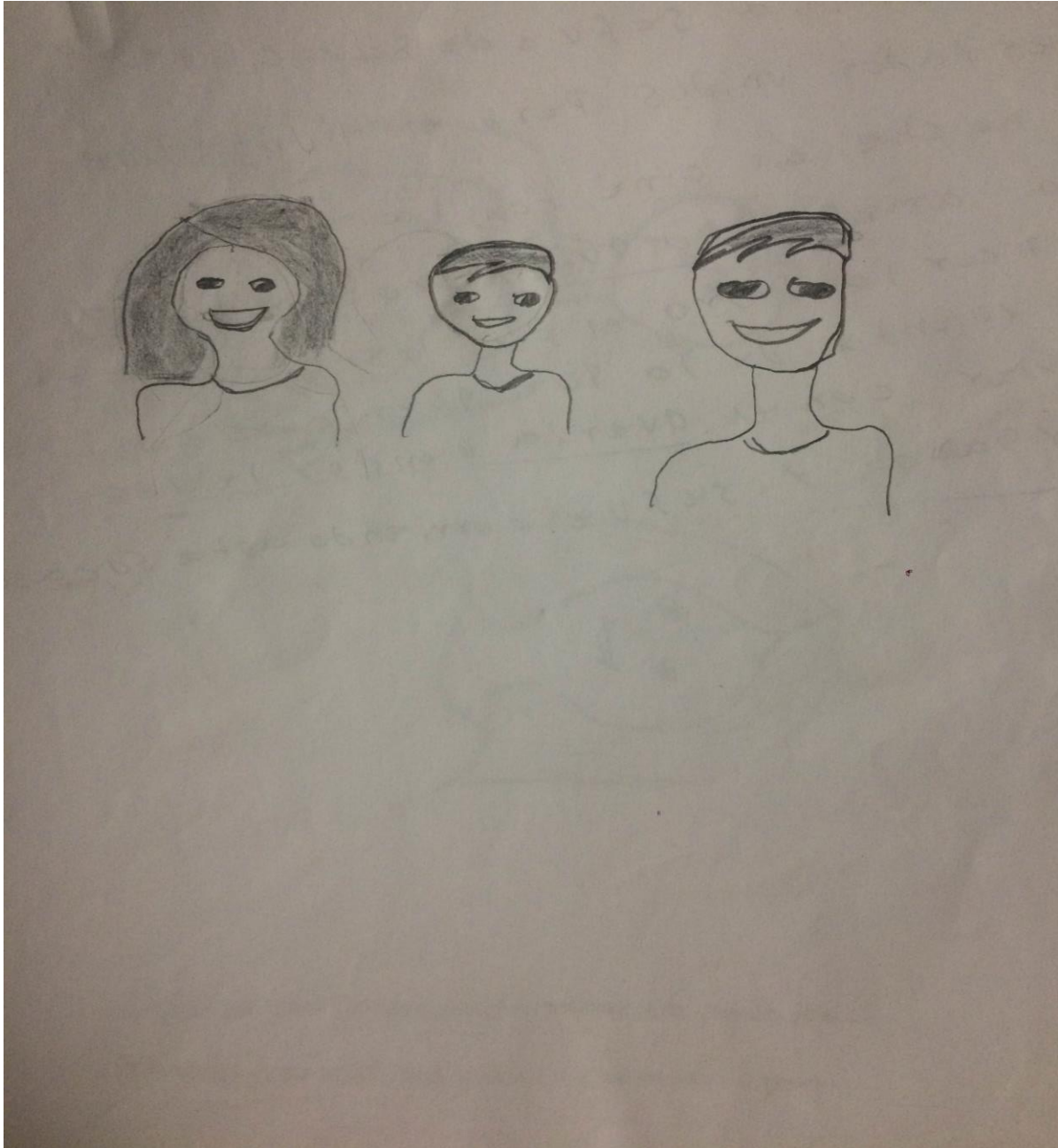
INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (X) el cuadro que más se acerque a lo que tú eres. No hay respuestas correctas e incorrectas, todas sirven. No dejes ninguna pregunta sin contestar y responde con sinceridad.

	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para lo demás.					
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.					
3. Soy agradable con mis familiares.					
4. Soy capaz de hacer lo que quiero.					
5. Confío en mí mismo.					
6. Soy inteligente.					
7. Yo soy servicial y cooperador.					
8. Soy amable.					
9. Me gusta compartir.					
10. Yo tengo personas que me quieren.					
11. Conmigo hay personas que quieren que haga las cosas por mí mismo.					
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.					
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.					
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que haga.					
15. Me gustaría ser el mejor.					
16. Sé lo que quiero hacer en el futuro.					
17. Estoy dispuesto a ser responsable de las consecuencias de lo que hago.					
18. Estoy siempre pensando la forma en solucionar mis problemas.					
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.					
20. Defiendo mis decisiones.					
21. Me siento preparado para resolver mis problemas.					
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás.					
23. Enfrento mis problemas con tranquilidad.					
24. Yo puedo controlar mi vida.					
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.					
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.					
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.					
28. Puedo reconocer para las cosas en las que soy bueno y malo.					
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.					
30. Puedo aprender de mis errores.					

