



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Evaluación de proceso de la Intervención Relacional basada en el apego a través del análisis de dos casos**

**Mayra Liliana Paredes Aguilar**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología  
Bogotá, Colombia  
2020

# **Evaluación de proceso de la Intervención Relacional basada en el apego a través del análisis de dos casos**

**Mayra Liliana Paredes Aguilar**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Psicología con profundización en Psicología Clínica**

Director:  
Ps. Emilio Meluk  
Universidad Nacional de Colombia

Codirectora:  
MSc. PhD. Jenny Amanda Ortiz  
Universidad del Rosario

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología  
Bogotá, Colombia

2020

**Dedicatoria**

A mi familia, mi base segura.

A las personas que aportan a los buenos tratos desde el comienzo de la vida.

### **Agradecimientos**

Este trabajo de grado tiene una larga historia que parecía no tener fin. Agradezco al profesor Meluk que desde el 2015 decidió apoyarme en el sueño de trabajar en una intervención basada en el apego. A la profesora Jenny por ayudarme a encontrar el camino, agradezco su apoyo motivante que me ayudó a enfocarme y a hacer realidad esta investigación. Al equipo de profesores que están trabajando en la adaptación de la Intervención Relacional al contexto colombiano por darme la oportunidad de participar en su proyecto. A Carolina Ruge, Eliana Duque y Pilar García por su invaluable colaboración haciendo equipo en la puesta en marcha de este trabajo. A Julia y a Victoria y a sus familias, quienes participaron en la implementación de la Intervención Relacional y permitieron realizar este proyecto. A las personas que me acompañaron en distintos momentos del proceso.

## Resumen

La calidad del cuidado en la primera infancia tiene un impacto fundamental en el desarrollo psicológico. Existe evidencia de que a través de visitas domiciliarias y el uso de la video retroalimentación es posible mejorar la calidad del cuidado y la seguridad del apego. Para la adaptación al contexto colombiano de la Intervención Relacional basada en el apego, se evaluó el proceso de su implementación con una metodología de análisis de caso. Participaron dos cuidadoras de niños menores de dos años en Bogotá: un caso de institucionalización del niño, y otro con riesgo de maltrato infantil. Se analizaron videos de sesiones representativas de los procesos de intervención, las evaluaciones de satisfacción de las cuidadoras y el reporte de seguimiento de los profesionales. Se realizaron análisis de tendencias para los datos cuantitativos y análisis de contenido para la información cualitativa. Se encontró que la Intervención Relacional puede facilitar el proceso de reintegro familiar de niños institucionalizados y promover la sensibilidad materna; también, que es factible su implementación con familias en situación de alta vulnerabilidad de forma protocolarizada. Se recomienda el fortalecimiento en las estrategias usadas para la reducción de estresores contextuales que afectan la esfera vincular.

**Palabras clave:** Apego, Sensibilidad, Intervención con Video retroalimentación, Restablecimiento de derechos, Reintegro familiar, Prevención del maltrato.

### **Abstract**

Quality of care during early infancy has a great impact in psychological development. There is evidence that home visits and interventions using videofeedback could help to improve maternal sensitivity and attachment security in children. This case study presents the implementation process of the Relational Intervention to support its adaptation to Colombian context. Participants were two caregivers and their children under two years old from Bogotá: an institutionalization case and a maltreatment prevention case. Selected videos of intervention sessions and caregiver's and psychologist's evaluation forms were analyzed. Tendencies analysis for quantitative data and content analysis for qualitative data were carried out. Findings demonstrate that Relational Intervention, through strengthening of maternal sensitivity, is a promising intervention to facilitate reintegration process of children in institutions and to enhance maternal sensitivity; feasibility of the protocol implementation with high-risk families was demonstrated. Recommendations to strength strategies to reduce contextual stress factors were included.

**Key words:** Attachment, Sensitivity, Videofeedback, Child protection, Family Reunification, Child Abuse Prevention.

## Tabla de Contenido

Introducción .....	11
Generalidades de la teoría del apego.....	11
Relaciones de apego y vulnerabilidad.....	15
Intervenciones basadas en el apego.....	21
Sistema de Protección de infancia y adolescencia en Colombia.....	23
Método .....	27
Diseño .....	27
Participantes .....	29
Caso A Institucionalización. Julia.....	29
Caso B Preventivo. Victoria.....	30
Instrumentos .....	31
Procedimiento .....	32
Sistematización de la información. ....	32
Procedimientos de análisis. ....	35
Consentimiento Informado.....	35
Resultados .....	36
Resultados de los Análisis Cuantitativos .....	36
Duración de las sesiones. ....	36
Secuencia de momentos de intervención. ....	39
Evaluaciones de satisfacción, cuidadora Caso A. ....	41
Evaluaciones del proceso del Caso A según el interventor.....	43
Evaluaciones de satisfacción, cuidadora Caso B. ....	43
Evaluaciones del proceso del Caso A según el interventor.....	45
Resultados de los Análisis Cualitativos .....	45
Parte 1. Conversación libre. ....	46
Parte 2. Cápsulas de discusión. ....	54
Parte 3. Actividades con el niño.....	64
Logros. ....	75
Discusión.....	78

Referencias.....	88
Anexo 1 Consentimiento informado .....	97
Anexo 2 Evaluaciones de satisfacción cuidadoras.....	99
Anexo 3 Formatos de evaluación de proceso para profesionales.....	101
Anexo 4 Diccionario para el análisis de los videos de las sesiones y ejemplos.....	104
Anexo 5 Documento de indicaciones para diligenciar la Matriz de categorías de los videos de las sesiones .....	111

## Lista de Tablas

Tiempo de duración de las sesiones del caso A y del caso B y de sus partes .....	37
Promedio de la calificación de satisfacción de las nueve sesiones frente a los temas evaluados para el Caso A .....	41
Promedio de la calificación de satisfacción de las primeras ocho sesiones frente a los temas evaluados para el Caso B .....	43
Temas contextuales y técnica usada por los profesionales para abordar el tema.....	50
Temas trabajados en la parte 2. Cápsulas de discusión según formatos de evaluación de proceso de los profesionales y los videos de las sesiones Caso A .....	56
Temas trabajados en la parte 2. Cápsulas de discusión según formatos de evaluación de proceso de los profesionales Caso B .....	56

### Lista de figuras

Figura 1. Genograma Familia de Julia. Caso A Institucionalización.....	29
Figura 2. Genograma Familia de Victoria. Caso B Preventivo .....	30
Figura 3. Duración de los videos de las sesiones analizadas para cada caso.....	36
Figura 4. Duración en tiempo de las partes de la intervención para el caso A .....	38
Figura 5. Duración en tiempo de las partes de la intervención para el caso B.....	38
<i>Figura 6.</i> Secuencia de los momentos de las sesiones analizadas del caso A .....	40
<i>Figura 7.</i> Secuencia de los momentos de las sesiones analizadas del caso B .....	41
<i>Figura 8.</i> Temas de desarrollo abordados en la parte 2 Cápsulas de discusión.....	55
<i>Figura 9.</i> Temas de vínculo de apego y crianza abordados en la parte 2 Cápsulas de discusión .....	55

## **Introducción**

Se ha encontrado que el apego seguro en la infancia es predictivo del desarrollo socioemocional adecuado y es un factor protector frente al riesgo de sufrir psicopatologías en etapas posteriores de la vida (Schore, 2001; Schore & Schore, 2008), específicamente la calidad de las interacciones con la madre, o el cuidador o cuidadora principal, y la calidad del cuidado en general es crucial para el desarrollo de este tipo de apego (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, & Juffer, 2003; De Wolff & Van Ijzendoorn, 1997; Sroufe, 2005).

En la crianza, en la relación del bebé con sus figuras de apego se sientan las bases para la construcción de su identidad, las representaciones de sí mismo y de la relación con los demás (Di Bartolo, 2016). La figura de apego es una persona específica, que no es intercambiable, que es percibida por el niño o la niña como más fuerte, más sabia, que protege y brinda seguridad en momentos de estrés (Cassidy, 2016), y cumple la función de base segura para que el niño o la niña sientan confianza y exploren el entorno (Vaughn et al., 2007). Distintos factores pueden afectar el vínculo de apego: la historia de apego de las figuras de apego, las prácticas intergeneracionales de crianza así como diversos factores socioculturales (Bowlby, 1988; Marrone, 2009). Un factor presente en la vida de gran número de niños y niñas en el mundo es el maltrato, que incluye distintas formas de violencia que son recibidas en el entorno familiar (Ley 1098, 2006; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2013); el maltrato tiene efectos devastadores en su desarrollo puesto que es infringido por la persona que se supone debe proteger, dejando indefensa a la persona muy temprano en la vida (Gershoff, 2002; WHO, 2016). Las cifras en Colombia de violencia sexual (8.039 casos en 2018) y maltrato (6.368 casos) contra niños y niñas (ICBF, 2019), y de niños y niñas institucionalizados (11.000 casos en 2018) (Lumos, 2019) muestran la necesidad de trabajar para prevenir los malos tratos y fortalecer a las familias en nuestro país. Este trabajo busca aportar evidencia para contribuir a este fin.

### **Generalidades de la teoría del apego**

La teoría del apego fue desarrollada por John Bowlby y Mary Ainsworth, para explicar la formación, mantenimiento e importancia de los vínculos afectivos a lo largo del ciclo vital de las personas, poniendo énfasis en la primera infancia. Bowlby, basándose en

investigaciones de la etología, conceptualizó el apego como un sistema comportamental que permite maximizar las oportunidades de supervivencia de los niños y las niñas durante sus primeros años, pues en momentos de peligro o malestar, les motiva a buscar contacto con sus figuras de apego y recibir de ellos protección y seguridad (Bowlby, 1988). Así, las conductas del sistema de apego, que hacen parte del repertorio comportamental con el que nacen los humanos y está preestablecido genéticamente, están orientadas a conseguir la proximidad con la madre, o con el cuidador o cuidadora identificada como figura de apego. Comportamientos positivos tales como sonrisas o vocalizaciones son señales que indican el deseo o el interés del bebé por interactuar con la figura de apego, y que sirven para captar su atención; conductas como el llanto buscan atraer la atención de la figura para que identifique el riesgo y ayude al niño o niña a salir de la situación que le genera malestar (1988). Desde este marco evolutivo “el apego es considerado una característica normal y saludable de los humanos durante toda su vida, más que un signo de inmadurez que necesita ser superado” (Cassidy, 2016, p.5).

El vínculo de apego lo desarrolla el bebé hacia sus figuras de apego, independientemente de la calidad de los cuidados (p.e. un niño se aferra a su cuidador aun cuando éste lo maltrate) (Sroufe, 2005). Se ha encontrado que el tipo de cuidado incide en la forma en la que los niños y las niñas expresan sus necesidades de cuidado ante situaciones de peligro o temor, y también sobre cómo logran volver a regularse emocionalmente después del estrés. Según Di Bartolo (2016), Ainsworth, a través de sus observaciones naturalistas, encontró que los bebés cuyas madres respondían más y estaban más disponibles a ellos, lograban calmarse más prontamente ante el contacto con la madre después de un lapso de estar separados, y eran capaces de retomar rápidamente el juego y la exploración. A partir de estas observaciones, Ainsworth formuló el concepto de la Sensibilidad Materna, que consiste en la capacidad de un cuidador o cuidadora para captar las señales del bebé, interpretarlas de manera adecuada y responder a esas necesidades de forma pronta, oportuna y apropiada (Ainsworth & Bell, 1970).

Una madre sensible puede ser la base segura que requiere el niño para regular sus emociones y explorar el medio (Bowlby, 1988). De hecho, los bebés requieren de una persona que les ayude a regular sus emociones pues no tienen la capacidad para hacerlo por sí

mismos, la están desarrollando; y es justamente a través de la ayuda de esa persona que cuida y brinda protección, que co-regula las emociones, que el niño o la niña podrán desarrollar con el tiempo su propia capacidad de regulación (Di Bartolo, 2016; Sroufe, 2005). Además, este proceso se acompaña de un proceso representacional, preverbal, en el que por medio de las interacciones repetidas del día a día se van construyendo expectativas del cuidado que se recibe. Según Di Bartolo (2016): “La experiencia repetida de ser consolado y calmado por su madre al sentirse asustado o angustiado, lleva a un niño a tener la expectativa de que, frente a las experiencias de desregulación, ella va a darle una respuesta capaz de tranquilizarlo” (p.20).

Las representaciones de apego se organizan en lo que Bowlby denominó modelos operativos internos (MOI) (Bowlby, 1988). Los MOI son un sistema de representaciones sobre sí mismo, las figuras de apego y los otros. Estas representaciones están basadas en las experiencias reales que las personas tienen en las relaciones interpersonales tempranas; permiten imaginar y predecir las interacciones futuras (p.e. la disponibilidad de la figura de apego), lo cual permite tomar cursos de acción (p.e. acercarse en caso de necesitar ayuda). Estas representaciones se confirman mutuamente y son interdependientes, por ejemplo, si la representación de la figura de apego es que es amorosa y protectora, la representación que el niño o la niña tendrá de sí misma es que es amada y está segura de que será protegida cuando lo requiera. Los MOI que se construyen en los primeros años moldean la forma en la que se perciben los deseos y las acciones de los otros (Bretherton & Munholland, 2008). Según Marrone (2009): “La importancia de los primeros modelos reside en que muy posiblemente determinan la forma en la que el niño [o la niña] experimenta después el mundo” (p.97).

Hacia el final del primer año de vida del bebé, a través de la construcción de la relación con su figura de apego, se habrán configurado diferentes estilos de apego. Los estilos organizados del apego son aquellos en los que hay una estrategia para la regulación emocional ante el estrés; estos se dividen en estilos seguro e inseguro: en el apego seguro el niño o la niña logra acudir a la figura de apego y reducir el estrés, y en los inseguros se usan otras estrategias no relacionales de tipo evitativo o ambivalente (Di Bartolo, 2016). En el estilo de apego desorganizado no se logra la regulación emocional y en lugar de una estrategia coherente y organizada, las respuestas son contradictorias, por ejemplo, de evitación y

aproximación a la figura de apego, o de aprehensión y miedo hacia la figura de apego; el apego desorganizado predice psicopatologías en la niñez y en la vida adulta (DeKlyen & Greenberg, 2016).

Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn y Juffer (2003) realizaron un metanálisis que comprobó la relación entre la sensibilidad y el apego, confirmando una relación positiva entre estos dos repertorios comportamentales, siendo que a mayor sensibilidad, hay mayor seguridad en el apego. Este metanálisis incluyó 70 estudios que presentaban los efectos de intervenciones sobre la sensibilidad ( $n=7,636$  familias) y/o el apego ( $n=1,503$  familias), se encontró que las intervenciones con altos tamaños del efecto sobre la sensibilidad ( $d > 0,40$ ) también fueron las más efectivas en aumentar la seguridad en el apego de niños y niñas ( $DS = 0,45$  y  $0,35$ ).

Además de la sensibilidad materna se ha encontrado que la capacidad reflexiva de las cuidadoras incide en la forma en la que se interpretan las señales del niño o a la niña y por ende en la manera en la que se responde a éstas. La capacidad reflexiva implica tener la habilidad de entender y reflexionar acerca de su propia historia de apego (Mountain, Cahill, & Thorpe, 2017), sus propios estados mentales, pensamientos, sentimientos o intenciones y los de los otros (Franco & Navia, 2016); esta capacidad permitiría mentalizar al bebé, por ejemplo preguntarse ¿qué le puede estar pasando?, ¿qué emoción puede estar sintiendo? y ¿qué lo/la lleva a comportarse de la forma en la que lo está haciendo?, para tratar de comprenderlo o comprenderla.

La seguridad que brinda la figura de apego, al responder a las necesidades del niño o la niña, co-regular emocionalmente sus estados de excitación y mentalizarlo/la, a través de las interacciones cotidianas, le permitirá sentir seguridad emocional, es decir, sentir que es protegido/a, sentir que es amado/a y sentir que es aceptado/a incondicionalmente, lo que resulta ser la base del desarrollo social y emocional. Es así que se puede afirmar que la seguridad, o la ansiedad o temor que un niño o una niña experimenta en su vida cotidiana, durante sus primeros años de vida, depende de la accesibilidad y la capacidad de respuesta de sus figuras de apego, y esto se extiende a la adultez ya que la calidad del vínculo con los padres es precursor de la seguridad y de la empatía que una persona experimenta en la edad adulta (Ramírez, 2015). Los hallazgos mencionados indican que la crianza y la calidad del

cuidado brindado a los niños y las niñas durante sus primeros años de vida, son fundamentales ya que proporcionan experiencias a partir de las cuales construirán la idea de sí mismos, de sus figuras de apego y de los demás (Bowlby, 1988).

En los casos opuestos, en los que se presentan problemas en la calidad del cuidado como la falta de sensibilidad, el castigo físico, las críticas constantes y el maltrato, se ha encontrado un mayor riesgo de psicopatología (DeKlyen & Greenberg, 2016). Además, en poblaciones vulnerables estos factores de riesgo para el establecimiento de relaciones de apego seguras se potencializan por la presencia de factores de riesgo contextuales, tales como la pobreza, la dificultad de los padres para acceder a oportunidades laborales o educativas, la falta de redes de apoyo, entre otros (Estay, Jara Males & Mora, 2009), así como por factores de riesgo familiares como la historia de maltrato infantil de los padres (Berlin, Appleyard, & Dodge, 2011), el conflicto familiar, la depresión de los padres, un número excesivo de hermanos o la maternidad adolescente (DeKlyen & Greenberg, 2016).

Específicamente en cuanto a la historia familiar de maltrato, se ha encontrado que las madres que han sufrido maltrato en su infancia tienen 20% más de probabilidad de que sus hijos a la edad de 26 meses sean maltratados (Berlin et al., 2011). El maltrato a su vez está asociado a efectos a largo plazo en el desarrollo social, emocional y cognitivo (Gershoff, 2002; WHO, 2016).

En esta lógica, varios autores han planteado que durante la primera infancia los factores contextuales y familiares impactan a los niños y a las niñas a través de sus figuras de apego, al afectar la esfera vincular (Di Bartolo, 2016; Bornstein & Putnick, 2012; Shonkoff & Phillips, 2000).

### **Relaciones de apego y vulnerabilidad**

En el mundo, según cifras de Unicef, 663 millones de niños y niñas viven en la pobreza (Unicef, s.f.), en Latinoamérica y el Caribe son casi 81 millones de niños y niñas los que se encuentran en situación de pobreza (Unicef & Cepal, 2010). En Colombia el 38,5% de niños, niñas y adolescentes se encuentran en situación de pobreza y 15,6% están en pobreza extrema (De Cero a Siempre, 2013). De los niños y niñas menores de 5 años un 30% en el mundo y 15% en Latinoamérica tienen un retraso en el desarrollo, y un 43% viven en situación de

extrema pobreza, siendo de 18% esta cifra para los países de Latinoamérica y el Caribe (Lu, Black & Richter, 2016).

La pobreza aumenta el riesgo de sufrir maltrato y negligencia durante la infancia en 6.8 veces, en comparación con niños y niñas que no viven en condiciones de pobreza. Incluso desde el nacimiento la probabilidad de tener bajo peso al nacer es 1.7 veces más probable en niños y niñas pobres. Además, aumenta el riesgo de peores resultados académicos, 2 veces más probabilidades de repetencia de años y deserción (National Research Council, 2000). Por lo tanto, se entiende que la pobreza es un factor de riesgo para que los derechos de niñas y niños sean vulnerados:

Más allá de las carencias materiales y de la insuficiencia de ingresos, la pobreza está asociada a limitaciones y precariedad en el acceso a servicios básicos, inseguridad alimentaria y nutricional, exposición y vulnerabilidad frente a riesgos sociales, discriminación y exclusión social, además de otras situaciones que afectan negativamente las condiciones físicas, psicológicas y sociales de los niños y las niñas, y pueden llegar a perjudicar gravemente su desarrollo (De Cero a Siempre, 2013, p13).

Así mismo la violencia contra los niños y las niñas es un problema global y un problema social que se relaciona con las profundas condiciones de desigualdad mencionadas en las que vive la humanidad (Unicef, 2015). Lamentablemente, la mayoría de los niños, niñas y adolescentes en el mundo han vivido situaciones de violencia; Unicef (2017) ha reportado que más de tres cuartas partes de todos los niños y niñas del mundo han sufrido violencia física, sexual y/o emocional moderada o grave. En la primera infancia a nivel mundial se ha reportado que niños y niñas entre los 2 y los 4 años están expuestos a estrategias de disciplina violentas de tipo físico (62,5%) y psicológico (65,4%) (Cuartas, McCoy, Rey-Guerra, Britto, Beatriz & Salhi, 2019).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes EVCNNA, de 2018, mostró que 40,8% de mujeres y 42,1% en hombres entre los 18 y 24 años sufrieron violencia sexual, física o psicológica antes de cumplir los 18 años (EVCNNA, 2018). Según datos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el país, en el año 2017, se reportaron 11.722 casos de violencia sexual y 10.810 casos de maltrato, contra niños, niñas y adolescentes (ICBF, 2019). Los efectos devastadores que tienen el abuso y el maltrato sobre

el desarrollo psicológico han sido ampliamente estudiados y se sabe que está asociado a problemas de salud mental externalizantes e internalizantes en la niñez y en la adultez con depresión y ansiedad (Gershoff, 2002; Berlin, Appleyard & Dodge, 2011).

En Colombia en 2018 se realizó un estudio para comparar el desarrollo socioemocional de niños y niñas que habían recibido maltrato sistemático y estaban institucionalizados con un grupo control pareado (n=48); se encontró que aquellos que habían experimentado de manera repetida y crónica situaciones de negligencia, maltrato psicológico, físico y/o abuso sexual por parte de su o sus cuidadores principales tuvieron efectos devastadores en su desarrollo que configuran el diagnóstico de Trastorno Traumático durante el Desarrollo (TTD); se encontraron dificultades relacionales en las que los niños y niñas tenían tendencias a relacionarse de manera agresiva y solían “mostrar intentos inapropiados de un contacto íntimo, una extrema y persistente desconfianza y una conducta desafiante en las relaciones cercanas con adultos o compañeros” (Sarmiento, Muñoz & Navia, 2018, p.47).

En este marco de violencia contra los niños y las niñas, la separación de sus familias y la institucionalización ha sido una práctica de muchos gobiernos y se sabe que este fenómeno afecta el desarrollo de los niños y las niñas, y es una vulneración de los derechos (Lumos, 2019). En Latinoamérica se estima que hay 187.129 niños, niñas y adolescentes en cuidado institucional (Lumos, en prensa). Para Colombia esta cifra es de más de 11.000 niños, niñas y adolescentes que viven en instituciones de protección (Lumos, 2019).

Los niños que están institucionalizados son una de las poblaciones que se encuentran en mayor vulneración puesto que por situaciones de pobreza o por haber vivido situaciones de maltrato, negligencia o abandono en sus familias de origen y adicionalmente, con el objetivo de protegerlos de estos contextos adversos, han sido ubicados en instituciones o residencias de protección, donde se termina vulnerando aún más sus derechos como su derecho a crecer en familia y se afecta su desarrollo psicológico y físico (Csáky, 2009; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2008). Existen evidencias robustas que muestran las consecuencias negativas que tiene crecer en instituciones: afectaciones en el desarrollo cognitivo, desarrollo socioemocional y desarrollo físico; a menor edad del niño mayor afectación ( Bakermans-Kranenburg et al., 2008; Berens & Nelson, 2015; Rutter, 1998). En un metanálisis que incluyó 75 estudios y 3.888 niños y niñas en 19 países, se encontró que por cada tres meses que niños y niñas pasan en una institución de protección, su desarrollo

cognitivo se retrasa un mes, comparado con quienes viven en familias de acogida (Van Ijzendoorn, Lujik & Juffer, 2008) Adicionalmente, los niños, niñas y adolescentes que están institucionalizados están seis veces en más riesgo de sufrir maltrato físico/violencia y cuatro veces en más riesgo de sufrir abuso sexual que aquellos que están en familias de acogida (Behal, Cusworth, Wade & Clarke, 2014; Euser, Alink, Tharner, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2013; Pinheiro, 2006).

Las causas de ingreso a las instituciones en el mundo, según Berens y Nelson (2015), son principalmente la situación de pobreza de las familias, estar en condición de discapacidad, el maltrato y/o la negligencia. En Latinoamérica, según en un reporte reciente de Lumos, una ONG que trabaja por la desinstitucionalización de niños, niñas y adolescentes en varios países, existen factores políticos, económicos, sociales y ambientales asociados a la institucionalización. Factores políticos tales como los conflictos armados, desplazamientos forzados internos, o migraciones; factores económicos tales como la pobreza y la falta de acceso a servicios; y factores sociales tales como la normalización del uso de la violencia, el maltrato, la inequidad de género, el abuso de sustancias psicoactivas, el trabajo infantil, la explotación sexual y la discriminación étnica o por condiciones de discapacidad. Entre los factores ambientales están los desastres naturales (Lumos, en prensa). A nivel nacional la mayoría de casos de niños y niñas que son institucionalizadas, ingresan al sistema de protección debido a situaciones de violencia sexual y por maltrato (ICBF, 2019).

En la literatura se han reportado poblaciones que están en mayor riesgo de tener prácticas parentales poco sensibles e incluso maltratantes que pueden poner en riesgo el desarrollo socioemocional de los niños y las niñas durante su primera infancia. Se estudiado ampliamente el caso de las madres adolescentes; esta literatura brinda un marco para analizar las interacciones en otras poblaciones de riesgo, de hecho algunos de los programas de intervención dentro del Sistema de Protección en otros países se han basado en el desarrollo de programas para madres adolescentes (Moran, Pederson, & Krupka, 2005; Tarabulsy, 2008).

Se ha reportado que las madres adolescentes tienen prácticas parentales que pueden poner en riesgo la formación de relaciones de apego seguras, debido a que su comportamiento se caracteriza por ser menos responsivo, más intrusivo, más físico y menos verbal (Moran

et al., 2005) además, menos positivo emocionalmente y con mayor irritabilidad (Emery, Jacinthe, Paquete y Bigras, 2008), más hostil, severo o retraído (Riva Crugnola, Ierardi, Gazzotti, & Albizzati, 2014) o donde las interacciones madre-hijo son poco frecuentes (Ortiz, Borré, Carrillo, & Gutierrez, 2006). Además son menos sensibles a las señales de sus bebés (Hidalgo & Hidalgo, 2002) y se muestran poco tolerantes, comprensivas y empáticas ante las necesidades de sus hijos (Ortiz et al., 2006). Las madres adolescentes tienen respuestas inconsistentes a las necesidades de los niños (Slomski Long, 2009), desconocen del desarrollo de los bebés –por lo cual promueven prematuramente la independencia de sus hijos (Moran et al., 2005)– o no estimulan las iniciativas del bebé, en la alimentación, y en otras situaciones interfieren con comportamientos adecuados de sus hijos (Ortiz et al., 2006). Así mismo, Riva Crugnola y cols. (2014) encontraron que en cuanto a la regulación emocional diádica: las diadas de niños y niñas con madres adolescentes pasaban más tiempo en estados diádicos negativos que las de madres adultas y compartían menos estados emocionales positivos, además, frecuentemente había momentos de desencuentro emocional en los que las madres expresaban emociones negativas cuando su bebé estaba en un estado emocional positivo o neutral.

En América Latina otra población en riesgo son las familias viviendo en contextos rurales, debido a que comúnmente viven en situación de pobreza (Echeverría, 1998; Snyder & McLaughlin, 2004). En esta región del mundo cerca de la mitad de las familias que viven en contextos rurales están en condiciones de pobreza (48,6%) y más de una quinta parte en pobreza extrema (22,5%) (FAO, 2018). En Colombia el porcentaje de familias rurales en condición de pobreza en el 2014 era de 41% (FAO, 2018). En estos contextos se han reportado prácticas parentales severas e intrusivas durante la primera infancia (Brown, Gustafsson, Mills-Koonce, & Cox, 2017). El 41% de familias rurales usa el castigo físico como estrategia de disciplina en Colombia (González, Trujillo & Pereda, 2014). La pobreza y el estrés al que están expuestas estas familias interfieren con interacciones más positivas entre los cuidadores y sus niños y niñas. Salazar (2018) encontró en un estudio con 27 familias rurales de Boyacá que la principal cuidadora es la madre, quien tiene además que asumir el trabajo del hogar y las tareas del campo –como ordeñar las vacas–, sin recibir compensación económica por su labor, con ingresos monetarios bajos y bajo nivel educativo; estas familias

viven en el límite de la pobreza, con condiciones que ponen en riesgo la seguridad alimentaria de sus niños y niñas (Salazar, 2018).

En Colombia, a raíz de las problemáticas sociales, como la pobreza y la violencia social, la población rural ha migrado a las ciudades buscando mejorar sus condiciones económicas y de vida en general; sin embargo, en las ciudades también están expuestos a condiciones de vulnerabilidad. En un estudio cualitativo realizado en este contexto –con familias provenientes de Boyacá, Cundinamarca y Santander, con abuelos y abuelas entre 58 y 88 años y niños y niñas entre 8 y 9 años residentes en Bogotá– se encontró que en familias que llegaron desde zonas rurales a la ciudad se presentan dinámicas de crianza y cuidado particulares; se suele delegar el cuidado a los abuelos, quienes en su historia de crianza estuvieron expuestos a castigos físicos y que a pesar de que reconocen que el castigo físico puede tener efectos adversos, lo reportan como una práctica de crianza frecuente y consideran que es formador (Pulido, Castro-Osorio, Peña, & Ariza, Ramirez, 2013). En este estudio se reportó también que en las familias que han transitado del campo a la ciudad hay prácticas de castigo físico impulsivo como “pegarles juetazos, cachetadas y palmadas a los hijos e hijas, y bañarlos con agua fría” (Pulido et al, 2013, p 254). Para los niños y niñas de estas familias el castigo es algo que “causa miedo, llanto y desagrado” (Pulido et al, 2013, p.254).

El cuidado por parte de las abuelas de niños y niñas que están en sistemas de protección gubernamentales ha sido reportado en la literatura. En estos casos las abuelas asumen el cuidado de sus nietos para evitar que los niños queden bajo protección del Estado, en instituciones o en familias de acogida. Un estudio de caso con una abuela afroamericana de bajos recursos económicos en Estados Unidos, presentó resultados que evidenciaron que las cuidadoras se enfrentan a distintos estresores, como la falta de redes de apoyo (personas que le ayuden a cuidar los niños), problemas laborales (faltar al trabajo tener que cuidar los niños), problemas familiares (hijas que no se responsabilizan, padres de los niños ausentes), dificultades de salud propias, y situaciones de estrés por tener que cumplir con el sistema de protección para que no les retiren los niños (Bundy-Fazioli & Law, 2006).

Las condiciones de vulnerabilidad a las que están expuestas las familias más pobres y las consecuencias negativas que tiene la baja calidad del cuidado de los niños y niñas requieren que se cuente con herramientas que apoyen a estas poblaciones, fortaleciendo los

efectos de los factores protectores y disminuyendo el de los factores de riesgo, desde el comienzo de la vida de sus niños y niñas. Se sabe que un vínculo de apego seguro es un factor protector que amortigua el impacto de los factores de riesgo en la niñez y en la adolescencia (Hawkins, Arthur & Catalano, 1995; Sroufe, 2005) por lo que vale la pena realizar esfuerzos para promoverlo.

### **Intervenciones basadas en el apego**

Afortunadamente la investigación en la teoría del apego y su aplicación clínica y preventiva ha logrado avances significativos para contribuir a que en las familias se creen vínculos positivos con los niños y las niñas durante sus primeros años. Un hito importante fue el metaanálisis realizado por Bakermans-Kranenburg y cols. (2003) en el que se caracterizaron las intervenciones tempranas preventivas más efectivas para mejorar la sensibilidad parental y la seguridad en los vínculos de apego. En este metaanálisis se encontró que las intervenciones más efectivas son aquellas que son cortas, se enfocan en mejorar la sensibilidad en el cuidado, utilizan la técnica retroalimentación con video (*videofeedback*), tienen un foco comportamental y se llevan a cabo después de los primeros seis meses de vida del bebé.

La retroalimentación con video es una técnica desarrollada desde la teoría del aprendizaje social, en la que se analizan videos de interacciones donde aparece la persona que participa en la intervención junto con el niño o la niña con quien se está estableciendo, o se ha establecido la relación de apego. En este procedimiento, la persona que participa en la intervención se ve a sí misma en el video, y se le van señalando los logros observables, en cuanto a su propio comportamiento (o la sensibilidad) que demuestra en la interacción con el niño o niña, además de observar también la respuesta del niño o la niña o el efecto en el comportamiento de él o ella, debido a su propio comportamiento. Esta técnica ha mostrado que puede mejorar la calidad de las interacciones infanto-parentales durante la primera infancia de los niños y ha sido usada por múltiples enfoques terapéuticos con distintos objetivos. Uno de estos enfoques es basado en el apego, que busca mejorar la sensibilidad en el cuidado, en unos casos, o la capacidad reflexiva, en otros (Rusconi-Serpa, Rossignol, & McDonough, 2009).

Existen varios programas orientados por la teoría del apego que cuentan con amplia evidencia sobre sus efectos, sea para promover la seguridad en el apego o para mejorar la sensibilidad del cuidado. Algunos de ellos se centran en el cambio de los Modelos Operativos Internos de apego de los padres y otros en el cambio del comportamiento, específicamente, en el comportamiento sensible del cuidador o cuidadora. Como ejemplos de estos programas están el Programa ABC, el VIPP y la Intervención Relacional. El Programa ABC (Attachment Biobehavioral Catch Up) creado por la psicóloga Mary Dozier, es una intervención de 10 sesiones protocolizada que se realiza a través de visitas domiciliarias y que usa la retroalimentación con video y el refuerzo verbal en vivo para trabajar 3 focos: el cuidado en la crianza, el seguir las iniciativas o necesidades del niño y el reducir los comportamientos parentales que generen miedo (Berlin et al., 2016).

La intervención con retroalimentación con video para promover la parentalidad positiva - VIPP fue creado en la Universidad de Leiden, en Holanda, por un grupo de investigadores encabezado por la profesora Femmie Juffer. Se centra en la sensibilidad materna, cuenta con protocolos, se implementan a través de visitas domiciliarias y se realizan en un número corto de sesiones que va de 4 hasta 6 sesiones. En las sesiones se trabaja con videos de las interacciones de la madre, o cuidador(a) principal y el niño o niña desde los 6 meses hasta los 6 años de edad. Busca promover que el cuidador o cuidadora participante mejore sus capacidades para captar las señales del niño o niña, interpretarlas adecuadamente y responder ante ellas pronta y adecuadamente (Juffer, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, 2008).

La Intervención Relacional basada en el apego (IRBA) (en inglés *Attachment Video-feedback Intervention AVI*) fue creada en Canadá por un grupo de investigadores. Este programa está dirigido a familias que están en condiciones de vulnerabilidad y busca: 1. Ayudar a los cuidadores a que tengan respuestas previsibles, coherentes y afectuosas frente a las demandas y necesidades de los niños o niñas en edades de la primera infancia; 2. Ayudar a que los cuidadores comprendan las emociones de los niños o niñas a partir de tener conocimiento del desarrollo infantil y de comprender el papel que tienen como cuidadores frente a los estados emocionales de sus niños o niñas y, 3. Supervisar y apoyar la exploración y el desarrollo de la autonomía de sus niños o niñas (Tarabulsky, s.f.). La Intervención

Relacional consta de 8 a 10 sesiones de 90 minutos cada una, que se hacen a través de visitas domiciliarias. Las partes de la intervención según el protocolo para su implementación son:

1. Conversación Libre (retomar las tareas, problemas en la casa, otras dificultades: acceso a salud, educación, etc.).
2. Cápsulas de discusión (temáticas específicas ligadas al apego y la intervención).
3. Actividades con el niño/a (Video retroalimentación y retroacción) (*Protocolo de aplicación proyecto de investigación Intervención Relacional “Estudios de caso”*, 2018).

Las técnicas de intervención que se usan son la video retroalimentación y la retroacción; la video retroalimentación consiste en que cada sesión se graban interacciones particulares del cuidador o cuidadora principal y el niño o niña (p.e. jugar, cantar, leer un libro, etc.) que en seguida son observados en conjunto con el cuidador o cuidadora participante para que el interventor relacional retroalimente centrándose en sus recursos, es decir, en lo que está haciendo bien. La retroacción es posterior a la video retroalimentación y consiste en que se invita a la cuidadora o cuidador participante y su hijo o hija a que realicen una nueva actividad, o a que repitan la que fue filmada, prestando atención y siguiendo las indicaciones comentadas en la video retroalimentación (Moss et al., 2014; Tarabulsky, s/f).

La Intervención Relacional tiene como principios brindar a los cuidadores y cuidadoras de forma individualizada, una relación positiva, cálida y de apoyo, usando un enfoque estructurado y motivante para hacer cambios positivos en la interacción cuidador/a-niño/a. Esto conduce a mejoras en el comportamiento interactivo de los cuidadores, en la relación cuidador/a-hijo/a (o el niño/a del cual son responsables) y en los resultados del desarrollo del niño o la niña (Moss et al., 2014; Tarabulsky et al., 2018, 2008). Los beneficios reportados han sido el incremento en la sensibilidad del cuidador, mejoras en la seguridad del apego y en el desarrollo motor y cognoscitivo de los niños y niñas, además de una disminución en la probabilidad de la pérdida de cuidado parental (institucionalización) (Tarabulsky et al., 2018).

### **Sistema de Protección de infancia y adolescencia en Colombia**

En Colombia el marco legal del sistema de protección de niños, niñas y adolescentes está regido por el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) que está basado en la Convención de los Derechos del Niño y reemplazó el Código del menor. La Ley 1098 de

2006 estipula como principios rectores el Interés superior del niño (art. 8) y la protección integral (art. 7) en los ejes de: reconocimiento de los niños y niñas como *sujetos de derechos*, *la garantía de los derechos* por parte del estado para todos los niños y las niñas, *la prevención* de las amenazas para aquellos que estén en riesgo de vulneración de sus derechos y *el restablecimiento* en los casos en que los derechos de los niños y niñas han sido vulnerados.

Para garantizar los derechos de las niñas y los niños se define el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) (Decreto 936 de 2013) como “el conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación y de relaciones existentes entre estos para dar cumplimiento a la protección integral de los niños, niñas y adolescentes y el fortalecimiento familiar en los ámbitos nacional, departamental, distrital, municipal (art. 2). El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es el órgano rector y coordinador del SNBF.

El Código de infancia y adolescencia estipula que las Autoridades Administrativas (Defensores de Familia, comisarios de Familia, Inspectores de Policía) deben dar apertura a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) en los casos de amenaza y vulneración de los derechos de los niños y las niñas. El PARD implica que se lleve a cabo la verificación de la garantía de los derechos de los niños y niñas (Ley 1098 de 2006, Art. 52) y la toma de medidas de restablecimiento (Art.53); Entre estas medidas están el fortalecimiento familiar o el retiro del niño o niña de su familia y su ubicación en un programa especializado.

El Lineamiento de Modalidades de atención en PARD del ICBF (ICBF, 2019c) define las medidas de ubicación distintas a la familia de origen, a saber: ubicación en medio familiar (Hogar sustituto) y ubicación en medio institucional (Institución). Las medidas de ubicación son temporales por lo que el Defensor de Familia debe determinar la situación jurídica de los niños y niñas: “en la resolución que declare la situación de adoptabilidad o de vulneración de derechos del niño, niña o adolescente, se ordenará una o varias de las medidas de restablecimiento consagradas en este Código” (Ley 1098, 2006, Art. 107). La situación jurídica de vulneración implica que el niño o la niña sigue en PARD pero existe la posibilidad de que pueda ser reintegrado a su familia de origen, mientras que la declaratoria de adoptabilidad es definitiva (Ley 1098).

El número de ingresos a PARD ha tenido una tendencia creciente pasando de 18.000 casos, aproximadamente, entre 2008 y 2010, a 34.000 casos entre 2011 y 2015 y finalmente a más de 46.000 casos entre 2016 y 2018 (ICBF, 2019b). Además, se venía observando una tendencia al aumento de los casos abiertos de PARD que acumularon año tras año, teniendo en 2017 más de 127.000 casos sin definir. Ante esta situación la Ley 1878 de 2018 modificó la Ley 1098 en lo que respecta a los plazos en los que las autoridades administrativas deben definir la situación jurídica de los niños y niñas que están en PARD; de esta forma se establece que en un plazo máximo de 18 meses el niño o la niña deben ser reintegrados a su familia o ser declarados en adoptabilidad.