**Apéndice B.**

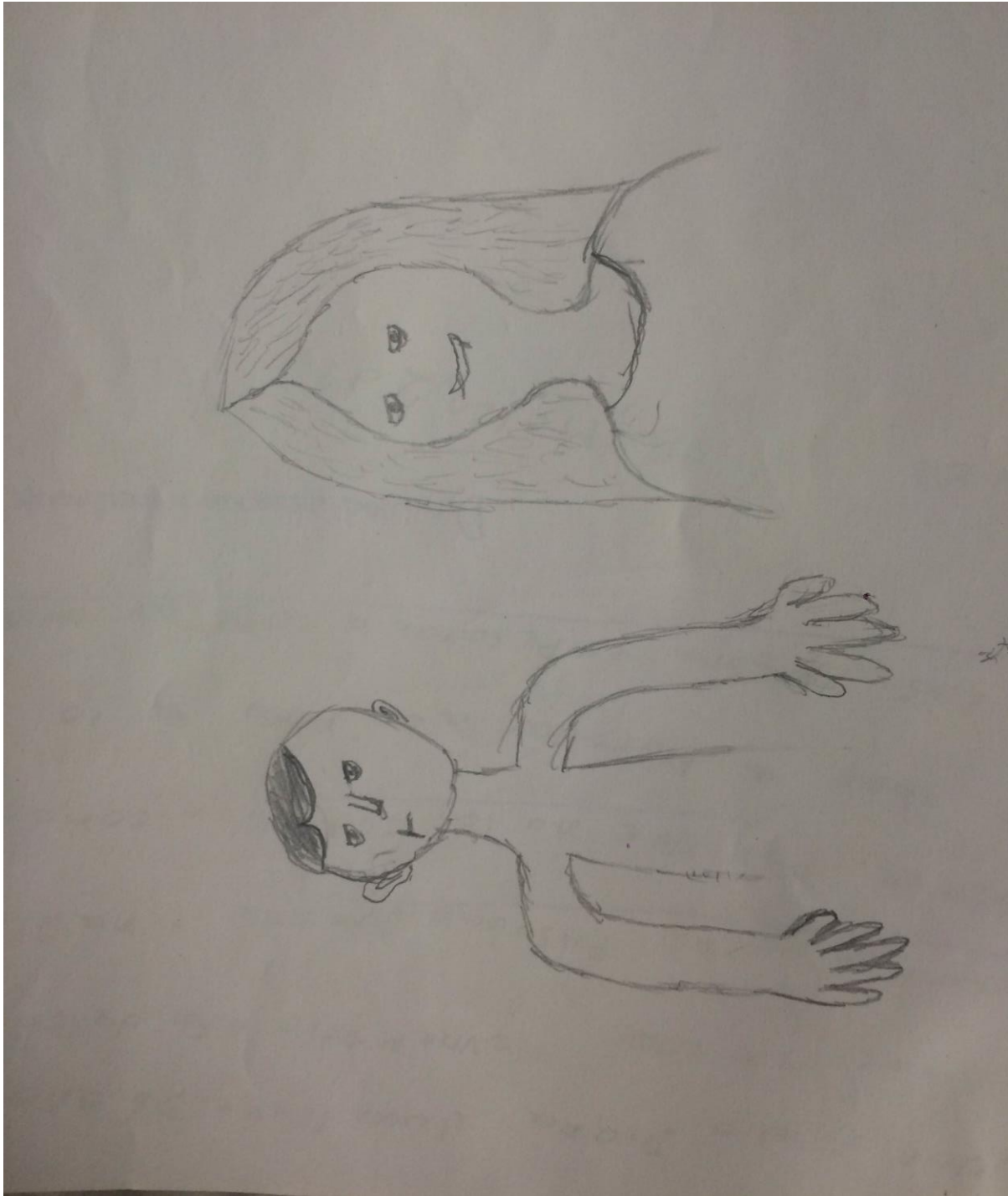
**Evidencias del sujeto 1**

**Pretest Test de la Familia**



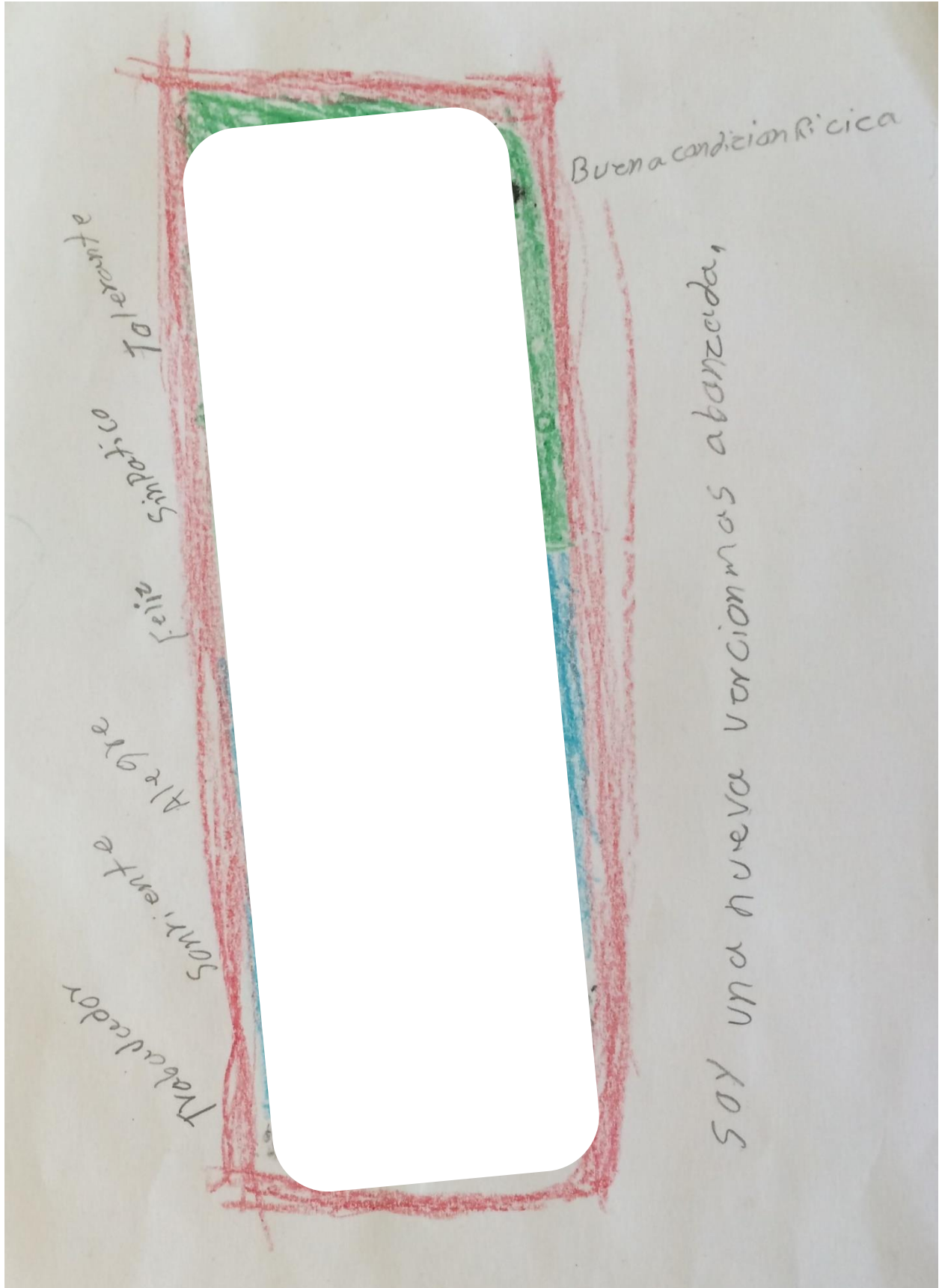
*“Esta familia se fue de vacaciones a los Estados Unidos pero el hijo se fue una noche al cine con la amiga y la amiga lo quiso drogar para matarlo pero él fue astuto que se dio cuenta de lo que quería su amiga hacer con él, quería venderle los órganos y se fue corriendo hasta su casa”.*