La Ley 1878 de 2018 presenta una oportunidad para definir la situación de los niños en PARD que han sido ubicados en formas alternativas de cuidado (Hogares Sustitutos e Instituciones); de hecho, con la entrada en vigencia de esta ley, el número de casos acumulados bajó de 127.623 a 85.198, de 2017 a 2018. Sin embargo, el problema en Colombia en temas de niñez no es la falta de legislación sino lo que sucede en la práctica, en la que falta asignar los recursos que requiere un tema tan importante como la protección integral de la infancia; por ejemplo, un tema es la sobrecarga laboral de las Defensorías de Familia y su equipo psicosocial: según cifras mencionadas por la directora del ICBF<sup>1</sup> en el país hay 1.318 Defensorías de Familia, cifra insuficiente al compararla con el gran número de casos que se encuentran abiertos en PARD (85.198 en 2018 sin incluir los casos que están en adoptabilidad). Adicionalmente en los Lineamientos del ICBF se plantea que los operadores de las modalidades de Hogar sustituto o Instituciones cuenten con un equipo psicosocial (Psicóloga y Trabajadora social) para cada 50 niños y niñas, lo cual implica menos tiempo para intervenir con los niños, niñas y sus familias biológicas y de acogida, para el caso de Hogares Sustitutos (ICBF, 2019c).

Las familias de los niños y niñas en PARD son las familias más vulnerables del País y requieren el apoyo de un equipo de profesionales que esté cualificado y no esté sobrecargado. El ICBF ha presentado que “el 88% de los hogares con NNA en restablecimiento de derechos

---

<sup>1</sup> Presentación Directora ICBF Juliana Pungiluppi en el Congreso Panamericano niños, niñas y adolescentes 29 de octubre 2019 en Cartagena, Colombia.

o en responsabilidad penal son multidimensionalmente pobres; las privaciones más frecuentes en estos hogares son: empleo formal (84,2%), logro educativo (82,1%), rezago escolar (80,8%), desempleo de larga duración (73%) y aseguramiento en salud (63,5%) [...] los hogares con NNA en PARD o adolescentes en SRPA presentan una amplia desventaja en su situación socioeconómica al compararlos con el total de la población del país. La pobreza monetaria extrema para Colombia se estima en 7,4%, mientras que para los hogares con NNA en Protección es del 52%” (ICBF, 2019b, p. 17).

Los datos mencionados evidencian la necesidad de fortalecer el Sistema de Protección de niños y niñas en Colombia, en los casos en los que ya hay amenaza o vulneración de los derechos y sobre todo en los casos en los que se puede prevenir dicha vulneración.

En este marco, actualmente expertos integrantes de diferentes grupos de investigación de la Universidad Externado de Colombia, Universidad de Laval, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Colegio Mayor del Rosario y Universidad Nacional de Colombia, en cooperación con el ICBF, se encuentran adelantando la adaptación, implementación y validación de la intervención IRBA para el contexto colombiano. Como parte de dicho proceso, los investigadores e investigadoras de estos grupos implementaron la Intervención Relacional con dos familias con niños menores de 5 años en la ciudad de Bogotá en el año 2018. El presente estudio buscó analizar el proceso de implementación de la Intervención Relacional (IRBA) en dos casos de cuidadoras y sus niños de menos de dos años de edad para establecer las fortalezas y dificultades de la implementación de dicha intervención; identificar las similitudes y diferencias en la implementación de la Intervención Relacional entre ambos casos y según el protocolo de la intervención; y formular recomendaciones para mejorar la implementación de la Intervención Relacional para los casos de cuidadoras y niños habitantes de ciudades como Bogotá. Se escogió una aproximación cualitativa complementada con datos cuantitativos. Se espera que estos hallazgos contribuyan al proceso de adaptación de la IRBA al contexto colombiano.

## **Método**

### **Diseño**

Esta investigación se llevó a cabo con una metodología de estudio de caso, que pueda dar cuenta de la complejidad de las dinámicas vinculares que se dan en las relaciones de apego (Carbonell, Plata, & Alzate, 2006). Un estudio de caso se caracteriza por la profundidad en el análisis que permite la riqueza de los datos y la inclusión de las condiciones contextuales (Flyvbjerg, 2011). Aunque varios autores califican los estudios de caso como con poco alcance para generalizar los resultados, Flyvbjerg (2011) postula que el conocimiento del saber hacer se logra analizando casos concretos en realidades complejas. Esto aplica justamente a la psicología clínica donde la experiencia se desarrolla en la práctica caso a caso. De hecho, los estudios de caso han sido usados para ilustrar el uso de técnicas psicoterapéuticas y la implementación de programas preventivos para primera infancia (ver Gill, Hyde, Shaw, Dishion, & Wilson, 2008; Klein Velderman, Femmie Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzerdoorn, 2008; Tarabulsy et al., 2018).

Esta investigación presenta el análisis cualitativo y cuantitativo de la información recolectada durante la implementación de la Intervención Relacional con dos casos de cuidadoras en la ciudad de Bogotá. La Intervención Relacional es un programa de intervención breve que consta de 8 a 10 sesiones, una semanal, con duración de 90 minutos, las sesiones se realizan en visitas domiciliarias para familias en condiciones de vulnerabilidad y lo que busca es fortalecer la sensibilidad materna y mejorar la calidad del vínculo de apego de los niños y las niñas a través de la video retroalimentación y la retroacción desde un enfoque positivo, es decir, que se basa en los recursos de los cuidadores. Esta intervención ha sido utilizada en Canadá, tanto para prevenir el maltrato y la pérdida del cuidado parental por negligencia o maltrato, así como para ayudar en el reintegro después de una separación (Moss et al., 2014; Tarabulsy et al., 2008).

Se realizó un análisis cualitativo complementado por un análisis cuantitativo, por lo que se trata de dos estudios de caso con diseño mixto. El análisis cualitativo de los datos se realizó siguiendo la metodología propuesta por Taylor y Bogdan (1987) “enfoque [que] se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian” (p. 159), que comparte con la teoría fundamentada de Glaser y Strauss el hecho de

que las comprensiones se fundamentan en los datos y se desarrollan a partir de ellos (Strauss & Corbin, 2016); esto implica que en el proceso de análisis se identifiquen y se evidencien temas y conceptos en los datos.

En el análisis cualitativo se incluyó información sobre el desarrollo de las sesiones en sus distintas partes, según temas trabajados, técnicas empleadas y características de la interacción entre la cuidadora y el niño durante la intervención. Además, se analizó información sobre los antecedentes de cada familia, la evaluación de los profesionales y la evaluación de satisfacción de las participantes, de cada sesión, para identificar claridad de los temas, pertinencia, aspectos positivos y negativos de la implementación de la intervención. En la parte cuantitativa se analizó la información relacionada con el tiempo de duración de las sesiones y de sus partes, así como el nivel de satisfacción de las participantes con las actividades y la propuesta de intervención. Por último, para poder sacar conclusiones sobre cada caso y sobre la intervención relacional implementada, se trianguló la información proveniente de los videos de las sesiones de intervención, el reporte de las cuidadoras, el reporte de los profesionales y el protocolo o manual de la intervención relacional traducido y adaptado para estos casos.

A través de esta metodología mixta para el estudio de casos se buscó comprender cómo fue el proceso de implementación del programa, los logros y los retos o dificultades que se presentaron, las similitudes y las diferencias entre los casos, y entre la implementación de la intervención y el protocolo. Con esta evidencia se obtuvieron recomendaciones para contribuir a la adaptación del protocolo de la Intervención Relacional a la realidad de las familias colombianas desde la experiencia en campo, específicamente en los casos de reintegro familiar, es decir, cuando el niño o la niña menor de seis años se encuentra en una ubicación de cuidado alternativo por estar en un *Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos* (Ley 1098, 2006) y en los casos en los que se identifiquen factores de riesgo para que se presente maltrato o negligencia a interior de las familias, tales como tener historia de maltrato o abuso (para ver un análisis en detalle sobre factores de riesgo y protección del maltrato infantil, consultar (Morelato, 2011)

## Participantes

En este estudio participaron dos familias, dos psicólogos que lideraron la intervención, dos profesionales que apoyaron la implementación y un supervisor. En primer lugar se presentarán las familias y sus casos; el primero de ellos, el caso A, es un caso en el que se presenta la institucionalización de tres de los niños de la familia y el otro, caso B, es un caso en el que se observó riesgo de maltrato del niño debido a los antecedentes de la familia.

### Caso A Institucionalización. Julia.

La abuela Julia<sup>2</sup> y su nieto Felipe de 18 meses participaron en el programa de Intervención Relacional puesto que el niño se encontraba institucionalizado junto con su hermano gemelo Diego y su hermano mayor León. Diego también participó en algunas de las sesiones. El genograma de la familia se presenta en la Figura 1.

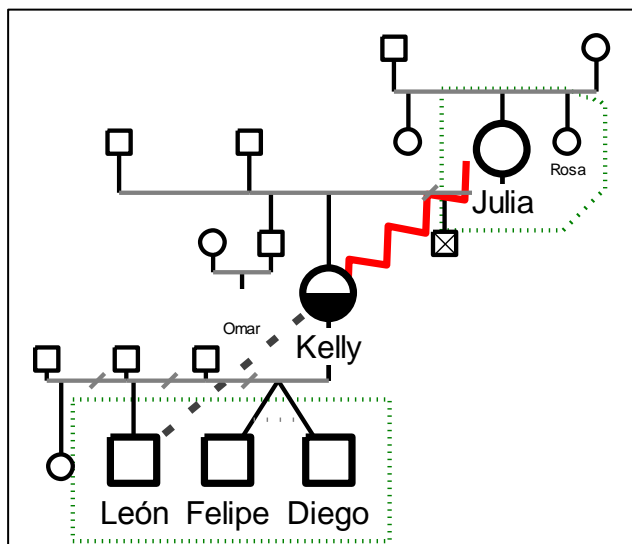


Figura 1. Genograma Familia de Julia. Caso A Institucionalización. Relación conflictiva entre Julia y su hija Kelly. Relación distante entre Kelly y sus tres hijos.

Julia tuvo tres hijos: dos hombres y una mujer, Kelly. Los tres niños que están institucionalizados son hijos de Kelly, al parecer de distintos padres, todos ausentes; ella también tiene una hija mayor pero la abuela la dejó al cuidado del padre pues Kelly no asumía el cuidado. Kelly ha tenido problemas de consumo de sustancias psicoactivas y estuvo privada de la libertad, según el interventor. Julia cuidaba esporádicamente a los niños pues

<sup>2</sup> Los nombres han sido cambiados para proteger la confidencialidad de los participantes

Kelly era negligente con ellos. Julia decidió entregar los niños al ICBF para evitar que Kelly apareciera y se los llevara, como había ocurrido en el pasado, y pidió al ICBF la custodia total de los tres niños. Al momento de iniciar la intervención ellos ya llevaban 8 meses institucionalizados y la abuela no tenía la custodia ni estaba segura de recibirla. La institución recomendó a Julia y a Felipe para la Intervención Relacional con el fin de contribuir a la preparación para el reintegro de los niños al medio familiar.

### **Caso B Preventivo. Victoria.**

Victoria y su hijo Manuel de 10 meses participaron en la Intervención Relacional como estrategia preventiva. Esta familia fue elegida por recomendación de la ONG donde las dos hijas mayores de Victoria asistían después de su jornada académica, como apoyo para la recuperación frente al abuso sexual que una de ellas sufrió en su hogar cuando tenía aproximadamente 8 años. Entre los antecedentes más importantes de esta familia se encuentran: Victoria es sobreviviente de abuso sexual; se ha presentado violencia de pareja; la relación de Victoria con sus hijas es ambivalente, es decir unas veces es contenedora y otras es hostil; falencias en cuanto a redes de apoyo, y condiciones económicas de la familia precarias, dependen por completo de los aportes del padre quién no vive con la familia, pero paga el arriendo y aporta a la manutención de todos. Por el nivel de riesgo familiar identificado, Victoria y Manuel participaron en el programa como una estrategia de prevención del maltrato para Manuel. El genograma de la familia se presenta en la Figura 2.

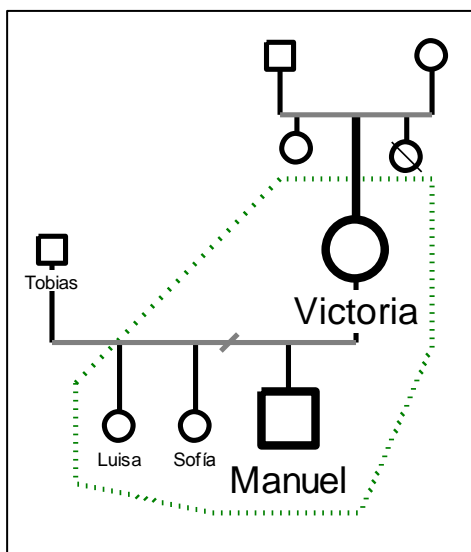


Figura 2. Genograma Familia de Victoria. Caso B Preventivo.

Con respecto a los profesionales, cada caso contó con un psicólogo que lideró el caso, ambos con título de doctores en psicología. Cada doctor contó con un profesional que apoyó las visitas y el proceso de la intervención, estos profesionales también eran psicólogos uno con título de doctorado en psicología y el otro con título de magister en psicología. Este equipo recibió capacitación específica para implementar la Intervención Relacional.

Alex<sup>3</sup> y Sandra acompañaron el caso A y Ana y Luis el caso B. El supervisor que brindó apoyo a los profesionales fue el creador de la Intervención Relacional, profesor George Tarabulsy de la Universidad de Laval.

### **Instrumentos**

Se aplicó un cuestionario de evaluación de satisfacción a las cuidadoras después de cada sesión. Este cuestionario estuvo compuesto de preguntas cerradas con opción de respuestas tipo Likert, para evaluar la percepción de claridad de los temas trabajados, la pertinencia y el disfrute de las actividades, entre otros aspectos. Adicionalmente contenía preguntas abiertas para recibir la retroalimentación de las participantes sobre los aspectos positivos y por mejorar de cada sesión de la intervención (Anexo 2).

Los profesionales llenaron un formato de evaluación de proceso para registrar el desarrollo de cada sesión según su perspectiva. Se indagó por los temas tratados, las técnicas de intervención usadas, el tiempo empleado, las dificultades experimentadas, y los logros alcanzados, entre otros temas. Este formato incluyó también una serie de preguntas cerradas y abiertas (Anexo 3).

Adicionalmente se usaron las grabaciones en video de cada una de las sesiones realizadas en los hogares de las familias, a partir de las cuales se obtuvo información para realizar análisis cuantitativos como cualitativos.

Los materiales usados durante las sesiones de intervención fueron una Tablet para grabar los momentos de actividades de interacción y para verlos y analizarlos junto con cada cuidadora. Además, se usaron juguetes, instrumentos musicales, pinturas para la cara, libros y

---

<sup>3</sup> Sus nombres han sido reemplazados por nombres ficticios

rompecabezas. Para una sesión del caso B se usó la escala de evaluación del desarrollo E.C.D- R (EVCDI-R, 2016).

En algunas sesiones del caso A se utilizó un Casco inalámbrico para registrar actividad electroencefalográfica (EEG), de la cuidadora, sin embargo, los resultados obtenidos con este instrumento no son incluidos en este estudio.

## **Procedimiento**

El procedimiento que se siguió, con miras a aportar al proceso de adaptación para el contexto colombiano de la Intervención Relacional, se basa en el tratamiento y análisis de datos y registros que fueron recolectados durante en la implementación del programa en 2018 para dos casos de cuidadoras de niños pequeños. Se realizaron 9 sesiones de intervención, tanto en el caso A como en el caso B. Para llevar a cabo la intervención los profesionales se entrenaron y durante la aplicación recibieron supervisión constante. Todas las sesiones fueron filmadas.

### **Sistematización de la información.**

Para la sistematización de los datos contenidos en los formatos de evaluación diligenciados por los profesionales y las cuidadoras después de cada sesión, se construyeron matrices en las que se transcribió la información. Adicionalmente se analizaron los videos de cuatro de las nueve sesiones de cada caso. Las sesiones número 2, 5, 6 y 9 fueron las analizadas para el caso A y las sesiones 1, 4, 5 y 8 para el caso B. Esta selección de videos de sesiones a analizar se debió a la gran cantidad de información contenida en los videos de las nueve sesiones de intervención para ambos casos (18 visitas en total). Con el fin de tener información sobre el inicio de la intervención, su desarrollo y su cierre, se seleccionaron las visitas a ser analizadas de forma intercalada entre los dos casos, de tal forma que se contara con información representativa sobre el proceso de intervención de cada caso, pero también, sobre el proceso de la intervención relacional en su conjunto. Para ninguno de los casos se analizaron los videos de las sesiones 3 y 7.

Entonces se tiene que, sobre el inicio de la intervención se incluyó la información de las grabaciones de las visitas 1 (caso B) y 2 (caso A); sobre el desarrollo de la intervención se incluyó la información sobre las visitas 4 (caso B) y 5 (caso A y B), y 6 (caso A), y sobre el

cierre de la intervención las visitas 8 (caso B) y 9 (caso A). Para realizar la codificación de la información de las videgrabaciones se construyó una matriz en la que se registró la información observada en los videos. Se contó con un equipo de cuatro observadoras entrenadas, dos estudiantes de psicología de la Universidad del Rosario de IX semestre, una estudiante de la maestría de psicología clínica de la Universidad Nacional y la autora de la presente investigación. El entrenamiento de las observadoras constó de ejercicios de observación de los videos y diligenciamiento de las matrices con supervisión y retroalimentación inmediata. Una vez concluido el entrenamiento, las observadoras recibieron los videos (o secciones de los mismos) para su codificación, durante este trabajo recibieron supervisión constante. Adicionalmente se llevó a cabo un control de muestras de la codificación, se seleccionaron al azar secciones de video codificados por cada observadora y se comparó la información registrada en las matrices con la información de los videos, en los casos que fue necesario se hicieron devoluciones de las matrices, junto con observaciones para hacer ajustes en las partes analizadas al azar, así como en las codificaciones previas y subsiguientes. Este procedimiento se realizó dos veces con cada observadora de forma individual para lograr confiabilidad en el proceso.

Los pasos para diligenciar las matrices fueron: observarlos e identificar los intervalos de tiempo en los que se presentaban las partes de la intervención según el protocolo, es decir:

1. Conversación Libre (retomar las tareas, problemas en la casa, otras dificultades: acceso a salud, educación, etc.).
2. Cápsulas de discusión (temáticas específicas ligadas al apego y la intervención).
3. Actividades con el niño/a (Video retroalimentación y retroacción) (*Protocolo de aplicación proyecto de investigación Intervención Relacional “Estudios de caso”, 2018*).

Con la información de la duración de las distintas partes por sesión, el segundo paso que siguieron las observadoras fue completar las matrices teniendo en cuenta el diccionario para el análisis de videos (Anexo 4), y el documento de indicaciones para diligenciar la matriz (Anexo 5), que se elaboraron para esta investigación.

Cada matriz recogió información de las siguientes categorías: Código para identificar el intervalo de video, el caso al que correspondía y el número de la sesión; los tiempos del

intervalo, inicio, fin y duración; la parte de la intervención a la que correspondía: 1. Conversación libre 2. Cápsulas de discusión, 3. Actividades con el niño y 4. Otra (categoría emergente que se agregó para momentos de la intervención que no correspondían a ninguno de los ya mencionados); información de contexto como las características de la vivienda o antecedentes familiares; la sensación de la observadora ante esa sección del video que dé información de tipo contratransferencial que aporte a la comprensión el clima emocional que se observa en el video; observaciones con respecto al intervalo de video que no corresponda a las categorías establecidas, por ejemplo ideas para el análisis posterior; y el código de la observadora.

Dependiendo de la parte de la intervención que se estuviera codificando se continuó la sistematización de la información. Las partes 1. Conversación libre, 2. Cápsulas de discusión y 4. Otras, se analizaron en intervalos de 3 minutos según las siguientes categorías: descripción de lo sucedido en el intervalo; transcripción literal de una muestra del intervalo; intervención realizada por los psicólogos; y respuesta de la cuidadora ante la intervención. Las partes de los videos categorizadas como 3. Actividades con el niño, se analizaron en intervalos de 30 segundos en las categorías: Interacción diada cuidadora-niño o interacción psicólogo cuidadora; en estas categorías se incluyó la transcripción y descripción detallada de la interacción. A continuación se muestra un ejemplo de la parte 3 Actividades con el niño, en el que se describe y se transcribe la interacción psicóloga- cuidadora (ejemplos de cada categoría de la matriz se presentan en el Anexo 4):

Se ve que Ana y Victoria sonríen y miran con atención el video, Victoria se ríe y Ana pone pausa, Victoria "yo le señalaba y miraba" dice riéndose, Ana sonrío "muy bien" dice en un tono emocionado, Victoria "¿si lo vio que yo le señalaba y miraba?" dice en tono alegre, Ana "[...] muy bien Victoria", Ana retrocede el video, se ve que Victoria sigue sonriendo, Ana "y aquí hiciste una pregunta muy buena", Ana reproduce el video, se escucha la pregunta de Victoria sobre una figura, Ana "perfecta, ¿ves?", Ana pone pausa, mira a Victoria, Ana "esa es la comunicación con él", Ana "él está súper atento", Victoria asiente, Ana "¿qué es esto? un cuadrado y él debe estar mirando todo eso [...]", Victoria "y lo dejé un ratito y ahí sí lo señale", Ana sonrío "aja", Victoria sonrío (B8-2:2-33).

### **Procedimientos de análisis.**

En primer lugar se analizaron las matrices de los videos en Atlas Ti, a través de análisis de contenido (Strauss & Corbin, 2016), la información de las matrices fue codificada y categorizada para encontrar temas y tendencias; partiendo de la descripción del intervalo se agruparon los temas trabajados en las sesiones en categorías emergentes por ejemplo en *problemas contextuales* o *psicoeducación en sensibilidad de la cuidadora*, entre otros; en la categoría de las matrices Interacción diada cuidadora-niño se crearon categorías emergentes que reflejaran tendencias en las interacciones, por ejemplo *interacciones afectuosas* o *interacciones intrusivas*.

Posteriormente las matrices con la información sobre las evaluaciones realizadas por las cuidadoras y los profesionales de todas las sesiones y de cada caso, fueron analizadas por separado según el tipo de pregunta. Para las preguntas de tipo cuantitativo se realizaron análisis de tendencia y se calcularon promedios para las preguntas tipo Likert que evaluaban el nivel de satisfacción frente a: *comprensión, importancia temas, disfrute actividades, claridad/utilidad material, profesional captura mi atención, aprendizajes nuevos, utilidad aprendizaje, comodidad lugar y cumplimiento horario*. Para las preguntas abiertas se hizo un análisis de contenido, y se construyeron categorías; por ejemplo, para la pregunta de lo más positivo de la intervención, que era una pregunta abierta se hizo una matriz en Excel en la que se crearon categorías que agruparan las respuestas. Los hallazgos de los distintos instrumentos se triangularon entre ellos, primero para cada caso, luego entre ambos casos y con la información del manual de la intervención.

### **Consentimiento Informado.**

Se contó con un consentimiento informado que incluía la información del programa, los derechos del niño y la familia, las actividades generales y procedimientos como la grabación en video de las sesiones, la confidencialidad y su consentimiento para el uso de los datos con fines investigativos (Anexo 1). Este consentimiento fue firmado por las cuidadoras y los investigadores antes de iniciar la intervención.

## Resultados

### Resultados de los Análisis Cuantitativos

A continuación se presentan los resultados del análisis cuantitativo de la información de la aplicación del protocolo de la intervención relacional a cada uno de los dos casos estudiados. Se presenta la duración de las sesiones de intervención, la duración de las partes que componen cada sesión de la intervención, la secuencia de los momentos, y los resultados de las evaluaciones de satisfacción con la intervención que realizaron las dos cuidadoras, así como los resultados de la evaluación del desarrollo de cada sesión de la intervención realizada por los profesionales. Aunque los resultados de esta sección son principalmente cuantitativos, en algunos casos se presentan de forma complementaria hallazgos de tipo cualitativo.

#### Duración de las sesiones.

En total se realizaron 18 sesiones de intervención. Se analizaron 9 sesiones de este total, con una duración de 11 horas y 22 minutos de filmación: 5 horas y 23 minutos de las sesiones del caso A y 5 horas y 59 minutos de las sesiones analizadas para el caso B.

La duración de siete de los ocho videos analizados osciló entre 1 hora 20 minutos y 1 hora 40 minutos; la sesión 2 del caso A fue la única que duró menos con 49 minutos (*Fig. 3*).

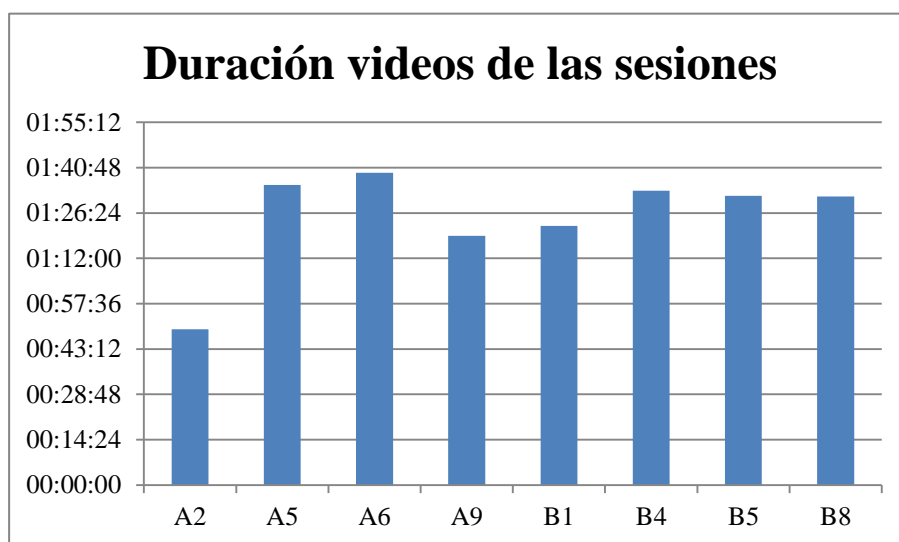


Figura 3. Duración de los videos de las sesiones analizadas para cada caso. Caso A Institucionalización; caso B prevención.

Al ver el tiempo de duración de las diferentes partes en las que se divide una sesión de intervención, según el protocolo, (Conversación libre, Cápsulas de discusión, Actividades con el niño), se encuentran algunas diferencias entre los casos y según la etapa de la intervención (Tabla 1).

Tabla 1.

*Tiempo de duración de las sesiones del caso A y del caso B y de sus partes*

<b>Caso y sesión</b>	<b>Parte 1. Conversación Libre</b>	<b>Parte 2. Cápsulas de discusión</b>	<b>Parte 3. Actividades con el niño</b>	<b>4. Otro (emergente)</b>	<b>Total</b>
A2	0:03:40	0:09:50	0:29:22	0:06:37	0:49:30
A5	0:38:40	0:13:17	0:30:04	0:13:12	1:35:15
A6	0:52:48	0:04:16	0:30:02	0:12:01	1:39:08
A9	0:13:11	0:20:22	0:38:13	0:07:24	1:19:11
Total A	1:48:19	0:47:45	2:07:41	0:39:14	
B1	0:37:02	0:15:18	0:28:00	0:02:00	1:22:19
B4	0:42:11	0:26:43	0:19:59	0:04:33	1:33:26
B5	0:39:00	0:22:55	0:19:23	0:10:32	1:31:50
B8	0:11:56	0:35:37	0:26:35	0:17:29	1:31:37
Total B	2:10:09	1:40:33	1:33:57	0:34:34	

Las primeras tres columnas de tiempo que se muestran en la Tabla 1 corresponden a lo que se plantea en el protocolo de la Intervención Relacional, y la última columna de tiempos corresponde a la información incluida en la categoría emergente 4. Otro, que agrupó los momentos de la sesión que no correspondían a ninguna de las partes mencionadas en el protocolo (partes 1, 2 y 3). En esta columna se incluyeron tiempos de momentos observados en los videos no relacionados con la intervención, por ejemplo, la colocación del casco y los tiempos para la línea de base de las medidas electroencefalográficas<sup>4</sup>, para el caso A; la aplicación de los instrumentos de evaluación que llenaron las cuidadoras, o la programación de la siguiente sesión. También se incluyeron los tiempos en los que por las situaciones propias de la cuidadora o el niño se requirió interrumpir la sesión, sobre todo en el caso B cuando la cuidadora debía cambiar el pañal del bebé, por ejemplo.

<sup>4</sup> Estas medidas fueron tomadas en el proyecto Adaptación de la IRBA para el contexto colombiano pero no son objeto de estudio en la presente investigación

En el caso A, la parte 3, Actividades con el niño, fue la que tuvo mayor duración en dos de las sesiones analizadas: la del comienzo y la del final. En las otras dos sesiones, las de la mitad, la parte 1. Conversación libre fue la más larga, sobre todo en la sesión 6. En esta sesión Julia estaba agotada y preocupada por los problemas con su hija (la madre de los niños) y su hermana debido a la custodia de los niños; en esta sesión se requirió que los psicólogos realizaran una intervención en crisis (*Figura 4*).

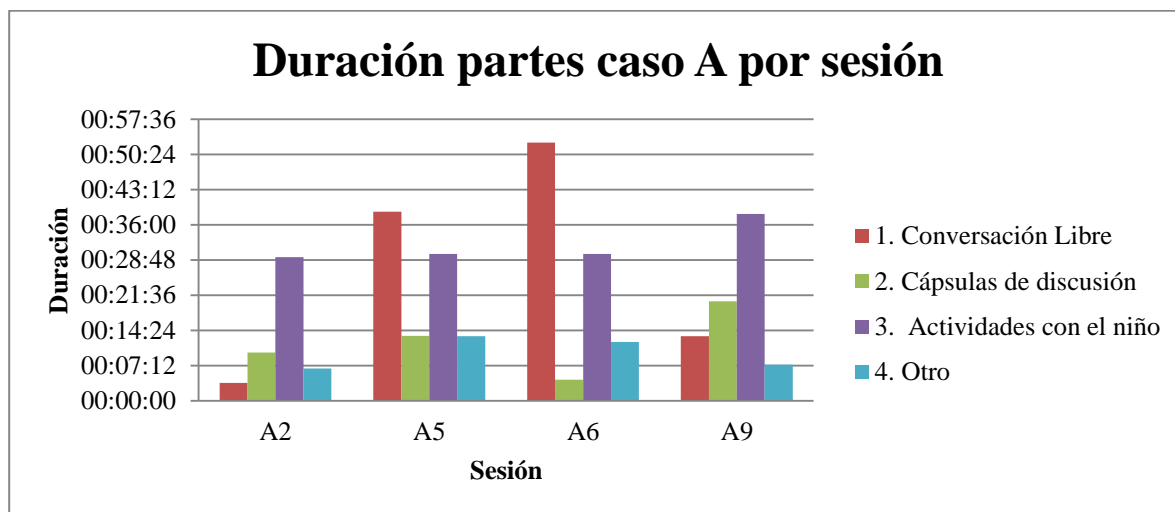


Figura 4. Duración en tiempo de las partes de la intervención para el caso A según sesión

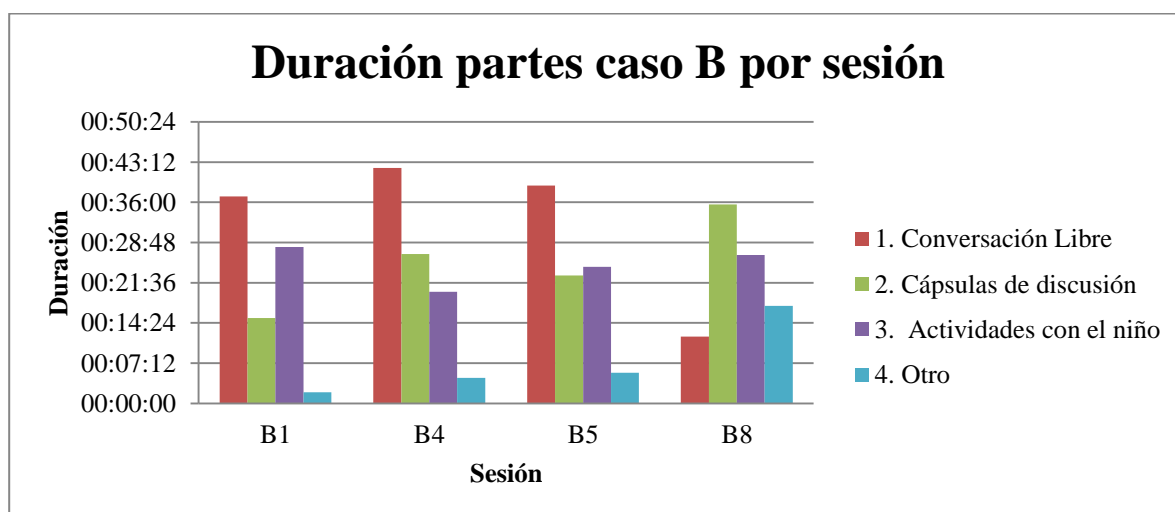


Figura 5. Duración en tiempo de las partes de la intervención para el caso B según sesión

Para el caso B, la parte que tomó más tiempo de las sesiones fue la parte de Conversación Libre, con la excepción de la sesión 8 en la que la parte 2. Cápsulas de discusión duró más tiempo. Sin embargo, se observa que la parte 3. Actividades con el niño tomó el segundo mayor tiempo en tres de las cuatro sesiones analizadas (ver Figura 5), mientras que para el caso A, esta parte tomó el segundo mayor tiempo en dos de las cuatro sesiones (ver Figura 4). Además, la cantidad de tiempo destinada a la parte 2. Cápsulas de discusión para el caso A fue de 9:50 minutos en la visita 2, 13:17 minutos en la 5, 04:16 en la 6 y de 20:22 en la sesión 9, para un total de 47:45 minutos; mientras que para el caso B los tiempos de esta sesión fueron: 15:18 en la visita 1, 26:43 en la visita 4, 22:55 en la 6 y 35:37 en la visita 8, para un total de una hora y 40:33 minutos.

### **Secuencia de momentos de intervención.**

El orden en el que se llevó a cabo cada uno de los momentos en las sesiones se presenta en las Figuras 6 y 7. Los momentos corresponden a: *Conversación libre, Cápsulas de discusión, Video retroalimentación, Retroacción y Otros*<sup>5</sup>. En el caso A, en todas las sesiones analizadas se observa una secuencia ascendente en la que se realizan primero Conversación libre, luego Cápsulas de discusión, seguido de Video retroalimentación; la diferencia se observa en que unas sesiones comenzaron en el momento Otros, aquellas en las que se usó el casco de medidas electroencefalográficas, y otras comenzaron directamente en Conversación libre. En este caso en solo dos de las sesiones se observó la realización de Retroacción. En dos sesiones, los momentos categorizados como Otro interrumpieron la secuencia de la Video retroalimentación o la Retroacción (ver Figura 6). En este caso todas las sesiones concluyeron en el momento Otro, pues los videos terminaron registrando la aplicación de los instrumentos de evaluación diligenciados por la cuidadora y la programación de la siguiente sesión.

---

<sup>5</sup> La diferencia entre partes y momentos es que en esta última se desagrega la parte 3. Actividades con el niño en dos categorías Videoretroalimentación y Retroacción.

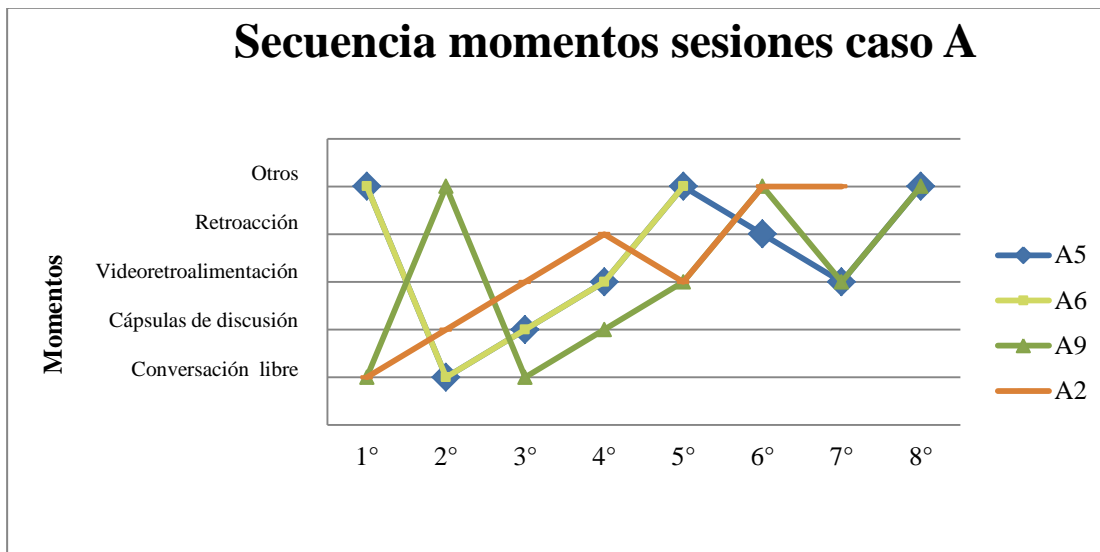


Figura 6. Secuencia de los momentos de las sesiones analizadas del caso A

En el caso B, la sesión 1 tuvo una secuencia ascendente como la de las sesiones del caso A y la sesión 5 también tuvo un patrón ascendente, solo que con una interrupción en la mitad de las Cápsulas de discusión. En las otras sesiones, 4 y 8, al principio de las sesiones los momentos se intercalaron, es decir que se cambiaba de un tipo de momento a otro, formando un patrón de zigzag (ver Figura 7). Esto pudo deberse a que el niño participante del caso B era más pequeño que el niño del caso A (10 meses versus 18 meses al momento de iniciar la intervención), por lo que el orden de la sesión se tuvo que adaptar a sus necesidades: sueño, cambio de pañal o consolarlo porque se había pegado con algo, por ejemplo. Adicionalmente, se observa que la cuidadora, Victoria, recurrentemente comentaba a la interventora otros temas del ámbito comunitario, como eventos recientes de maltrato infantil en familias vecinas. En este caso además se presentaron otras interrupciones como la llegada a casa de las hijas después de la jornada escolar. Estas últimas situaciones son las que se clasificaron como un momento de tipo 4. Otro. En las oscilaciones entre las partes 1 y 2 de la sesión 8 se observó que la variación se debió a que cuando la psicóloga comenzó a trabajar la parte 2. Cápsulas de discusión, en un intervalo corto de 30 segundos, aparece una sección con la codificación 4. Otro, que se refiere a un momento en el que la cuidadora comentó acerca de los problemas de humedad en su casa, su deseo de mudarse ya que es algo que la preocupaba en ese momento y podría relacionarse con las constantes gripas del bebé. Al igual que en el

caso A todas las sesiones terminaron en el momento Otro, la diferencia es que en el caso B no se grabó la aplicación de los instrumentos y se hizo un resumen de los temas trabajados, mencionando lo que se realizaría en la siguiente sesión.

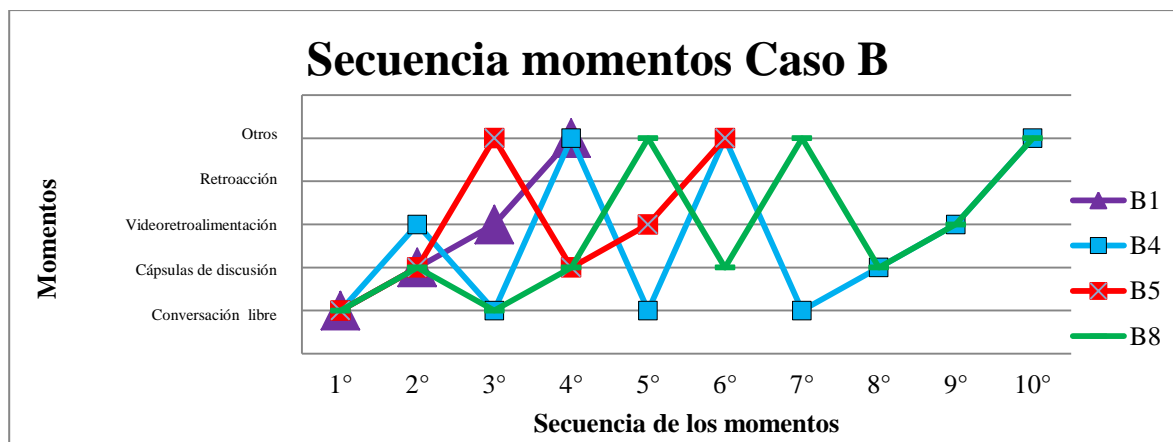


Figura 7. Secuencia de los momentos de las sesiones analizadas del caso B

### Evaluaciones de satisfacción, cuidadora Caso A.

En el caso A, Julia, la cuidadora, evaluó positivamente todos los aspectos por los que se le indagó acerca de su participación en la intervención relacional. En una escala de 1 a 5, donde 5 era *Estoy en [sic] acuerdo*, todos los temas los calificó con 5, exceptuando el tema de la comodidad del lugar en el que se realizó la intervención durante la primera sesión, a la que le asignó un 4. Los promedios de la satisfacción frente a cada tema se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.