**Postest Test de la Familia**



*“Él es Juan y ella Diana. Juan tiene 36 años y Diana tiene 34. Ellos llevan medio año de casados y se divertían mucho. Pasaban juntos y nadie les hablaba porque no los conocían como eran. Un día iban a atropellar a un niño, y Juan lo salvó y pues las personas empezaron a confiar en ellos”.*

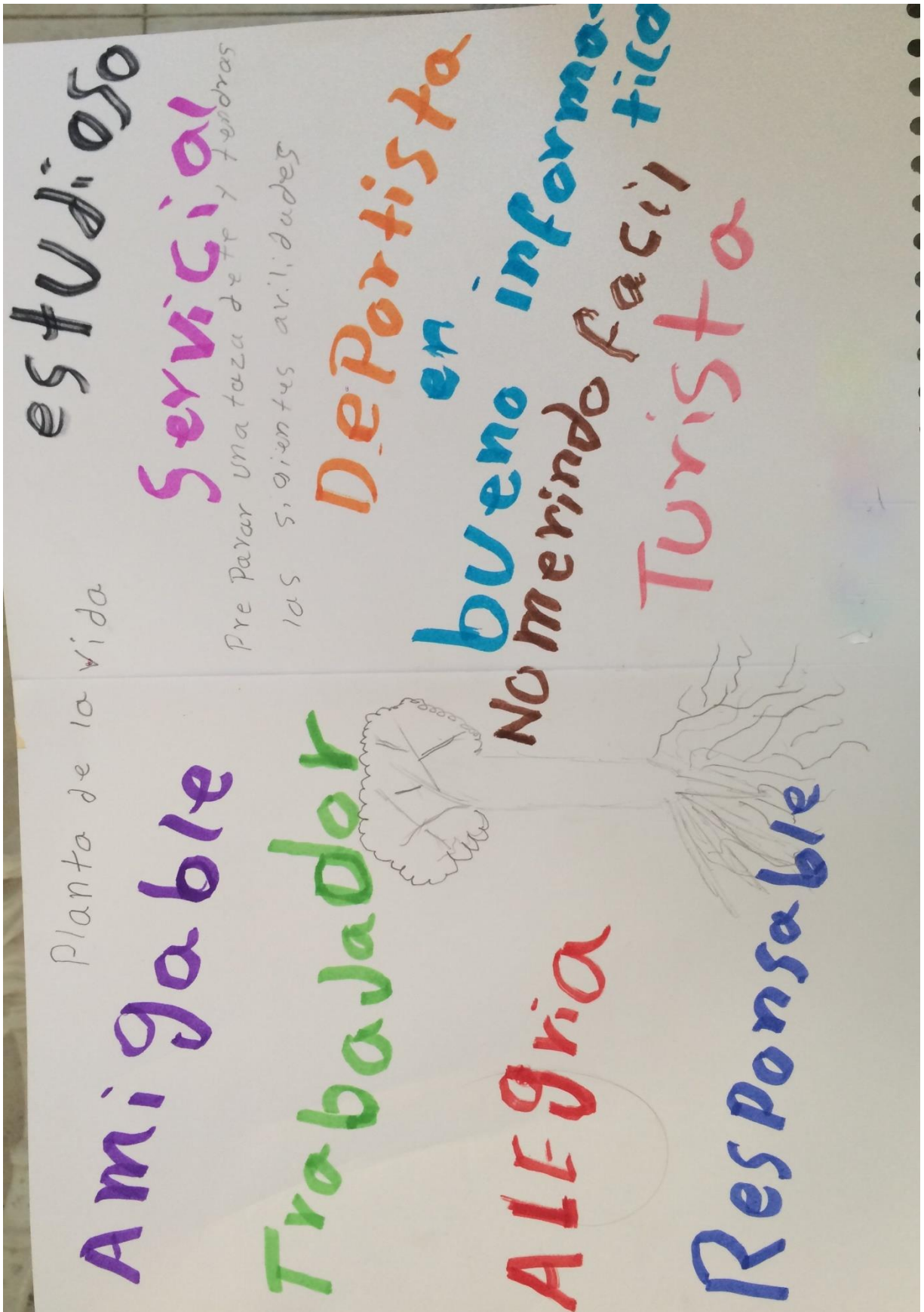




Trabador  
Sonriente  
Alegre  
Feliz  
Simpatico  
Toleante

Buena condicion R'ica

SOY una nueva version mas avanzada,



15, Marzo, 2016

mis sueños