*Promedio de la calificación de satisfacción de las nueve sesiones frente a los temas evaluados para el Caso A*

Temas	Promedio
Comprensión	5
Importancia temas	5
Disfrute actividades	5
Claridad/utilidad material	5
Profesional captura mi atención	5
Aprendizajes nuevos	5
Utilidad aprendizaje	5
Comodidad lugar	4,8
Cumplimiento horario	5

Frente a la pregunta por lo más positivo de la intervención, que era una pregunta abierta, las respuestas de Julia a lo largo de las nueve sesiones se agruparon en tres categorías: 1. Aprender a conocer al niño (4 sesiones) “Aprender y conocerlo mejor, ahora lo estoy conociendo mejor” (A4<sup>6</sup>), 2. Compartir e interactuar con sus nietos (4 sesiones) “Que tuve los dos niños y pude interactuar con los dos” (A7) y 3. Otras (2 sesiones) “Sentirme más cómoda con las terapias” (A3).

En cuanto a los aspectos por mejorar de las sesiones que mencionó Julia, se establecieron cuatro categorías: 1. Ningún aspecto negativo (5 sesiones) “Nada negativo en el momento” (A2), 2. Factores externos a la intervención (2 sesiones) “Tener que interrumpir para buscar a mi hermana” (A3), 3. Actividad de la sesión (1 sesión) “No me sentí muy cómoda con el juego” (A2) y 4. Comportamiento del niño (1 sesión) “Que Felipe estuviera cansón y no se pudiera hacer la actividad” (A7).

En relación con las sugerencias para mejorar la intervención Julia en 6 de las 9 sesiones no hizo sugerencias “Todo ha estado bien” (A5), en las otras sesiones mencionó aspectos asociados a continuar con el proceso “Seguir en las charlas para entender mejor las cosas” (A2) y “Yo creo que el proceso más largo, tener más sesiones” (A8).

En el campo de Otros comentarios Julia agregó: “Que se lograra llegar a un acuerdo con los niños. Que pueda tener la custodia de los niños” (A6), “Que las sesiones fueran más largas” (A7). En la última sesión comentó: “Creo que ya me dejó claro, creo que todo lo que hicimos, si tengo dudas lo podría llamar” (A9).

Según los anteriores resultados se puede concluir que la experiencia de Julia en la Intervención Relacional fue satisfactoria para ella, pues rescató que los espacios de las sesiones le permitieron conocer más a sus nietos y comunicó que hubiese querido que la intervención se extendiera más en el tiempo, además refleja que construyó una relación de confianza con el interventor, lo cual es muy valioso.

---

<sup>6</sup> Cuidadora A sesión 4

### **Evaluaciones del proceso del Caso A según el interventor.**

En cuanto a la sensación de trabajar con la cuidadora, en una escala de 1 a 5, en la que 1 era *No me gustó en lo absoluto* y 5 *Me gustó mucho*, el psicólogo en todas las sesiones respondió que le gustó mucho trabajar con Julia. La percepción del psicólogo acerca de la apertura al cambio de la cuidadora varió durante el proceso entre Muy disponible para cambios (6 sesiones) y Bastante disponible para cambios (3 sesiones); se observó que entre la primera y la última sesión la apertura al cambio aumentó.

En la evaluación de la actitud de la cuidadora en una escala, en la que 1 significaba reservada y 5 cooperativa, se encontró que la actitud cooperativa aumentó en el transcurso de la intervención; en la primera sesión el nivel fue de 3,5, en la segunda y tercera sesión fue 4 y en las siguientes sesiones de 5.

### **Evaluaciones de satisfacción, cuidadora Caso B.**

En el caso B la cuidadora respondió las preguntas sobre su experiencia con la intervención en 8 de las 9 sesiones, por lo que no se cuenta con los datos de la sesión 9. Victoria evaluó positivamente los temas por los que se indagó, en una escala de 1 a 5 donde 5 era *Estoy en [sic] acuerdo*, ella calificó con un 5, a lo largo todas las sesiones, 6 de los 9 enunciados. Las excepciones fueron en la primera sesión el tema de aprendizajes nuevos *Aprendí cosas que no sabía* y Utilidad de los aprendizajes *Lo que aprendí puedo usarlo en el día a día*, que fueron enunciados con los que no estuvo de acuerdo y los calificó con 1. Adicionalmente en la sesión 7 señaló en el ítem *El profesional logró atraer mi atención la mayor parte del tiempo* un menor grado de acuerdo, al asignarle un 3 en la escala. Los promedios de la satisfacción por tema se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3.  
*Promedio de la calificación de satisfacción de las primeras ocho sesiones frente a los temas evaluados para el Caso B*

<b>Temas</b>	<b>Promedio</b>
Comprensión	5
Importancia temas	5
Disfrute actividades	5
Claridad/utilidad material	5
Profesional captura mi atención	4,75

Aprendizajes nuevos	4,5
Utilidad aprendizaje	4,5
Comodidad lugar	5
Cumplimiento horario	5

Frente a la pregunta por lo más positivo de la intervención, que era una pregunta abierta, las respuestas de Victoria de las ocho sesiones se analizaron y se agruparon en cuatro categorías: 1. Conexión con el bebé (3 sesiones) “Es muy agradable saber que mi bebé está conectado conmigo” (B5), 2. Ver el desarrollo del niño y verlo jugando (2 sesiones) “Que el niño mantuvo contacto con los juguetes” (B3), 3. Interacción de los psicólogos con el bebé (2 sesiones) “Que el niño compartió con Luis y que jugó mucho hoy, y que no desconoció a Luis” (B3) y 4. Otras (3 sesiones) “El mapa de relaciones familiar fue muy excelente, me motivó mucho, me sentí tranquila y me hizo pensar que en realidad tengo muchas personas que me quieren y que yo quiero, y también saber que puedo contar con Luis y Ana”. Cabe anotar que en 4 de las 8 respuestas de lo más positivo de la sesión Victoria incluyó a Ana y a Luis, lo que refleja que para ella el apoyo y acompañamiento de los psicólogos fue importante.

En cuanto a los aspectos negativos de las sesiones que mencionó Victoria, estos se categorizaron como se muestra a continuación: 1. Ningún aspecto negativo (2 sesiones) “Nada todo me parece bien” (B5), 2. Factores externos a la intervención (2 sesiones) “Que estuve con mucho dolor” (B3), 3. Accidente durante la sesión (1 sesión) “Que el niño casi [se] me corta con un esmalte” (B7) y 4. Comportamiento del niño (1 sesión) “Que el niño estuvo inquieto un poco” (B4). En dos sesiones Victoria no respondió nada a esta pregunta

En relación con las sugerencias para mejorar la intervención, Victoria en 4 de las 8 sesiones no hizo sugerencias y en las otras sesiones mencionó aspectos asociados a hacer actividades distintas con el niño: “Me gustaría que se cambiaran los juegos con el bebé. Otros para que él explore más” (B7). Esta sugerencia la hizo en las sesiones 3, 4, 7 y 8.

En el campo de Otros comentarios Victoria agregó: “Me gustaría que el niño fuera grabado solo con otros juegos” (B4) y “Que Luis y Ana me han dado mucho ánimo para seguir adelante con mis hijos” (B8).

Según los anteriores resultados se puede concluir que la experiencia de Victoria en la Intervención Relacional fue positiva, pues los espacios de las sesiones le permitieron conectarse más con su bebé y se sintió apoyada por los psicólogos.

### **Evaluaciones del proceso del Caso A según el interventor.**

En cuanto a la sensación de agrado al trabajar con la cuidadora los psicólogos respondieron que *Estuvo bien* en 6 de las 9 sesiones y en tres de ellas, que les gustó mucho trabajar con Victoria (sesiones 4, 8 y 9).

La percepción de los psicólogos acerca de la apertura al cambio de la cuidadora fue durante las primeras ocho sesiones *Un poco disponible para cambios* y en la última sesión *Bastante disponible para cambios*; frente a la disponibilidad anotaron en la sesión 2 “Está disponible para la intervención y realizar las actividades. No percibo una disponibilidad para cambiar rutinas que ayuden al desarrollo del niño ni preocupación o interés por los puntos en los que se ve un atraso”. Se observó que la apertura al cambio aumentó para el final del proceso.

En la evaluación de la actitud de la cuidadora en una escala en la que 1 significaba reservada y 5 cooperativa, fue de 5 en todas las sesiones, excepto en la 2 y 6, en las que la actitud fue un poco menos cooperativa. Cabe señalar que los psicólogos anotaron que justamente en la sesión 6 “Victoria se encontraba muy enferma ese día con un fuerte dolor abdominal, por lo que no podía estar mucho tiempo de pie. De todos modos nos recibió y tratamos de realizar las actividades según lo planeado”.

### **Resultados de los Análisis Cualitativos**

A continuación se presentan los resultados del análisis cualitativo para cada una de las partes de las sesiones de intervención, y para cada caso. Se incluyó en el análisis la información resultado del análisis de los videos de cuatro sesiones para cada caso; la información de los antecedentes de los casos; las observaciones de los psicólogos realizadas

en los formatos de evaluación después de cada sesión y los lineamientos del manual de la Intervención Relacional.

### **Parte 1. Conversación libre.**

El objetivo del espacio de las sesiones para Conversación libre es abordar los acontecimientos recientes de la familia y los temas que le preocupan a la cuidadora. En la Intervención Relacional original se esperaba que el rol de los profesionales frente a las problemáticas de la vida cotidiana de las familias, fuera un rol centrado en la calidad de la interacción cuidadora-niño, el tema relacional. Sin embargo, el rol de los psicólogos en estos dos casos estudiados no solo se centró en el componente relacional sino que por la falta de una red de servicios efectiva que se pudiera activar ante las necesidades de las familias, los psicólogos optaron por acompañar a la familia también en estos aspectos, procurando que la misma cuidadora pudiera activar sus redes de apoyo y afrontar mejor diversas problemáticas.

En ambos casos durante la Conversación Libre se abordaron principalmente temas contextuales acerca de las dificultades que enfrentaban las cuidadoras en los otros sistemas en los que estaban inmersas: familiar, social, comunitario. En general en la categoría de temas contextuales se incluyeron los temas que surgieron en las sesiones y que podían afectar el vínculo al generar estrés en la cuidadora. Estos temas eran planteados por la misma cuidadora al indagar por sus preocupaciones o conflictos actuales. En ambos casos las categorías encontradas fueron: problemas familiares y conyugales, problemas de salud, problemas legales y dificultades en el acceso a servicios.

#### ***Caso A.***

En este caso el tema de los problemas familiares por el reintegro de los niños fue un tema central. Para Julia era preocupante la renuencia de Kelly, la madre de los niños, ante la idea de que la custodia la asumiera otra persona de la familia, pues por los antecedentes con Kelly se temían reacciones violentas por parte de ella hacia la familia. Julia temía “[...] que ella llegue a formarnos problema, a rompernos vidrios, porque ella nos los ha roto [...] ¿que nos dan la orden de restricción? Sí...pero a ella no le vale por eso” (A6- 1:4 -4<sup>7</sup>); además Julia

---

<sup>7</sup> Código de identificación usado para cada intervalo de video: Caso A sesión 6, video uno de un total de cuatro videos e intervalo número cuatro.

temía que estos ataques podrían terminar en confrontación con otros integrantes de la familia. Además para Julia era preocupante la falta de apoyo de sus demás familiares para el proceso de reintegro de los niños; en el espacio de Conversación libre Julia mencionó los conflictos que tenía con su hermana Rosa, con quien compartía la vivienda, justamente por la llegada de los niños a la casa.

Otro de los temas abordados en la parte Conversación libre fue la salud mental de Julia. Su hijo menor había sido asesinado hacia ocho meses y Julia estaba en un proceso de duelo complicado por su pérdida. Este duelo estaba asociado a síntomas depresivos según lo reportado por los psicólogos. Adicionalmente se observó una frustración importante por el fracaso en la crianza con sus propios hijos: el consumo de drogas de su hija Kelly, las relaciones conflictivas con ella y la muerte violenta de su hijo. El mismo consumo de sustancias psicoactivas de la madre de los niños es un asunto de salud mental que influyó en el proceso, este tema, sin embargo, no se abordó directamente en la intervención<sup>8</sup>.

Adicionalmente Julia enfrentaba dificultades con procedimientos de tipo legal, específicamente con el proceso con la Defensoría de Familia para conseguir la custodia de los niños. Ellos se encontraban en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos y habían sido retirados de su medio familiar; el proceso era complejo para Julia pues a mitad de la intervención ella aún no tenía claridad de a quién le iban a otorgar la custodia y de quién dependía esa decisión. En este punto se puede ver la interacción de los distintos tipos de problemas, pues los problemas con los procedimientos legales, junto con los problemas familiares y de salud mental se empeoran y se incrementan mutuamente: en otros términos la familia del caso A llega a la situación del retiro e institucionalización de los niños, por problemas familiares y de salud mental, pero los temas legales hacen que se presenten más dificultades familiares; adicionalmente los asuntos emocionales por el estado depresivo de la cuidadora impiden que se pueda resolver más fácilmente el tema de la custodia:

Julia: “Entonces había quedado opcionada para la custodia Rosa porque según ella, por los problemas que yo tengo con la muerte de mi muchacho, que no estaba como muy apta para recoger los niños, pero que le daban la custodia de los niños, pero que

---

<sup>8</sup> La madre al parecer no se quiso vincular a la IR. Sin embargo el tema del consumo de sustancias puede ser un reto para el trabajo con otras cuidadoras.

nosotras dos quedábamos con los tres, pero a raíz de lo que pasó el viernes [conflicto con la mamá de los niños] mi hermana dijo que no [...] que prefería mantenerse al margen porque eso iba a ser problemas con Kelly (se observa una expresión facial de preocupación y de derrota)” (A6).

Otro asunto legal al que la cuidadora se enfrentaba era al proceso para judicializar al asesino de su hijo. Este era un proceso al que también se enfrentaba desde el desconocimiento y la carga emocional que representaba.

### ***Caso B.***

Los temas abordados en la parte Conversación libre, en el caso de Victoria fueron los siguientes: Problemas de salud, problemas de acceso a servicios, problemas legales-judiciales y problemas conyugales.

Un tema importante que afectaba a Victoria eran sus problemas de salud, pues ella tenía dolores en el abdomen bajo desde hacía ya varios años. Llevaba un proceso largo de exámenes y diligencias sin poder tener un diagnóstico. Adicionalmente Luisa de 12 años, la hija mayor de Victoria, también tenía problemas de salud. Este fue un tema recurrente que Victoria mencionó y fue abordado por los psicólogos en 5 de las 9 sesiones, según los formatos de evaluación de las sesiones y los videos.

Victoria: yo si he estado enferma o sea, llevo 10 años con un dolor bajito, primero me habían dicho que era endometriosis, después me diagnosticaron que eran cálculos y me operaron de eso y seguí con ese dolor, incluso cuando estuve embarazada de los niños mantenía con ese dolor y ahorita estoy en tratamiento, me hicieron unos exámenes de laboratorio. Ana: ¿Y las niñas cómo están de salud? Victoria: ¿Las niñas? pues la grande ha estado un poco mala, ha tenido mucho dolor bajito también y ha botado así como sangre, pero a ella también le mandaron unos exámenes por ginecología y un examen de laboratorio. Ana: ¿Tú tienes seguro de Sisben? Victoria: Sí, Capital salud. Ana: ¿Y te ha funcionado? Victoria: Sí, pero toca estar ahí, le cubre una parte a uno, pero no es lo más importante, acetaminofén es lo único que le dan a uno para el dolor (B1-1:2-4).

Victoria: en todo caso me lo volvieron a repetir, a hacer, y me tocó ir hasta allá, se llama amigos contra el cáncer [...] y no he podido sacar la cita, y llevarlos con esta hoja para que me hagan parecido un examen así, que me miren qué es el dolor, porque yo estos días he estado, un dolor, como cuando llegan los cólicos, pero más fuertes, más o sea demasiado fuertes [...] (B4-1:3-3).

Hacia el final de la intervención Victoria comentó que tenía un tumor en el útero; esto le generó gran preocupación.

Adicionalmente la hija mayor, Luisa, requería de apoyo psicológico, pues ella había sido víctima de abuso sexual hacía más de cuatro años y era un asunto que aun la afectaba emocionalmente. Victoria en una sesión comentó que ella también fue víctima de abuso sexual, pero no ahondó en el tema.

A los problemas de salud física y mental se sumaban los problemas de acceso a servicios de salud como procedimientos engorrosos, falta de disponibilidad de citas, lejanía de los puntos de servicio, dificultades de transporte, entre otros, que hacían más difícil la situación.

Victoria: no ve que de psicología tampoco le pude sacar la de la niña... pero no ve que no ha habido citas y es que en San Blas me toca coger dos buses... siempre me queda lejos y con el niño uy una briega, para subir el coche en el transmilenio o en el bus es una briega (B5-1:2-2).

En cuanto a antecedentes familiares de salud mental, que surgieron en la parte de Conversación libre, Victoria comentó que su propia madre ha tenido depresión asociada al suicidio de una hermana de Victoria.

Victoria: por lo menos mi mamá cuando mi hermana se suicidó, ella no podía dormir, tenía que tomar medicamentos para dormir y estuvo un tiempo en Santa clara, la tenían internada allá y ella toma medicamentos últimamente, pero ella a veces tiene depresión o a veces llora y así.... (B1-1:2-5)

En la época de la intervención se estaban realizando diligencias judiciales con relación al juicio por el abuso sexual a Luisa y el proceso era desgastante emocionalmente para

Victoria y para Luisa; además, los procesos judiciales no funcionaban fácilmente, hubo citaciones en repetidas ocasiones a la fiscalía y se aplazaban las audiencias.

Victoria: Uno llega allá y hartas salas así, eso es como regañarnos allá eso, ay pero tal cosa... el otro alegando allá y yo y había presos y todo, yo estaba pero re estresada, eso habían detenidos eso entraban con semejante cara y eso, entonces yo me puse a pensar cuando me toque a mí... si me hubiera tocado que día me hubiera tocado sola en la audiencia (B5-1:2-12).

Otros temas que se mencionaron fueron los problemas conyugales; Victoria comentó que estaba separada de su esposo por la infidelidad de él y esto la afectaba emocionalmente a ella. El esposo era el proveedor económico y el cuidado directo de los hijos era asumido por Victoria. Los psicólogos anotaron en el formato de evaluación: “Nos contó que el padre de los niños no había ido a verlos ni llamado y que sospechaba que estaba con otra persona” (B3). Cabe anotar que en los antecedentes de la pareja se reportó violencia conyugal y separaciones previas.

Después de esta revisión de los temas que surgieron en la parte Conversación libre para ambos casos, se hace evidente la cantidad de factores de riesgo a las que estaban expuestas ambas familias, estresores que ponen en riesgo la calidad del vínculo con sus niños, y servicios que en lugar de facilitar la solución de los problemas son inaccesibles y representan mayor desgaste emocional y económico para las familias.

### ***Técnicas en parte 1. Conversación libre.***

Los psicólogos ofrecían escucha, apoyo, consejería y seguimiento a los problemas contextuales de las familias. Frente a los distintos temas usaron distintas técnicas, como se muestra en la Tabla 4).

Tabla 4.  
*Temas contextuales y técnica usada por los profesionales para abordar el tema*

<b>Tema contextual</b>	<b>Tipos de Intervención</b>
Problemas de salud física y mental	Escucha activa y Recomendaciones para buscar apoyo

Problemas familiares	Resolución y manejo de conflictos
Problemas Conyugales	Escucha y consejería
Problemas legales	Consejería y Apoyo
Necesidad de apoyo general (cuidado de los niños, apoyo económico, entre otros)	Construcción de diagramas de redes de apoyo

Una de las técnicas usadas ante los temas de problemas de salud en el caso B fue la escucha activa, los psicólogos prestaban atención, hacían preguntas y mostraban su interés por las dificultades de salud de Victoria.

Victoria: lo único que he estado mal es que he estado enferma. Ana: ¿qué tienes?  
Victoria: Uy es un dolor, un dolor bajito [...] Victoria: es que yo me había hecho los exámenes. Ana: y te faltó ese que te salió mal. Victoria: sí, supuestamente me dijeron que ese había salido mal (B4-1:3-2).

Además de la escucha, ante los asuntos de salud mental los psicólogos hicieron recomendaciones para buscar apoyo psicoterapéutico.

Luis: pero la idea es poder recuperar después de esto, tratar de recuperar esos espacios de consulta... ahí sería bueno que tu miraras si esos espacios todavía se pueden seguir, digamos que utilizando, ver el costo, si no tiene ningún costo, o dependiendo del costo nosotros conversamos un poco con [Fundación para prevención] y ellos tiene una modalidad que se llama eh... comunidad hogares [...] (B4-2:3-4).

Frente a los problemas familiares en el caso A los psicólogos le hicieron recomendaciones a Julia para mejorar la comunicación y resolver problemas de convivencia, por ejemplo, le sugerían explicarle y notificarle anticipadamente a la hermana de ella de la llegada de los niños a la casa en la que vivían ambas, como se aprecia en el siguiente extracto:

Alex: igual ella se va a enterar, igual va a llegar y se va a poner molesta, posiblemente va a ser menos la pelea si sumercé va y le dice, le explica lo que tiene planeado y ella no se siente que están haciendo las cosas a sus espaldas, eso no significa que le esté

pidiendo permiso, simplemente le va a informar, piénselo si se siente con fuerza de hacerlo nos cuenta cómo le fue, y si no, la próxima vez practicamos un poquito cómo lo podría decir (A2-1:2-1).

Ante los problemas legales, los profesionales brindaron consejería y apoyo en la preparación para atender asuntos legales. En el caso A los psicólogos anotaron en los formatos de evaluación que en la sesión 6 hicieron una intervención en crisis pues como en el video se observa, en esta sesión Julia estaba angustiada porque su hermana Rosa no quería asumir la custodia de los niños a raíz de los ataques verbales de Kelly. Julia estaba confundida y en ese estado de angustia comunicaba a través de su relato que iba a desistir del proceso, pensando que así Kelly entraría en razón y cooperaría para que los niños fueran reintegrados a la familia.

Julia: "...vengo para ver si puedo recuperar a León y dejar los bebés con ella [Kelly] a ver ella qué va a hacer" Alex: "mjm" Julia: "en sí venir a hablar si sigo con el proceso" P2: "¿Dejar los bebés con Kelly?" Julia asiente: "jmm" [...] Alex: "pero igual lo que yo entiendo es que ha hecho el proceso por los tres" Julia: "pues la idea es esa, teniendo el apoyo de mi hermana... mis sobrinos lo que ustedes me dijeron trate de hablar con toda la red de apoyo, [...] mi hermana dice el inconveniente soy yo porque yo no aguanto muchas cosas... porque Kelly no se concientiza de que es mamá..." (A6-1:4-4).

Ante esta situación los profesionales motivaron a Julia a continuar solicitando la custodia, la ayudaron a centrarse en los niños y en su meta de tenerlos y le mostraron que la estrategia de desistir puede ser contraproducente.: Alex: "es importante que los niños que están chiquitos tengan un cuidador principal [...] mi consejo personal yo creo que no sería bueno desistir en este punto, es importante que hable con la trabajadora social" (A6-1:4-6). El psicólogo reafirmó que era muy posible que Julia ganara la custodia, pero que si ella empezaba a dudar iban a creer que ella no estaba preparada, pero "si dice que sí quiere tener la custodia, teniendo en cuenta la historia y que la mamá no ha estado involucrada, que intentaron involucrarla en este proceso y nunca vino" (A6-1:4-7). Adicionalmente, reconocieron el esfuerzo que Julia había hecho, ayudándola a fortalecer su autoconfianza como se aprecia en el siguiente extracto, en el que los psicólogos hablan como si fueran Julia

modelando la expresión de seguridad en las capacidades de ella misma para asumir la custodia de los niños y transmitir el gran esfuerzo que ha hecho para lograr tenerlos bajo su cuidado; al final del extracto se aprecia que Julia se conmueve y ratifica que continua en el proceso de solicitud de custodia:

Alex: “yo soy la persona más apta, porque quiero estos niños, porque he venido trabajando” [...] Sandra: “Kelly puede hacer esto, Rosa lo que quiera pero yo es esto, para eso estoy trabajando, para eso estoy viniendo acá, para eso estoy trabajando más duro, buscando la máquina, mirando la red... acá se van a dar cuenta que no hay nadie más presente que usted” [...] Julia llora: “[...] uno llega acá con esas dudas esas inquietudes” Alex: “es normal” Julia: “yo en ningún momento he desistido de salirme de nada” (A6-2:4-13).

En el caso B la psicóloga usaba la técnica de escucha activa y brindaba apoyo y contención para que se pudieran llevar a cabo las diligencias judiciales, como los profesionales anotaron en el formato de evaluación “Se habló sobre los preparativos para la audiencia y se preguntó a la madre sobre conversar con la niña sobre esto al final de la visita y ella aceptó” (B4). Además, la psicóloga motivaba a Victoria y le ayudaba con ideas para que ella apoyara a su hija:

Victoria: “y eso fue berraco porque la niña dice que a ella no se le olvida eso, que a ella le da fastidio, porque no quiere ir por allá, no quiere acordarse, ni siquiera verle la cara” Ana: “Hay que tratar de calmarla diciéndole que es posible que no lo vea...” Victoria: “Yo ya le dije eso”, Ana: “Van a hacer todo para que no se encuentren y ese es el derecho o sea tú cuando apenas llegues pide eso, ella no quiere verlo, por favor, no pongan en una situación ni que se crucen ni nada, tú pide eso” (B5-2:3-2).

Además, la psicóloga le decía que era importante que se pudiera cerrar ese caso y que la hija supiera que eso podía ayudar a que no le fuera a suceder a más niñas lo que le sucedió a ella y resaltaba que ella y su hija eran valientes y le daba ánimo (B4).

En ambos casos se hicieron ejercicios para visibilizar las redes de apoyo de las cuidadoras y para esto se elaboraron diagramas en los que se puso por escrito las personas que podrían apoyarlas en diversos temas. En el caso de Victoria, en la sesión 9 “Se realizó un

análisis de redes de personas cercanas a las cuales Victoria puede acudir en caso de necesitar ayuda para visitas al médico o en caso de alguna situación difícil médica o familiar que requiere apoyo. Se trató de mostrar a Victoria “que no está sola” (B9), como anotaron los psicólogos en su formato de evaluación. En el caso A se realizó un Ecomapa en la sesión 5 y los resultados fueron positivos pues Julia se da cuenta que tiene apoyo y no está sola:’

Alex: entonces un poco hablando, ¿usted al ver esto qué piensa Julia: pues que ya, sí, ahí ya hay muchas opciones de donde escoger o de donde pedir, o de donde de pronto necesitar una ayuda y de pronto el apoyo que me puedan dar, Alex: ¿se acuerda cuando empezamos, la primera vez que nos vimos?, Julia: sí, Alex: yo la sentía muy sola, Julia: sí, sí porque yo estaba tomando el problema como para mí sola, o sea yo respondo, yo hago [...] Julia: sí Alex: pero al final vea que tiene un, no todo el mundo tiene el apoyo que usted puede tener Julia: sí señor, Alex: no está tan sola me parece, ¿no? Julia: sí señor, sí, sí ahoritica estoy muy bien acompañada” (A5-2:4-1).

A pesar de que los psicólogos en ambos casos intervinieron para apoyar a las cuidadoras ante las situaciones problemáticas que ellas enfrentaban, es importante notar que su alcance era limitado pues se trabajaba a nivel individual para que las mismas cuidadoras movilizaran sus redes, pero hay problemáticas que requieren un abordaje directo sobre las redes mismas. Como ya se mencionó, la Intervención Relacional está diseñada para que los profesionales se centren en los temas relacionales de la cuidadora y el niño, y que ante problemas de otros ámbitos puedan remitir a las personas a otros servicios que sean apropiados por ejemplo servicios de salud sin barreras de acceso.

## **Parte 2. Cápsulas de discusión.**

Esta segunda parte de las sesiones de la intervención, según el manual, incluye una discusión más enfocada sobre aspectos del desarrollo infantil y/o la organización familiar (Rutinas, límites, juego, entre otras). Su objetivo es proporcionar información y puntos de referencia que la familia pueda utilizar de manera concreta (Tarabulsky, s/f). Efectivamente en los videos de las sesiones se encontró el abordaje de este tipo de temas. Como dijo la psicóloga en la primera sesión del caso B “Vamos a tener una segunda parte en donde vamos a hablar de unos temas específicos, sobre por ejemplo, qué le pasa a los niños en esta edad” (B1-1:2-1).

Los temas de esta parte, identificados a través del análisis de contenido de los videos de las sesiones, se agruparon en una categoría llamada temas relacionales, que son aquellos que tienen que ver con las actividades de cuidado hacia el niño, o con el vínculo afectivo entre la cuidadora y el niño, temas de crianza y de desarrollo infantil; los temas relacionales se diferenciaron de los temas contextuales abordados en la parte 1 Conversación libre.

Los temas de desarrollo infantil que se trabajaron en ambos casos se muestran en la figura 8. Los temas de vínculo de apego y crianza trabajados se muestran en la figura 9.

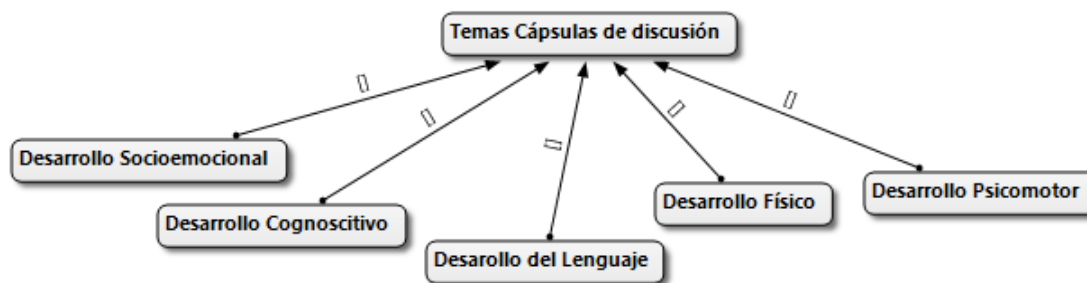


Figura 8. Temas de desarrollo abordados en la parte 2 Cápsulas de discusión

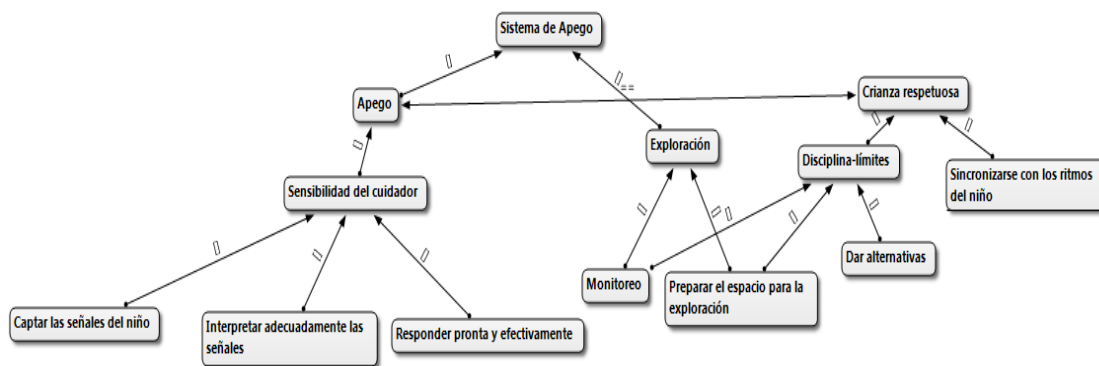


Figura 9. Temas de vínculo de apego y crianza abordados en la parte 2 Cápsulas de discusión

Además, en las evaluaciones de proceso los profesionales también registraron los temas trabajados en la parte 2. Cápsulas de discusión. Sin embargo, los temas no se registraron para

la totalidad de las sesiones, pues en cada caso faltó esta información para una de las cuatro sesiones analizadas. En las Tablas 5 y 6 se presentan los temas trabajados sesión a sesión según los registros de los profesionales y según la observación de los videos.

Tabla 5.

*Temas trabajados en la parte 2. Cápsulas de discusión según formatos de evaluación de proceso de los profesionales y los videos de las sesiones Caso A*

<b>Caso y Sesiones</b>	<b>Temas según formatos de evaluación de proceso de los profesionales</b>	<b>Temas observados en los videos</b>
A2	Exploración	Exploración, monitoreo, seguridad, interpretación adecuada de las señales del niño.
A5	Exploración	Dar alternativas, Crianza respetuosa: confianza vs amenazas
A6	Ritmo	Crianza respetuosa: confianza vs amenazas
A9	Sin respuesta	Sensibilidad del cuidador, confianza, rutinas. Atender al llanto.

Tabla 6.

*Temas trabajados en la parte 2. Cápsulas de discusión según formatos de evaluación de proceso de los profesionales Caso B*

<b>Caso y Sesiones</b>	<b>Temas según formatos de evaluación de proceso de los profesionales</b>	<b>Temas observados en los videos</b>
B1	Sin respuesta	Exploración, desarrollo físico.
B4	Previsibilidad en las interacciones, seguridad del bebé, importancia del contacto físico y la proximidad – miedo a los extraños y a las separaciones	Desarrollo físico, social, cognoscitivo. Exploración y monitoreo - seguridad.
B5	Proximidad – miedo a la separación y a los extraños	Desarrollo socioemocional, sistema de apego, responder pronta y efectivamente. Desarrollo físico, exploración y monitoreo.
B8	Importancia del contacto físico / límites / desarrollo del lenguaje (preguntas)	Disciplina-límites, rutinas previsibilidad

### ***Caso A.***

A continuación se detallan los temas trabajados en el caso A y la técnica empleada por los psicólogos:

En el caso A, desde la sesión 2 se trabajó el tema de la exploración y la técnica usada fue la psicoeducación, que consistía en dar información o explicar el tema. Por ejemplo, en el siguiente fragmento el psicólogo hace psicoeducación acerca de la exploración, la normaliza y explica la función del cuidador:

Alex: hay unas cosas importantes para hablar de Felipe del desarrollo, ¿ha visto que Felipe se ha vuelto más inquieto?, Julia: sí, Alex: señala cosas [...] los niños a medida que van creciendo van volviéndose más curiosos eso se llama exploración [...] ellos tienen una necesidad de conocer el mundo, Julia asiente [...] Alex: ¿cuál es nuestra función como cuidadores? permitir eso, Julia: dejarlos explorar, Alex: dejarlos explorar [...] necesita el apoyo del cuidador (A2-1:2-3).

La psicoeducación no era psicoeducación genérica sino personalizada según la interacción observada entre el niño y la cuidadora. De esta forma, el psicólogo intervenía a través de preguntas, mostrándole la evidencia de lo que veía en el niño, recordando momentos de la misma sesión o de sesiones pasadas y explicando. “Alex: ¿recuerda la vez pasada que Felipe señalaba hacia allá? [hacia la puerta] ¿Qué estaba pasando ahí?, Julia: se sentía muy encerrado, Alex: quería explorar” (A2-1:2-4).

El psicólogo señalaba lo que estaba pasando, describía el comportamiento del niño sus conductas de exploración y lo empataba hablando de la importancia de hablarle al niño e irle enseñando cosas: “Alex: ¿si ve que inmediatamente llega lo primero es que la saluda y después comienza a explorar? [...] uno en esos momentos le puede nombrar el color de la mesa” (A2-1:2-5).

Además el psicólogo connotaba positivamente el comportamiento exploratorio de los niños: “Alex: los niños no es que sean inquietos o mamones sino que necesitan, Julia: salir, Alex: explorar [...] Alex: el primer día ¿se acuerda? cuando estaba acá, ¿cómo se estaba poniendo?

(Julia no dice nada) Alex: ¿se acuerda? Julia: sí, cansón (lo dice pasito)” (A2-1:2-5). Además, explicaba que la labor de Julia como cuidadora es interpretar adecuadamente las señales del niño y mentalizarlo “Alex: que usted logre leer lo que sucede, siempre preguntarse qué es lo que quiere” (A2-1:2-5).

En esta parte 2 Cápsulas de discusión, además de trabajar ciertos temas, los psicólogos recapitulaban lo trabajado en sesiones anteriores a través de preguntas y se hablaba de los progresos.

Alex: bueno sumercé y ahorita vamos ya a la segunda parte, que es ver un poquito como, ¿se acuerda la última sesión que hicimos? Julia: ¿lo del niño? Alex: Si, lo del niño, ¿se acuerda qué hicimos? Julia: me le senté a leerle un libro, también para lo que estaba en un principio ya, Alex: ¿si vio el avance? Julia: si claro, Alex: se sentó, le siguió [...] exacto ¿y se acuerda que también le cantó? Julia: ah sí, Alex: [...] ¿cómo se sintió ahí con eso? Julia: bien, bien, y viendo el cambio que tiene porque al principio estaba como muy inquieto, como que no le gustaba, como que no quería, no y yo creo que ya va asimilando, ya va complementando Alex: sumercé lo está conociendo más Julia: si, ya le estoy como conociendo el lado que sumercé me decía, de negociar con él, de que él ya se esté quieto, que a uno le ponga cuidado cuando uno quiere, sí eso sí, Alex: exacto (A5-2:4-6).

En la recapitulación surgían temas que se debían reforzar; en seguida del fragmento anterior, el psicólogo aclaró lo que significaba negociar probablemente porque en la narrativa de Julia se escuchaba que para ella negociar era sinónimo de controlar el comportamiento del niño:

Alex: y digamos ahí nosotros hemos hablado de los niños un poco, cuando yo hablaba de negociar, es como darle alternativas, sumercé nos hablaba de un nieto creo que era, Julia: sí, un nieto [...] sí, que él es muy... él tiene una forma de ser como lo que sumercé decía como habla y uno tiene que sentarse a ponerle cuidado a lo que está diciendo y que cuando no quiere algo arma esas pataletas, Alex: ¿y con él pudo practicar lo de las alternativas? Julia: sí, ya [...] (A5-2:4-6).

El psicólogo le preguntó que si ese tipo de negociaciones las ha podido practicar con Omar (nieto de 5 años que no estaba institucionalizado y a quien cuidaba ocasionalmente).

Julia contó acerca de una situación que tuvo con el niño en la que implementó las estrategias que ellos le han dado, seguido de esto, el psicólogo le explicó el tema de las alternativas y la diferencia de las amenazas:

Julia: entonces yo le dije a la chica, háganme el favor, hable con él y dígame que si él no se porta bien entonces yo no lo vuelvo a traer, ella habló con él y se fue, se calmó, y ella le dijo, si usted sigue así y sigue haciéndole pataleta a su abuela, su abuela no me lo vuelve a traer y le dijo no, no, no, yo ya no vuelvo a hacer pataleta Alex: bien pero entonces, sumercé el primer caso de la alternativa vea que tan pronto usted le da una alternativa, si le digo hoy no, pero mañana yo lo voy a llevar, si? todavía él no le tiene confianza, si se da cuenta Julia: todavía lo duda [...] Alex: pero entonces más que la amenaza lo que sirve es darle alternativas y explicarles, ese fue un punto muy importante que usted le dijera (A5-2:4-7).

En otro ejemplo, en la sesión 6 Julia comentó que en su propia crianza a los niños no se les hablaba y que ella sí estaba intentando hablarle más a Omar; sin embargo, en su relato se evidenció que le habló al niño a través de amenazas de que su papá le pegaría si no se comportaba bien. El psicólogo en este caso afirmó de manera que no generara resistencia en la cuidadora: “permitir el dialogo con el niño es muy importante” y le explicó que había “dos formas de crianza una a través del miedo y otra a través de la confianza, más que las amenazas es explicarle que si se porta bien, mañana lo puede llevar a donde la señora, más que usar el miedo es usar un pacto, dar alternativas, para que el respete las reglas a partir del pacto” (A6-2:4-18). De esta forma la psicoeducación también se usó para brindar información en el momento preciso que se identificaban creencias y prácticas que eran contraproducentes para la calidad del vínculo y por ende para el desarrollo de los niños.

En la sesión 9 se hizo un resumen y repaso de los temas que Julia quería retomar:

Alex: hoy es el cierre, quería preguntarle a usted de todos los temas, qué tema le gustaría que volviéramos a hablar... Julia: saber en qué momento... que cuando me desespere, tranquilizarme, tomarme mi tiempo y volver como a retomar... seguir el proceso con los niños ir entendiendo los comportamientos de ellos... (A9-2:4-3).

Julia preguntó cómo hacer cuando estuvieran los tres niños, “por lo que son tres temperamentos diferentes y cuatro, incluyendo al, otro nieto”, ante esto el psicólogo recordó que es importante responder de manera sensible a las necesidades de cada niño captando las señales, preguntándose qué le pasa a cada uno para poder interpretarlos adecuadamente:

lo primero es leer en qué momento están cada uno de ellos, está enfermo uno de ellos, han dormido bien?, hay uno que está más consentido que el otro, porque también eso va a variar, de pronto un día Diego es el que no durmió bien y está enfermo ese día él también va a demandar atención (A9-2:4-3).