Paciencia

mi amor

Seguridad

mis metas

la amistad

mi trabajo

alegría

mi mente

el control de mis emociones

mi no rendirme

ayudar

mis planes

informática

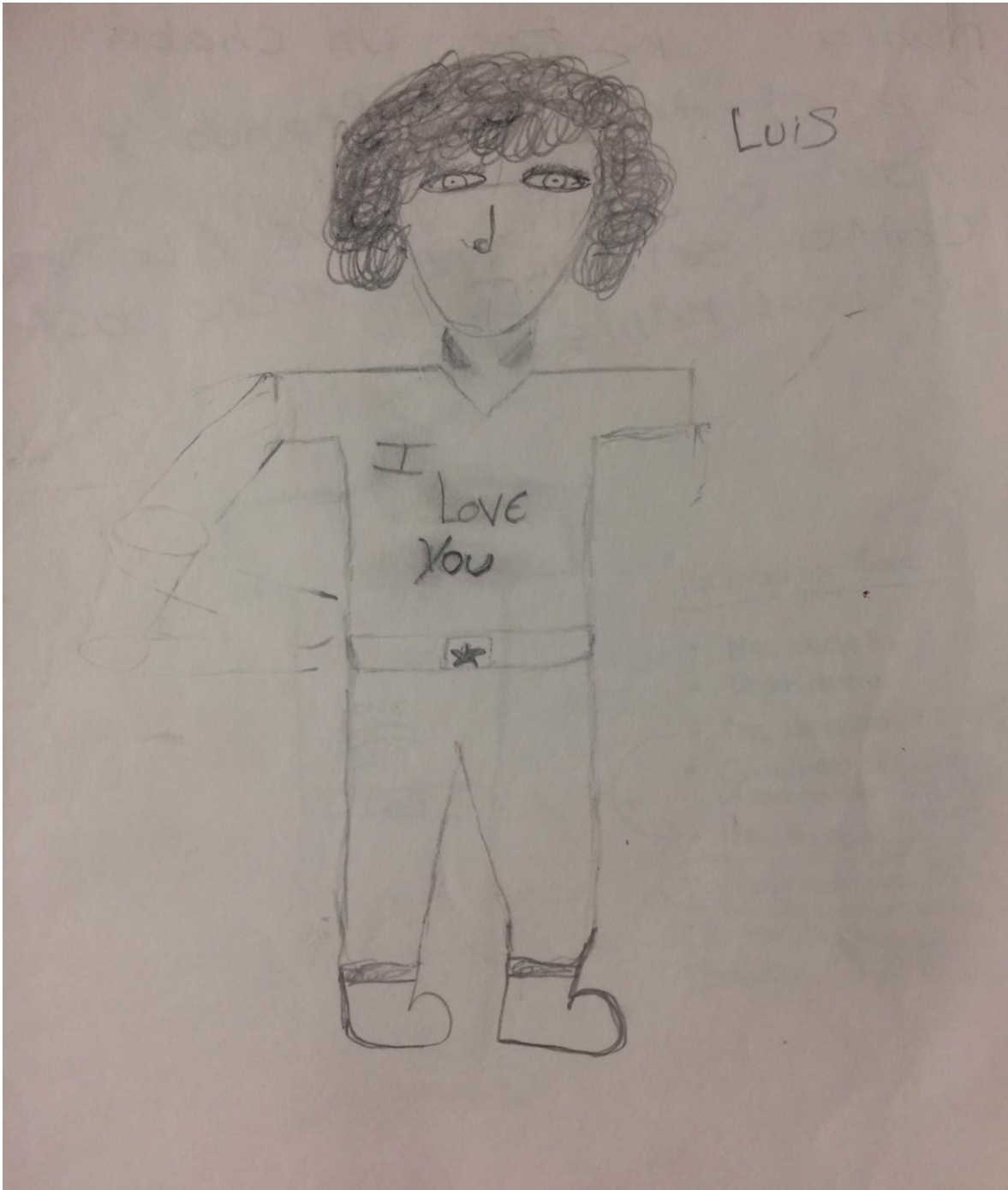
mis estudios y ingles

Responsabilidad

**Apéndice C.**

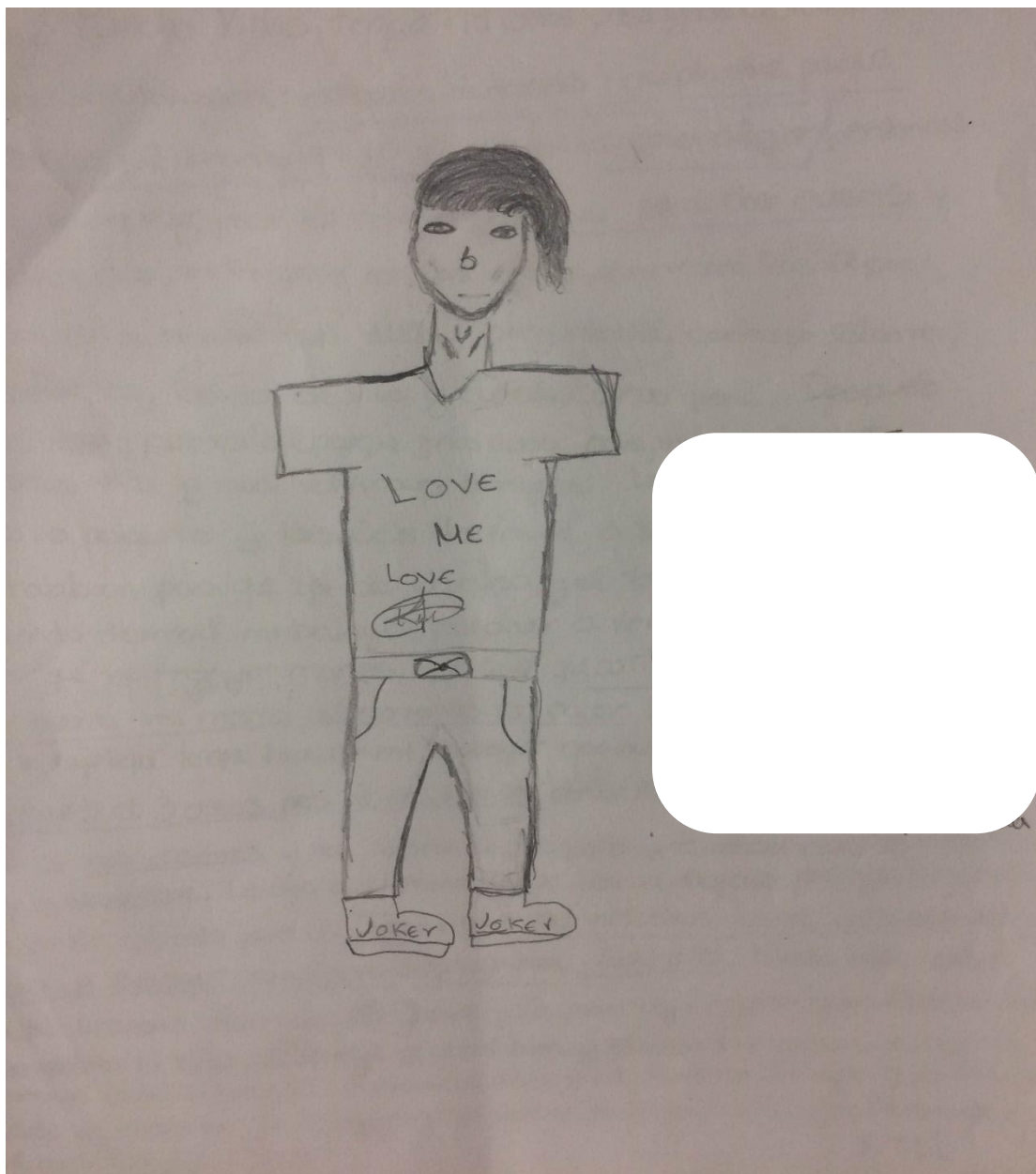
**Evidencias del sujeto 2**

**Pretest Dibujo de la Figura Humana**



*“Él es Luis y había una vez una chava que estaba comprando y fue a comprar y Luis fue y le preguntó cómo se llama: Lisa, mucho gusto, igualmente”.*