Se retomó el tema de la relación de confianza vs de miedo “Alex: la idea es que usted cree una relación de confianza y no de miedo, no es a través de la amenaza”. Además, mencionó temas que habían sido trabajados durante el proceso: Hablar con los niños, tener rutinas y proponer alternativas:

Entonces hay unos principios, ¿se acuerda? ...de hablar con ellos, de que aunque yo crea que ellos no entienden ellos entienden [...] las rutinas, la repetición [...] los niños integran la reglas [...] si todos los días almuerzan a la misma hora pues a esa hora les va a dar hambre y va a ser más fácil que coman [...] otra cosa es cuando ellos quieren cosas proponerles alternativas [...] adecuar el espacio para niños [...] coherente y predecible (A9-2:4-3).

Aunque en ambos casos se abordaron temas del desarrollo estos tuvieron un papel más protagónico en el caso B, probablemente por la edad del bebé. En la primera sesión se hizo psicoeducación del desarrollo del bebé, se explicó la conducta de llevarse los objetos a la boca y se abordó el desarrollo físico, concretamente el tema de fortalecer las piernas

Ana: pues Victoria, eso es absolutamente normal de los niños a esta edad, por la boca, ellos pueden sentir y conocer los objetos, porque como las manos todavía son muy chiquitas no tienen tantos [...] él quiere por ejemplo saber si eso es blandito o es duro, nosotros normalmente le hacemos así y ya, pero los nenes, este toque no es suficiente, tienen que experimentarlo por la boca, por eso es que piel, juguetes, papel, la cara todo van a querer metérselo [...] parece que hay un momento del desarrollo en donde ellos logran coordinar la mano o sea hacer llegar la mano para que agarre algo, eso es muy

difícil [...] eso toma como 5 meses más o menos, cuando ellos ya lo logran ahora es que esto que tengo en la mano, llegue a la boca y eso toma otro par de meses y va a seguir siendo así hasta que él logre un dominio de todo el cuerpo entre ellos las piernas, que tú me dices que todavía las piernas no están muy controladas y yo tengo algunas ideas de por qué puede ser, es que estén todavía con poca fuerza, me parece (B1-1:2-14).

La psicóloga le explicaba a Victoria acerca de la importancia de que Manuel caminara por sus propios medios, sin hacer uso del caminador y que era necesario apoyarlo haciendo ejercicios para fortalecer las piernas para que él aprendiera a manejar su cuerpo. Esto lo hizo a través de preguntas y basándose en la observación del niño:

Ana: en el caso de Manuel, resulta que él aprendió a desplazarse de una manera muy particular, ¿tú ya sabes cómo se desplaza? tú ya me dijiste cómo se desplaza, ¿cómo?  
Victoria: de para atrás Ana: bueno, cuando él tiene una segunda opción de desplazamiento, cuando el televisor está apagado Victoria: que empieza para allá y para acá con el caminador Ana: ¡el caminador! él descubrió que hay otra manera de desplazarse, no necesariamente son los piecitos, ¿cuál es? Victoria: impulsarse Ana: en el caminador, ¿más o menos desde los cuantos meses le empezaste a usar el caminador? Victoria: no, el caminador si desde hace poquito Ana: ¿hace poquito? Victoria: si hace poquito Ana: entonces fíjate que en el momento en el que él empieza a descubrir las piernas Victoria: como desde los nueve meses Ana: hace un mes, él empieza a descubrir las piernas y a que no adivinas qué apareció al mismo tiempo Victoria: ¿la fuerza? Ana: si, pero apareció algo que me ahorra todo un esfuerzo Victoria: a caminar Ana: el caminador Ana: entonces, me parece que vamos a empezar a hacer algunos ejercicios para ayudarlo con las piernitas ¿vale? porque él está acostumbrado a desplazarse de una forma más fácil, pero si lo dejamos que siga desplazándose de esta forma más fácil, pues va a dejar de aprender la forma que es más difícil de mover los pies y etc. y es muy importante que él aprenda con los pies, porque él ahí va a aprender a controlar su cuerpo (B1-1:2-16).

En la sesión 4 se completó un cuadro por área de desarrollo en el que se incluyeron los hitos alcanzados por el bebé, los riesgos que podría haber y posibles soluciones para mitigarlos. A través de este ejercicio se identificó que a Victoria le daba temor que Manuel se

hiciera daño si lo dejaba en el piso, ante esto la psicóloga la motivó a monitorear al bebé y a pensar en formas de preparar el espacio para permitir que él explore: Ana habla sobre la gateada y que se vaya para atrás que se puede hacer, Victoria propone que en el piso hayan colchonetas gruesas y almohadas o cobijas, Ana sugiere también no dejarlo, Victoria cuenta que tiene ganas de hacer una cama grande para que las niñas se acuesten y ella pueda abrir otra puerta y que las colchonetas de las camas las pueda usar el bebé, Ana dice que para que Manuel se pueda acostar, sentar o estar en el piso, Victoria continua diciendo que quiere poner cobijas para que el Manuel y hace gestos de movimiento, Ana la felicita y dice adaptar el espacio con cobijas, almohadas o colchonetas y no dejarlo solo, Ana menciona que de agarrar cosas con pinzas o con las dos manos los peligros son que puede agarrar cosas pequeñas, Victoria menciona el cordón que está pegado al caminador, pues Manuel juega con él. Ana pasa al tema de sostenerse de pie y los peligros, Victoria dice que tal vez Manuel se puede tronchar las piernas o que se le doble un dedito (B4-2:3-0-3).

Acerca del desarrollo socio emocional en el caso B por ejemplo se explicaba:

Ana: hoy vamos a hablar de este cuadrado en particular, mira, este que está, este, esta línea, de la interacción con otras personas, lo social, ya viste que él reconoce a familiares y a no familiares, él sabe quién eres tú y quién es Luisa y quién es Sofía, ¿cierto? Victoria: mjm. Ana: incluso a nosotros ya nos empieza a reconocer (B5-1:2-17).

A partir de los temas del desarrollo se explicaba la respuesta que el bebé necesitaba de parte de Victoria, la psicóloga mencionaba las cosas para ayudar al bebé: reconocer y aceptar la presencia del miedo cuando Manuel no ve a la mamá y que no le va a gustar la gente extraña eso es de esperarse, no se debe regañar, ni prohibir pues esto es normal y pasa a estas edades, lo primero es darle permiso de que se sienta así, es decir, dejarlo llorar o que proteste, lo segundo es explicarle quien es el extraño o la situación pues el bebé entiende el tono tranquilizador (B5-2:2-3).

A continuación se presenta un ejemplo en el que se hizo psicoeducación del desarrollo de Manuel: se evidenciaron los logros del desarrollo del bebé y las medidas de seguridad que se debían tomar para protegerlo.

Ana: entonces en lo del movimiento, encontramos que ya puede gatear, que puede agarrar con los dos deditos en pinza, puede sacudir cosas, se sostiene de pie ..., como él ya sabe hacer estas cosas encontramos que puede haber unos peligros, él se puede caer de lado y golpearse en la cabeza, se puede comer cosas pequeñas ... (B5-1:2-14).

La psicoeducación acerca de que la cuidadora sea predecible también se trabajó en la misma sesión; la psicóloga recomendaba a Victoria tener horarios para despertarse, dormirse y las comidas, que siempre se despidiera de Manuel, diciéndole por ejemplo 'ya vuelvo', para que el bebé empezara a asociar eso con que la mamá iba a regresar y no que se desaparecía (B5-2:2-4).

En la sesión 8 se trabajó el tema de los límites; en primer lugar, la psicóloga explicó que era importante que Victoria reconociera la emoción que sentía cuando el bebé tenía comportamientos que ella no quería:

Ana: la idea es un poco que tu trates de hacer el ejercicio, por ejemplo, diciéndole no Manuel no vayas a botar la comida, yo siento qué? rabia, tristeza, mal genio, que tengo miedo ¿será? Porque si no come se me enferma, Victoria: sí, Ana: [...] entonces trata de entender qué sientes tú... (B8-1:2-11).

Además, se explicó la utilidad de tener rutinas ya que ayudan a que el ambiente sea previsible para el niño:

Ana: estos órdenes del día le ayudan mucho a él decir ah ok, ya pasó el baño, ya por eso no me preocupo, sino que ahora viene el juego, la comida, el paseo, lo que sea. Victoria: es como todos los días, yo por la mañana cuando se levanta, lo baño y lo primero que hago es o sea darle el desayuno o lo que le voy a dar y lo pongo un rato en el piso (B8-1:2-16).

La psicóloga explicó el tema de la sensibilidad del cuidador usando un ejemplo de una situación en la que se le dificulta a Victoria que el niño le hiciera caso: "Ana: detectar las señales del niño, entonces cuando tú me dices él hace (arcada) tú dices él quiere o vomitarse o la comida no le está gustando o algo pasa, pero tú lees ese gesto que él hace y lo entiendes (B8-1:2-18). Además, se habló de hacer cambios en las acciones para que el bebé y Victoria estén bien, por ejemplo servir menos en el plato de la comida (B8-1:2-12).

### **Parte 3. Actividades con el niño.**

La parte Actividades con el niño es una parte muy importante de la Intervención Relacional. En esta se realizan tareas que proporcionan información en tiempo real de las habilidades interactivas de los padres y brindan el material necesario para realizar la video retroalimentación. Aunque los profesionales notan los aspectos positivos y los negativos, en la retroalimentación se enfocan en destacar lo positivo (Tarabulsky, s/f).

En los casos analizados se evidenció la utilización de la técnica de la videoretroalimentación; en ésta los psicólogos proponían actividades específicas a la cuidadora para que ella las realizara con el niño, se daba una instrucción y se hacía la grabación en video con una tablet. Después de la grabación se hacía la videoretroalimentación, es decir se mostraba el video a la cuidadora y se comentaba con ella a través de preguntas y centrándose en partes específicas del video. En otros momentos se llevó a cabo la técnica de retroacción, en la que se repetía una actividad que ya se había realizado antes y se había videoretroalimentado, para que la cuidadora pudiera practicarla de nuevo teniendo en cuenta las recomendaciones de los psicólogos. La retroalimentación también se hacía en vivo cuando sin estar grabando con la tablet los psicólogos le hacían comentarios a la cuidadora acerca de su comportamiento e interacción con el niño.

La técnica específica de videoretroalimentación se puede apreciar en este intervalo de la sesión 8 del caso B en el que la psicóloga y la cuidadora ven y comentan juntas el video que recién grabaron de Victoria leyéndole a Manuel un libro:

Se ve que Ana y Victoria sonrían y miran con atención el video, Victoria se ríe y Ana pone pausa, Victoria "yo le señalaba y miraba" dice riéndose, Ana sonrío "muy bien" dice en un tono emocionado, Victoria "¿sí lo vio que yo le señalaba y miraba?" dice en tono alegre, Ana "[...] muy bien Victoria", Ana retrocede el video, se ve que Victoria sigue sonriendo, Ana "y aquí hiciste una pregunta muy buena", Ana reproduce el video, se escucha la pregunta de Victoria sobre una figura, Ana "perfecta, ¿ves?", Ana pone pausa, mira a Victoria, Ana "esa es la comunicación con él", Ana "él está súper atento", Victoria asiente, Ana "¿qué es esto? un cuadrado y él debe estar mirando todo eso [...]", Victoria "y lo dejé un ratito y ahí sí lo señale", Ana sonrío "aja", Victoria sonrío (B8-2:2-33).

Aunque se vieran comportamientos intrusivos la retroalimentación se centraba en los aspectos positivos, en reconocer los recursos y hacer énfasis en ellos: En la sesión 2 el psicólogo mostrando el video le pregunta a Julia: “¿qué pasó ahí?”, y ella dijo "no quiso jugar más con el oso", Alex: ¿y usted que hizo ahí?”, Julia: quitarle el muñeco porque no quería jugar más, Alex: muy bien”.

Solo en algunas excepciones se reorientó la conducta de la cuidadora, por ejemplo, el psicólogo le dijo a Julia “no solo es tocar la cara del niño con los títeres sino también hacer conversaciones entre ellos” (A2-1:2-7); puesto que era una conducta intrusiva y el objetivo de la actividad era fomentar las interacciones verbales. Sin embargo, nunca se hace énfasis en los momentos de falta de sincronía ni en comportamientos bruscos o intrusivos de la cuidadora.

El refuerzo de hecho fue un elemento constante a través de los distintos momentos de las sesiones, no solo en la video retroalimentación. Por ejemplo, en una parte de la sesión donde Victoria le muestra a la psicóloga cómo ha avanzado Manuel en el gateo, la psicóloga los felicita:

Victoria: ven mi amor coge esto mire [...] ve a cogerlo. Manuel gatea para coger el objeto. Victoria se lo pone más lejos y dice: ve a cogerlo, ve a cogerlo, Ana celebra. Manuel gatea hacia el objeto. Victoria se para, coge un juguete y lo lanza más lejos del niño y dice: ve a cogerlo, ve a cogerlo. Manuel gatea hasta donde está el juguete. Ana: ¡Victoria, fantástico! (B4-2:3-26).

Durante toda la parte 3. Actividades con el niño se utilizaron técnicas específicas como: hacer preguntas sobre la interpretación del comportamiento y las emociones del niño y los estados de la cuidadora; señalamientos para reforzar logros, comportamientos sensibles e interacciones sincrónicas; usar metáforas para representar un tipo de comportamiento deseable en la cuidadora; y hablar por el niño evidenciando estados mentales en él; además se usó el modelamiento, el moldeamiento, en esta parte de la intervención y otros momentos.

Por ejemplo, una pregunta acerca de la percepción del rol de la cuidadora en la relación con su hijo, se observó en la primera sesión del caso B: la psicóloga con la pregunta: ¿a dónde está mirando Manuel? comienza a mostrarle cómo el niño le presta atención a ella “Ana:

Bueno, fíjate acá, ¿a dónde está mirando Manuel? Victoria: a la maraca Ana: total, ¿no? Victoria: sí, Ana: está el televisor prendido, está Luis, estoy yo, pero para él no existe nada más que esto que tú le estas mostrando” (B1-2:2-26).

En cuanto al uso de señalamientos estos se empleaban para indicar y hacer énfasis en comportamientos del niño o de la cuidadora, en el siguiente ejemplo la psicóloga hizo un señalamiento acerca de un logro del bebé: “Ana: ahí él quería alcanzar, hizo como pudo el movimiento y fíjate que alcanzó (B1-2:2-41); la psicóloga señala la intencionalidad del bebé al decir *él quería*. Se puede ver que al atribuir estados mentales al bebé, la psicóloga está modelando que la madre mentalice al bebé.

Otra técnica fue el uso de metáforas y se usó para ilustrar un tipo de comportamiento deseable en la cuidadora, como se puede ver en el siguiente fragmento: “Alex: a Felipe le falta más estimulación para aprender a hablar, hay que ir narrando todo el tiempo lo que hace como narrador de futbol: ah estás cogiendo la guitarra” (A6-3:4-21).

La técnica de poner palabras al niño o hablar como si fuera el niño también se encontró y se observa en el siguiente extracto, en éste la psicóloga y la cuidadora ven el video en el que el bebé ve unos juguetes y se esfuerza para desplazarse y alcanzarlos: “Ana: wow! viste lo que alcanzó (mientras ven el video), Victoria: jum, Ana: mira, él lo tiene en la mira Victoria: sí, está que lo mira y no, Ana: yo quiero ese juguete y allá está mi vaca, yo puedo, yo puedo, yo puedo (B1-2:2-41). Como se observa la psicóloga le pone palabras a las acciones de Manuel.

En el siguiente extracto se pueden ver ejemplos de moldeamiento y de refuerzo: Mientras tanto está Victoria al final de la cama diciéndole al bebé "tome Manuel" mientras agita un juguete. Manuel empieza a gatear hacia donde Victoria. Ana: muy bien, muy bien, déjalo que lo agarre porque si no se frustra: “todo mi esfuerzo pa que me lo quiten”. Manuel coge juguete y Victoria no se lo quita. Ana: ¡no ese bebé y esa mamá son lo máximo! ... ¡precioso! (B4-2:3-30).

### ***Actividades.***

Las actividades realizadas para la video retroalimentación, en las sesiones que se analizaron, fueron en el caso A: títeres, actividad el niño decide, cantar y rompecabezas; en el

caso B fueron: actividad lo que más le gusta al bebé, cantar, pintarse la cara y leer un libro. Estas actividades se ilustran en esta sección. Un ejemplo de la instrucción de la actividad de pintarse la cara es el siguiente:

Ana saca algo de su maleta, "bueno, mira lo que traje hoy", Victoria sonrío y mira, Ana "hoy traje unas pinturitas", Victoria "ay", Ana "están son pinturas para la cara" Ana empieza a sacar las pinturas, Victoria "ay", Ana "entonces lo que vamos a hacer es yo quiero, y te voy a filmar y después la miramos esta es nuestra situación de filmarnos, que le pintes la carita al nene y que después le muestres esas pinturitas ahí en el espejo", Victoria le recibe la tapa a Luis, Victoria "¿en el espejo? ah bueno", Ana "y luego la miramos a ver cómo nos va, te parece?", Victoria sonrío y asiente, Ana "bueno, entonces acuérdate que vamos a seguir como las pautas que hemos seguido: explicarle, como mira lo que estoy haciendo, para que él se vaya familiarizando, luego le muestras en el espejo, y le dice qué fue lo que tú pintaste", Ana "bueno?", Victoria asiente, Ana coge las pinturas (B5-2:2-26 y 27).

En el caso de la actividad de Cantar la psicóloga al proponer la actividad, logró motivar a la cuidadora, aunque ella mostrara renuencia por vergüenza, al parecer:

Ana: ¿tú le cantas Victoria? Victoria: no, yo no le canto Ana: ¡no! (en tono amable, sonriendo) nuestra tarea es de cantarle ¿quieres que la hagamos de una vez? Victoria: ay no (en un tono como si le diera pena y se ríe) Ana: porque no aprovechamos que tiene sueñito, hacemos el video (en un tono muy amable y conciliador) hacemos el video y lo dejamos dormir, ¿qué te parece...? Victoria: ¿y qué le canto? Ana: ¿qué canción de dormir, de arrullar, se te ocurre? ¿Conoces alguna? Victoria: ¿la lechuza? Ana: bueno (B4-2:3-5).

En algunos momentos durante la actividad los psicólogos intervinieron para repetir la instrucción o para indicar lo que no se debía hacer, como en esta sesión del caso A:

Alex: con las cosas que hablamos acá vamos a hacer otros cinco minuticos y después vamos a hacer otra actividad entonces la voy a volver a lanzar a hacer títeres, ¿le parece? Julia: Bueno, Alex: si ve como yo también hago el ridículo con los osos y tal Julia: si Alex: láncese tranquila, lo importante es que más que tocarlo (hace el gesto de

intentar acercarse las manos a la cara) es que haya como una obra de teatro, le arme una obra de teatro, ¿listo? Julia: Listo. [...] la cuidadora dice mira nene mira el oso, mira habla con el oso, mira soy el conejo, mira álzame a mí -repite mucho-, el niño va por un lado la cuidadora por otro, él juega a pasar los muñecos de un lado a otro ella se los recibe pero insiste con su juego, el psicólogo le da de nuevo la instrucción: Alex: sumercé hágale una mini obrita de teatro el conejito hablándole Julia: a ver vamos a hablar con estos niños, a ver hablamos con estos niños Felipe, Alex: el conejito con el oso, y va a haciendo la obra de teatro, Julia: hable con este oso, dígame holi oso, qué haces Felipe mira álzame a mí, mira que soy uno conejo, no –continúa diciendo lo mismo y el psicólogo de nuevo da la instrucción y le dice que no le haga con los muñecos tan cerca a la cara para que el nene los alcance a ver, la cuidadora sigue [...] Julia: mira a la coneja, Felipe: que, Julia: ningún que, dile hola coneja, ole niño yo soy un ratón mírame y le pone el peluche sobre la cara, (se ve como algo incómodo o intrusivo, aunque el niño no se retira: juguetes demasiado cerca a la cara) mientras el niño está mirando otros juguetes. La escena termina cuando la señora le insiste mucho al niño para que le preste atención y el psicólogo le dice a ella: tranquila, tranquila (A2-1:2-8).

Por último, las reacciones de las cuidadoras frente a la video retroalimentación fueron positivas, se observó apertura, interés, se captó su atención y se elicitaban comentarios que reflejaban la observación del comportamiento del niño o de la interacción diádica.