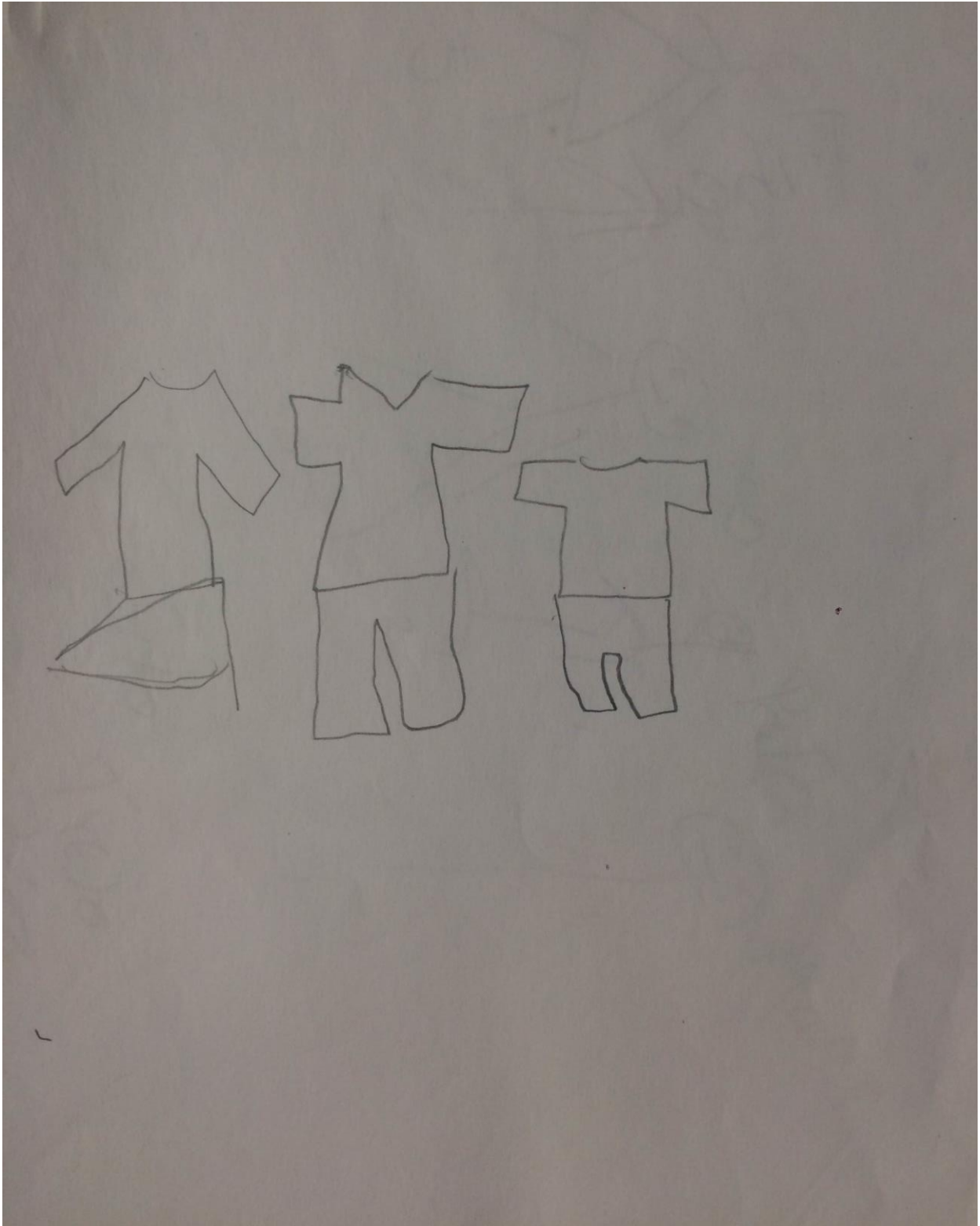
### Postest Dibujo de la Figura Humana



*“Yo soy Pancho Villas, tengo 18 años, estoy estudiando mi carrera militarizada; estaban dudando aceptarme porque no tengo 2 manos pero yo sé que sirvo para algo, entonces me dijeron que sí pasé el examen, que sirvo para dar cursos y fui a mi casa, me encontré una chava, eran como las 2 p.m., me decidí a hablar con ella, preguntarle cómo se llama, de dónde es, en dónde vive y cuántos años tiene. Después de un rato fuimos al parque, nos conocimos, intercambiamos nuestros números y nos volvimos amigos. La fui conociendo poco a poquito y después la invité a salir; días después me hablaron para que yo dé un curso y el primer día me fue bien. Cuando terminé mi trabajo fui a ver a mi amiga y me dijo por qué no tengo manos y le dije que así nació porque tuvo un problema mi mamá al momento de nacer y le invité un helado y le expliqué lo que hice en mi trabajo que me fue bien.*”

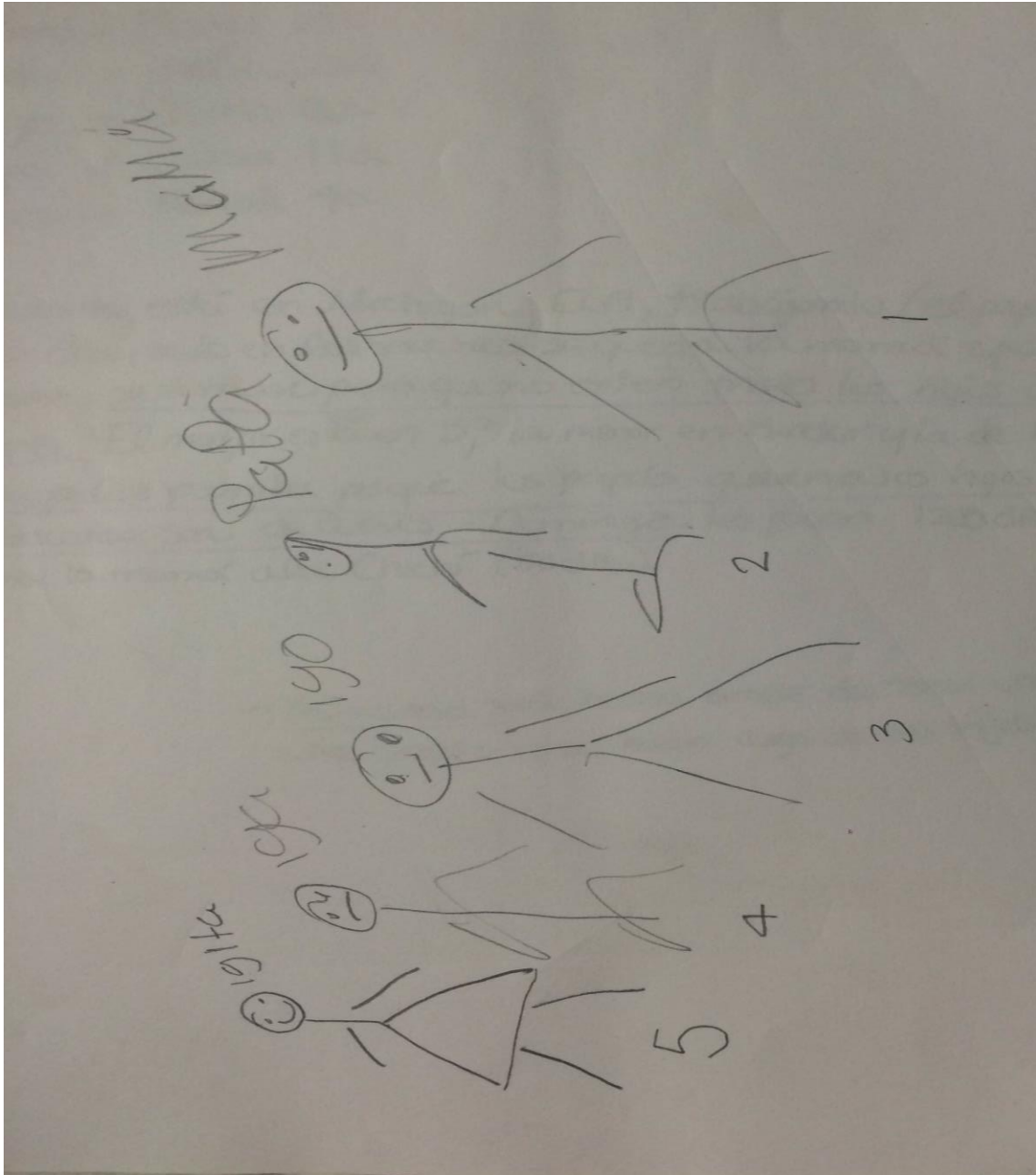
*Después de 3 años nos hicimos novios, conociéndonos poco a poquito, luego nos casamos y nos fuimos a otro país a terminar nuestros estudios que nos pedían. Le dijo a su mamá que se iba a otro país pero que la vendría a visitar cuando pueda. Terminaron sus estudios los 2 y los contrataron para un trabajo en el que les pagaban 1600 dólares. Pancho Villas conoció a su hermano llamado Quijano y le pidió a su esposa que le diera un momentito a solas, ella le dijo que está bien y cuando terminaron su esposa conoció a su hermano. Fueron a su casa y el hermano le dijo que no tenía nada de chamba y le dijo que le iba a conseguir una y se la consiguió y le dijo: ¡gracias carnal!''.*

**Pretest Test de la Familia**



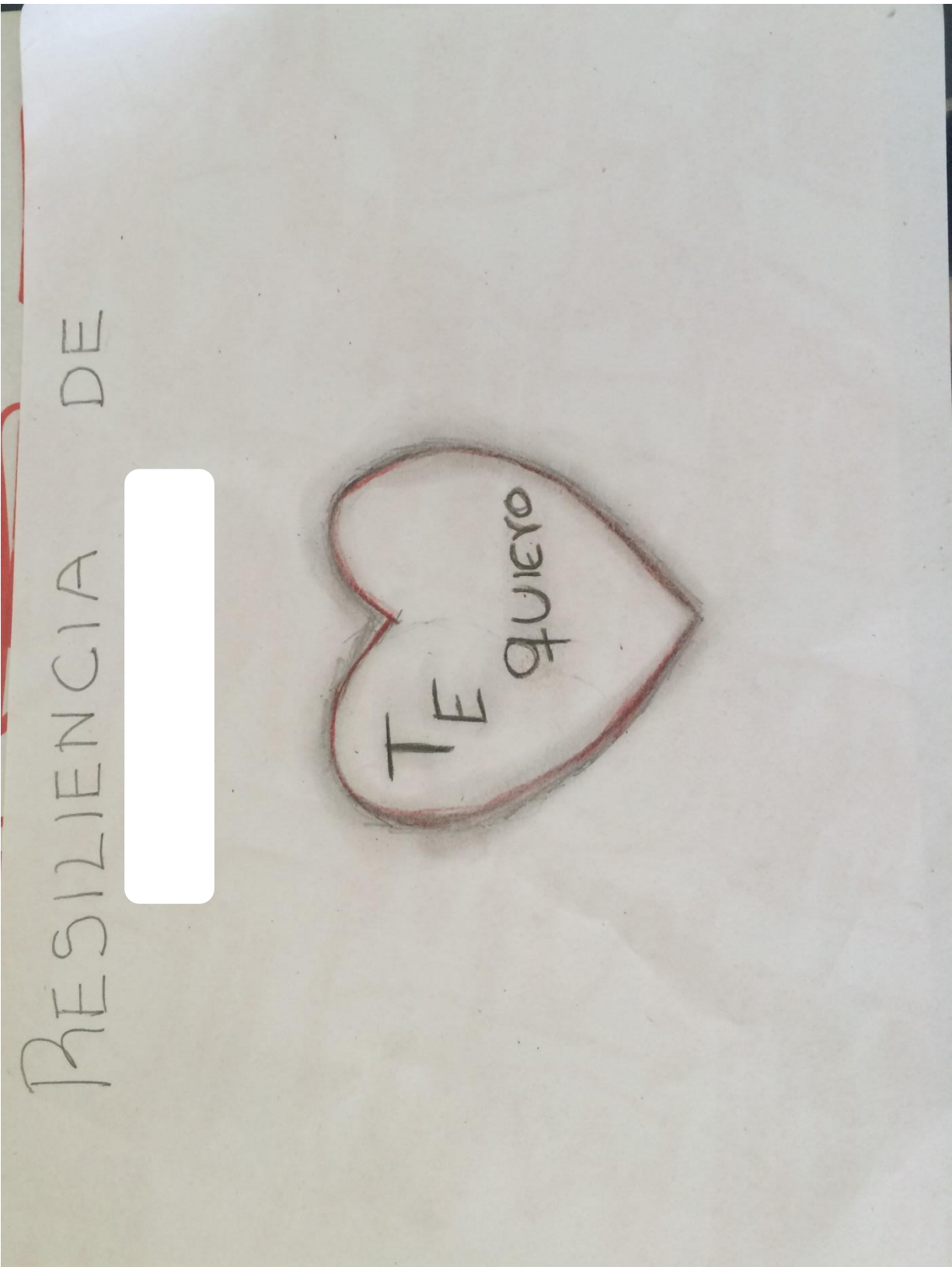
*“Final”.*

**Postest Test de la Familia**



*“La mamá se llama María y tiene 21 años, el papá Juan y tiene 22 años, el hijo Chucho y tiene 12 años, la hija Julissa y tiene 11 años y la hijita Hannah y tiene 4 años. Esta familia está en Michigan, E.U.A., trabajando (el papá y la mamá) todo el día, solo en las noches se queda la mamá y el papá en el día se turnan para que no estén tristes los hijos y les den de comer. El mayor está en quinto grado, la menor en kínder y la de 11 años en cuarto de primaria. Es una feliz familia porque los papás quieren a sus hijos mucho y sus descansos son de jueves a domingo. Les pagan 1200 dólares y le manda la mamá a la chichi 50”.*





PÓNTELOS Y NO TE LOS QUERRAS

QUITAR: "TENIS JOKER" "Escribir

Cariñoso Amoroso

Resiliente

Empático

Cursi

Feliz

Bondadoso

Servicial

Divertido

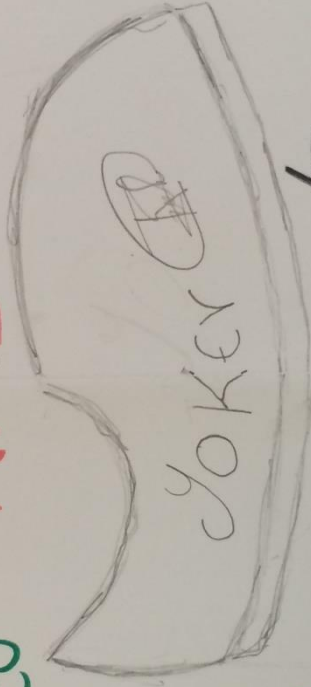
Amigable

Expresarme

Mejor

Jugar

Fútbol



Ignorar

Insultes

clavo de

Yendise

15/marzo/10

Cariñoso Dios

Amoroso

Resiliente

Cursi Feliz

MIS EMOSIONES

Empatico

Reservador

Bonchudo Amigable

Servicial

Respetoso

DIVERTIDO

CON PALLEVARIA

CREATIVIDAD

LABORIDAD

PARA ESPRESARME MEJOR

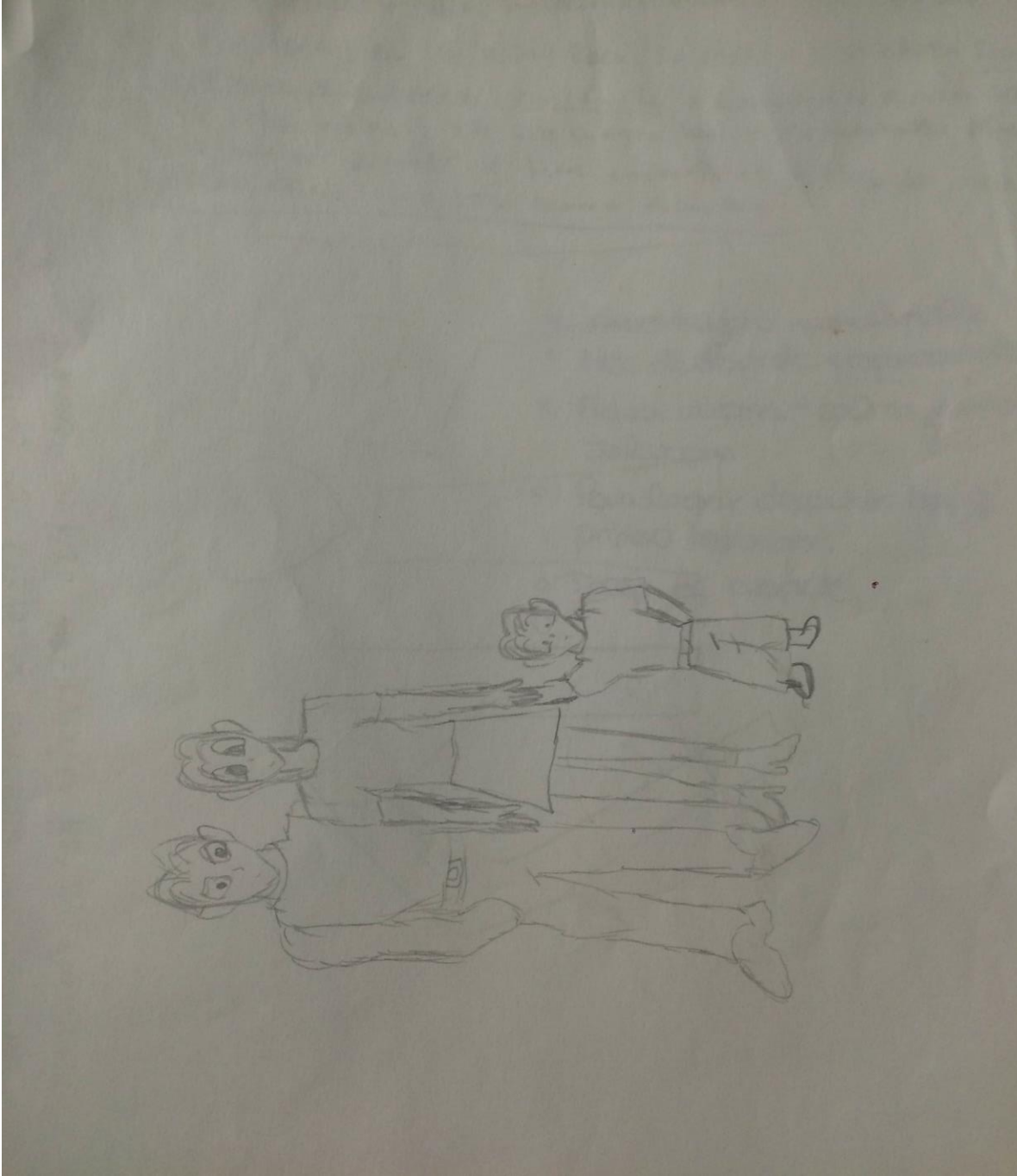
ABRIL 8

Redise games

**Apéndice D.**

**Evidencias del sujeto 3**

**Pretest Test de la Familia**

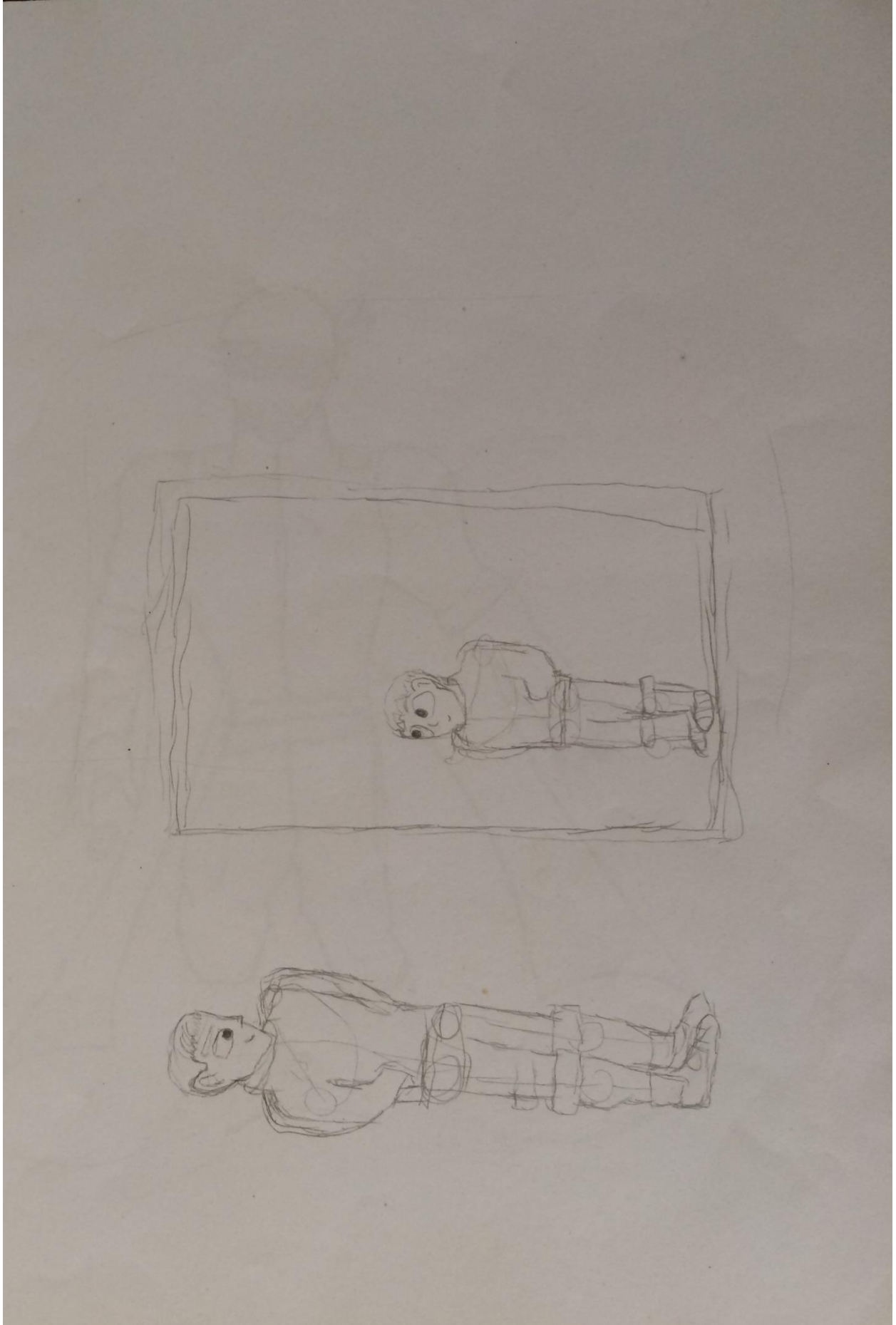


*“Después de 3 años el chavo se encuentra con la chava, se casaron, tuvieron un hijo y vivieron felices por siempre”.*


### Pretest Test de la Familia



*“Esta es la familia Carrillo. Un día salieron de vacaciones y pasaron por un tope y le dio una roca al coche y Pepe se enojó y su esposa Diana le dijo que se calmara y se fuera caminando y de repente pasa un coche y golpea al hijo menor Joel y le sale sangre. Llama a sus papás y lo curaron durante 4 horas, caminando en pleno sol, llegaron a la playa y se divertieron como si no hubiera pasado nada”.*




Puedes Ser Creativo buscando el dibujo y hacer una copia en estudio



Guantes T3


lejos

hacerlo solo por el gusto de hacer algo no por el estudio




T3

creatividad es un don que todos tienen




Con estos Guantes Puedes Ser

en color  
AZUL  
CAFE  
Y morado  
tambien



- creativo  
- bonito que se dibuje  
- para el estudio




99% de acuerdo

Con estos  
lentes  
Puedes  
Ser

- Ser lo  
- Resistente  
- Poligrafo  
- Ser amigos  
- No molestar te  
- Rapido

Lentes

DUEVO SA BON  
Fresa

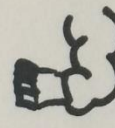
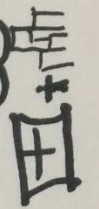


Caramelo

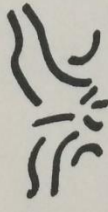
Con este caramelo  
Puedes Ser

- Ser mas obediente  
- Opti mística  
- en tan solo  
- 1 minuto


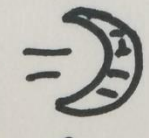
15/Marzo/2016

No Me Lindo   
Creatividad 

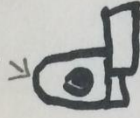
Sueño de ser diseñador

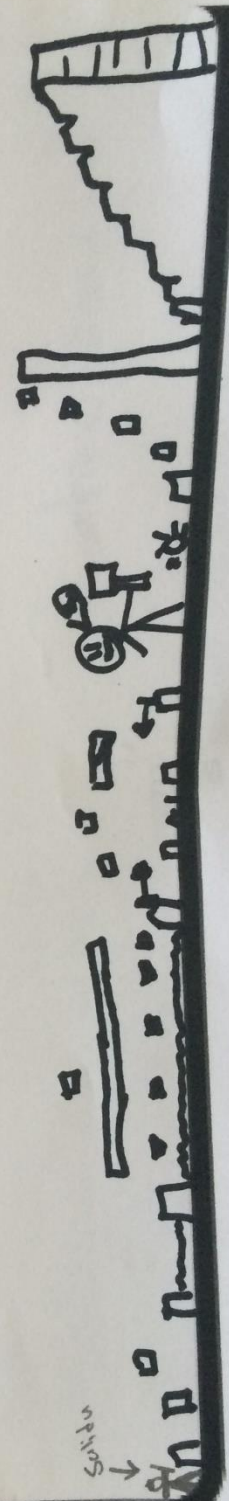
Gráfico   
un poco ordenado

Seguro esperan

Optimismo   
Alegria 

1 solo

Meta 



Solo 