### ***Calidad de las interacciones.***

En esta sección se presenta la descripción de la calidad de las interacciones entre la cuidadora y el niño durante la parte 3. *Actividades con el niño*. En los dos casos, A y B, se encontraron momentos de sincronía y momentos de falta de sincronía; la sincronía podía ser: comportamental, afectiva o verbal; en la comportamental las acciones de ambos estaban alineadas y no reñían, en la afectiva los acercamientos afectuosos del niño eran correspondidos y había contacto físico cariñoso y en la sincronía verbal se daban momentos de intercambio donde uno de los miembros de la diada respondía verbalmente a la verbalización del otro. En seguida se presentan las interacciones entre la cuidadora y el niño de cada uno de los casos a través de las sesiones analizadas; se complementa el análisis con

los comentarios con respecto a la interacción registrados por los psicólogos en el formato de evaluación de proceso.

*Caso A- Julia, Felipe y Diego. Sesión 2:* En la actividad *El niño elige* Julia se esfuerza por realizar las actividades con el niño y responde parcialmente, en algunos momentos sí y en otro no, a las iniciativas de Felipe. En algunos momentos sí se encontró sincronía de tipo comportamental: “Felipe señala el tablero, Julia le pregunta: ¿qué? ¿El tablero?, le sonrío. Lo alza, le alcanza el marcador, lo abre y dice: ¿Va a escribir? Le da el marcador y lo acerca al tablero” (A2-2:2-14). Como se observa en esta descripción ella capta que el niño quiere jugar en el tablero y lo alza y le permite hacerlo. Además se encontró sincronía afectiva: Julia con el niño en sus brazos frente al tablero responde a los acercamientos afectuosos de Felipe, él empieza a rayar, ella dice: “a ver escriba”, él sigue rayando, ella: “mamá”, él la mira y le toca la boca a ella, ella dice: escriba la mamá, mamá, la mamá”, él la abraza, ella también, le da un besito, lo mece sonrío, luego ella dice: “mamá” y él se baja (A2-2:2-16). En otros aunque Julia fue muy repetitiva diciendo mamá, el niño respondió y también dijo mamá, encontrando sincronía verbal, aunque de forma menos frecuente.

Sin embargo, en el microanálisis de la interacción hay momentos de falta sincronía, cuando Felipe quiere algo que ella no quiere, Julia lo regaña, es brusca al quitarle objetos o correrle el brazo, como se observa en estos dos momentos: en el tablero Julia sostiene a Felipe en sus brazos, el niño se inclina hacia adelante, él quiere algo, quizás el borrador, ella lo quita al niño y dice: “¡ya! ¡no por que vea!” (regañando y hablando rápido), parece que se cae el borrador, lo sacude al nene un poco pero también lo reacomoda, ella le dice: “vea botó el...escriba, aquí” (parece ya como cansada, impaciente), Felipe se queda paralizado (por el ángulo de la cámara no se ve su cara), Julia: ¿va a escribir?, el niño escribe un poquito, la mira, ella a él, y lo baja, (A2-2:2-15). En otro momento de la misma actividad, Felipe va a rayar el tablero cerca de la pared, ella le coge el brazo un poco brusco y dice: “acá, acá, sin rayar la pared” (A2-2:2-18).

Con respecto a la interacción de Julia con Felipe en esta sesión se encontró que los psicólogos en su formato de evaluación de proceso también notaron los comportamientos poco sensibles de Julia “Muy intrusiva, no va al ritmo del bebé y se desespera al no identificar

señales y frente a las demandas” pero rescataron sus recursos también “Interacción cariñosa y placentera, monitorea”.

Sesión 5: En esta sesión en la actividad *Cantar* Julia muestra mayor sincronía con Felipe, él le pasa instrumentos y ella se los recibe y le canta, juntos tocan los instrumentos; el niño marca el ritmo de la actividad la mayor parte del tiempo y Julia lo sigue. Ambos parecen disfrutar la actividad, Felipe agita sus brazos al ritmo de la música. En otros momentos Julia propone y ofrece alternativas: Julia le quita la flauta a Felipe sin ser brusca y le da la otra maraca y le dice: "con este, toque los dos y yo toco con este" mientras que ella coge la flauta y la hace sonar, el niño coge ambas maracas y las hace sonar (A5-3:4-13). Después de esta escena Felipe toma la iniciativa y se observa sincronía comportamental entre ambos: el niño se le acerca nuevamente y le da una de las maracas ella la toma y le niño toma la flauta que tiene la señora, ella se la da, le sonrío, y le acomoda bien la flauta para que él la pueda tocar, ella empieza a cantar mientras hace sonar las maracas, el niño toca la flauta (A5-3:4-13).

Julia sigue siendo repetitiva verbalmente, utiliza principalmente imperativos para hablar con Felipe, en esta actividad lo que más repitió fue “cante”: Julia empieza a tocar las maracas y le dice al niño: "a ver cante, cante los pollitos" mientras que el niño vuelve y se levanta y se le acerca a Julia, ella sonrío, lo acerca más y le da un beso, el niño vuelve y se sienta y Julia le dice al niño: "Cante, cante" (A5-3:4-17).

Además Julia impone sus deseos sobre los del niño a pesar de estar en un momento de juego: Julia coge el sombrero, se lo pone al niño y le dice: "ya cante usted solito", se ríe y empieza a hacer sonar las maracas y le dice: "cante esta canción también, a ver" el niño sonrío, se quita el sombrero y Julia le dice: "no se lo quite papá" y se lo vuelve a poner (A5-3:4-21).

Felipe usualmente no vocaliza palabras, sino que hace sonidos como “mmm” o señala con sus manos para comunicarse. Hacia el final de la actividad, mientras Julia toca la guitarra Felipe empieza a acercar sus manos a la guitarra y dice suavemente: "ya" y Julia deja de tocar y le pasa la guitarra y le dice: "ya así, bueno, ya, entonces cante a ver, usted que ya sabe, cante a ver, cante, los pollitos..." (A5-3:4-21). En esta escena cuando Felipe vocaliza la palabra “ya” la respuesta de Julia en su contenido es hostil aunque no lo es en el tono, lo que puede confundir a Felipe, y además refleja ambivalencia por parte de Julia en la interacción.

La observación del video coincidió con la apreciación de los psicólogos en el formato de evaluación de la sesión; ellos coincidieron con los avances de Julia, escribieron “Se ven cambios de comportamiento. Identifica mejor las señales”. Y a pesar de los cambios positivos, también anotaron frente a la falta de sensibilidad que Julia “Sigue siendo intrusiva y no respeta los ritmos. No tolera desorden”.

Sesión 6: En esta sesión no estuvo Felipe pues se lo habían llevado para una cita, por este motivo la actividad se realizó con Diego, su hermano gemelo. Fue la primera sesión en la que él participó. En la actividad *El niño decide* se observan momentos de sincronía, en los que Julia celebra y reconoce los logros del niño y responde a las iniciativas del niño, por ejemplo:

Cuando el niño toca la flauta Julia dice sonriente: “Uy, bravo” y aplaude, Diego sonríe, Julia: “Cante, cante a ver los pollitos”, Diego toca la flauta, Julia cantando: “Los pollitos dicen pio pio pio”, el niño toca otra vez, Julia: ”A ver cante”, el niño señala, Julia: “¿esto?” coge la pandereta, la toca y canta “Los pollitos dicen pio pio pio”, Diego también empieza a tocarla, Julia canta y él sonríe (A6-3:4-37).

Sin embargo, se sigue encontrando que Julia verbalmente es repetitiva y su repertorio de expresiones verbales es reducido, y así como en las sesiones anteriores está marcado por imperativos como “cante”. Además, en la actividad *Rompecabezas*, aunque en el video no se veía por el encuadre, Julia iba a un ritmo más acelerado que Diego, ella armaba el rompecabezas y lo desarmaba rápidamente; se destaca que en esta actividad le habló más.

Estas observaciones nuevamente coincidieron con lo anotado por los psicólogos en el formato de evaluación. Registraron que la actitud de Julia es “Abierta, pero [que] sigue siendo muy intrusiva, no va el ritmo del bebé. Se acelera mucho”. Con respecto a los logros mencionaron “Verbaliza mucho más las interacciones. Responde a las señales más oportunamente y realiza actividades que nosotros hemos trabajado espontáneamente”.

Sesión 9: En esta sesión la actividad se hizo con Diego; la primera actividad consistió en que Diego dibujara mientras Julia le daba instrucciones, pero por el ángulo del video no se pudo observar la interacción. La segunda actividad fue *El niño elige*; en ésta se observó

sincronía el niño iba jugando y Julia le seguía el juego además ella iba hablando de los juguetes y había intercambios verbales entre ambos:

Diego ha tomado el tensiómetro y se lo está intentado poner en la cabeza. Julia en tono animador y como cantado dice "eso, colóqueselo" y le ayuda a ponérselo correctamente. "haber, la orejita" y se lo coloca en la oreja, y dice "la otra orejita". Diego balbucea "jip". Julia: "sí, así, y colóqueselo acá en el corazón así (mientras pone la cabeza del tensiómetro en el corazón de Diego) ay el corazón del niño". Diego balbucea y se lo intenta quitar. Julia muestre, muestre yo se lo ayudo a quitar y le ayuda a quitárselo. Diego la mira y hace un levísimo quejido, Julia dice: "Pere, se lo quito... ya" (A9-3:4-49).

*Caso B – Victoria y Manuel.* Sesión 1: En la Actividad los Juguetes que le gustan al bebé se puede ver que Victoria disfruta jugando, en una escena con una vaca y un carro, primero hace como si la vaca corriera y más adelante hace que la vaca monte en el carro y menciona nombres de los objetos "vaca" y hace sonidos "Ruuun". Manuel se interesa por los juguetes. Sin embargo, cuando el bebé coge un juguete, ella no le da tiempo de prestarle atención y lo llama y le muestra otro. No se da un "diálogo" sino que parece una interacción tipo "monólogo".

El bebé mueve hacia donde está el juguete, lo toma con ambas manos y lo mira, la mamá sonrío, coge otro juguete y lo mueve, el niño sigue con el juguete que tomó en las manos y mira hacia el juguete que su mamá le está mostrando, ella le dice: "Manuel mire, mire Manuel, mire.." el bebé sube la mirada y coge con una mano el juguete que tenía y lo empieza a sonar, la mamá sigue enseñándole el juguete que ella tiene, el niño sigue concentrado con el que él tiene en la mano (B1-2:2-9).

Victoria va a un ritmo rápido para la edad del bebé, parece demasiada estimulación. La psicóloga anotó de esta sesión "Ella va rápido, no espera al niño. Ella es atenta y lo conoce, pero al tiempo intrusiva" (B1).

Sesión 4: En esta sesión la actividad que se realizó fue cantar, el bebé tenía sueño y la psicóloga propuso que antes de que Victoria lo durmiera hicieran la grabación de la actividad; en el video se observa que Victoria le cantaba al niño y él lo disfrutaba, pero ella parecía

preocupada de que él no se estaba durmiendo con el canto, por lo que no se sincronizó en disfrutar con el bebé.

Victoria: como la lechuza, como la lechuza, hace shh. Manuel se escucha riendo, complacido, carcajea. Victoria: ya, ya ahora sí (se para con el bebé en brazos, y empieza arrullarlo) sssss ssss. La lechuza, la lechuza (canta en voz casi inaudible) la lechuza, la lechuza (se ríe) No, ese no se duerme así (mirando a Ana) (B4-2:3-8).

Se podría interpretar que Victoria dice “ese no se duerme así” pues asocia cantarle solo con hacer que se duerma, una conducta instrumental de cuidado, pero no resaltó el disfrute de ese momento de conexión y complicidad, que al bebé le encanta.

Sesión 5: La actividad que se realizó es esta sesión fue pintarse la cara. Victoria le hablaba a Manuel, le explicaba, un repertorio verbal amplio y variado, hacía preguntas, explicaba lo que iba a hacer, modelaba la expresión emocional y enseñaba (p.e. los colores):

Victoria mueve un poco el tarrito de pintura, Victoria: ¿qué será esto? , el bebé estira el brazo para coger el tarrito, Victoria corre el brazo que tiene con la pintura y con el otro le quita el brazo al bebé de forma brusca, Victoria: venga, le vamos a pintar, Victoria se unta el dedo índice con pintura roja, Victoria: la cara. Manuel mira la pintura y las manos de Victoria, Victoria se sigue untando el dedo, Victoria: ay tan chévere, mire, Victoria se mira el dedo y lo vuelve a poner el tarrito para untarse más, Victoria mirando a Manuel: rojo vea, el color rojo vea. Victoria pone su dedo índice que tiene pintura en la mejilla del bebé, el bebé con su mano toca el frasco de pintura, Victoria mueve la mano y se unta más el dedo, Victoria: ay qué lindo vea, tan bonito, ese niño, bebé tan bonito, Victoria vuelve a poner su dedo en la misma mejilla del bebé, Manuel mira a Ana que está filmando, Victoria: muestre, Victoria vuelve a pintar la mejilla, Victoria: mira, ¿siente suave? (B5-2:2-12).

Sin embargo, Victoria también tuvo comportamientos bruscos e intrusivos que denotaban falta de sincronía. En el video se observa que ella disfrutaba la actividad mientras que el bebé evitaba el contacto, al contrario de lo que sucedió en la sesión 4, en la que al parecer el bebé disfrutaba y ella no. En el extracto anterior al inicio de la actividad cuando Manuel intenta

tocar la pintura Victoria se lo impide de manera brusca. En la siguiente parte se aprecia más claramente la dinámica de falta de sincronía que se observó:

Victoria sostiene aun la cabeza de Manuel, Victoria pone la mano de Manuel en la mejilla de él y hace que se pinte sosteniéndole la mano, Manuel frunce el ceño, Victoria le suelta la mano, Victoria con su mano pinta a Manuel, Victoria "ay" , Victoria sigue pintándolo, Manuel se echa para atrás, mira fijamente a un punto quizás a Ana, Victoria "ay, tan bonito", Victoria deja de pintar a Manuel y lo acomoda, el bebé mira las pinturas, Victoria "écheme, pínteme la cara, a ver", Victoria le pone la mejilla al bebé, Victoria le coge la mano y se la lleva a su mejilla, Victoria "ay tan chévere, Manuel mire", Victoria lleva la mano de Manuel a su mejilla y se deja pintar, Victoria baja la mano y le suelta la mano a él, Victoria se señala con su dedo la mejilla, Victoria "pínteme así vea", Victoria hace una seña de pintar la mejilla, Manuel la mira, Victoria lo mira, Victoria le toca la mejilla al bebé, Victoria baja la mano y se unta el dedo de pintura, Victoria busca pintar la mejilla del bebé, él pone la mano y empuja hacia abajo la mano de la mamá, Victoria "no?", Manuel se ve incómodo y agita su brazo como evitando que ella le siga tocando la cara, mientras Victoria busca la forma de pintarle la mejilla a Manuel, Victoria "ay, ay", Victoria se detiene y se limpia el dedo con un papel, el papel suena Manuel se ve interesado mira fijamente lo que ella está cogiendo, Victoria "mire, mira el verde", Victoria coge el tarrito de pintura verde, lo levanta y Victoria mira a Manuel (B5-2:2-14).

Por la edad de Manuel, los materiales para pintar y la disposición del espejo, la actividad no pareció ser disfrutable para el niño, y Victoria parecía más interesada en la realización de la tarea para el video que en la interacción con su hijo. Esa falta de naturalidad en la realización de la actividad se observó también en la sesión 4 en la actividad Cantar. En el formato los psicólogos coincidieron al indicar en las áreas a trabajar tendrían que ver con el “ritmo de la interacción, ella va muy rápido” (B5).

Sesión 8: En esta sesión, la penúltima de la intervención, la actividad realizada fue leer un libro; en el video se observó una interacción más pausada. Victoria iba mostrando el libro y el niño prestaba atención y lo tocaba. Cuando comenzaron la actividad el niño tenía sueño y

estaba incómodo, lloroso, sin embargo durante la actividad no expresó molestia ni rechazo sino interés.

Victoria "ahhh, Manuel, miren ese relajo aquí, una fiesta vea, vea este niño se está riendo", Manuel se rasca la cabeza y mira al libro, Victoria "este también", Manuel pone su mano en el libro, Victoria "mire", Victoria señala una parte del libro, Victoria "¿esto qué es? ¿Qué es esto?", Victoria acerca la cara al libro, Victoria [...] tan chévere, mira la guitarra", señala en el libro algo y lo toca tres veces, Victoria "mira", Manuel toca el libro y Victoria lo cierra (B8-2:2-30).

En los comentarios de los psicólogos en el formato de evaluación acerca de la interacción se registró "Se ve más armónica, ella es cariñosa y habla con el niño con mayor frecuencia" (B8).

### **Logros.**

Algunos de los logros observados se categorizaron en cambios a nivel de: 1. Representaciones de la cuidadora (acerca de sí misma o del niño), 2. Comportamientos de la cuidadora, 3. Comportamientos del niño, 4. Interacción diada y 5. Solución de dificultades. A continuación se describen estos logros para cada caso.

### ***Caso A.***

1. Representaciones de la cuidadora: En la capacidad de auto-observación de Julia se observó un cambio. En la sesión, 2 cuando el psicólogo incentivaba que la cuidadora les hablara más a los niños, Julia decía que ella ya lo hacía: "Alex: el ejercicio que hicimos de los títeres, así se haya sentido un poco rara, es para invitarla a usted a hablar más con ellos. Julia: no, yo sí por lo general yo siempre les estoy hablando (A2-1:2-5). Sin embargo, eso no coincidía con lo que se observaba en la interacción. En la sesión 6 se observa que Julia es más consciente de la forma en la que les habla a los niños y lo relaciona con su propia historia; Julia comentó que cuando ella era niña a los niños no se les hablaba, decía que en su crianza "era simplemente una orden y ya, si no, le pegaban", decía que ella no es de cuchicheo- cariñosa, no tiene

paciencia, pero cuenta como con el otro nieto Omar ha tratado de explicar más las cosas no hablar con agresividad:

Julia: yo no tengo esa paciencia pues que ahora uno ya baja como la agresividad en el mandato ya le digo a Omar: desayune papi rápido porque nos tenemos que ir a trabajar (tono suave), en cambio yo antes le servía: bueno hágale, hágale que tenemos que irnos (tono fuerte afanado), Alex: le explica un poquito más Julia: ya se va tomando la molestia uno de involucrarlo y de hablar con él... (A6-2:4-18).

2. Comportamientos de la cuidadora: En la sesión 5 se observa cómo Julia le habla más al niño, le ofrece alternativas e incluso lo felicita: Julia le quita la flauta y le da la otra maraca y le dice: "con este toque los dos y yo toco con este" mientras que ella coge la flauta y la hace sonar, el niño coge ambas maracas y las hace sonar (A5-3:4-13). Luego le pasa la flauta a él para que la toque, mientras se la acomoda y le dice: "así, así, eso ahí" (A5-3:4-14).

3. Comportamientos del niño: En la sesión 6 se mencionó que el niño mostraba sentirse más seguro: Julia comentó que está más tranquilo en el momento de las despedidas "ya no me hace berrinche para irse... al principio hacía unos berrinches" (A6-2:4-16). El psicólogo le explicó Alex: al verla cada 8 días eso puede ayudar a que le de confianza Julia: si ya tiene más confianza lo que sumercé dijo los niños creen lo que uno les ofrece... (A6-2:4-17).

4. Interacción: Mayor sincronía y disfrute de las actividades. La cuidadora se conecta en el juego con el niño, hacia el final de la intervención se muestra más tranquila y se trasmite un tono emocional más positivo en el juego en comparación con las primeras sesiones.

5. Solución de dificultades: Al final de la intervención Julia logró obtener la custodia de los niños.

### ***Caso B.***

1. Representaciones de la cuidadora: Se evidenció un cambio en la forma en la que Victoria concibe al niño y lo mentaliza, nota que él está conectado con ella y que su comportamiento tiene impacto en él. En la sesión 1 ella decía que Manuel no notaba cuando ella se sentía triste. En la sesión 5 Victoria anotó en la evaluación de proceso "Es muy agradable saber que mi bebé está conectado conmigo" (B5).

2. Comportamientos de la cuidadora: Se observó a lo largo del proceso que la cuidadora reorganizó el espacio de su casa para permitir la exploración de Manuel y para prevenir accidentes. Victoria estimuló el desarrollo de Manuel, haciendo los ejercicios que la psicóloga le sugería y le organizó un espacio más estimulante; en la primera sesión el niño estaba en un caminador frente al televisor en las últimas sesiones el niño se desplazaba por sí mismo y tenía diversos juguetes en el piso, con los que la madre le jugaba.

3. Comportamientos del niño: Durante el proceso de intervención se vieron logros en el desarrollo motor de Manuel, como gatear hacia adelante, sostenerse de pie y la pinza. Victoria desde la sesión 4 se mostraba orgullosa de los logros de su hijo y de que ella le ha ayudado a desarrollarse:

Victoria: yo lo he puesto, vea, y le pone un juguete a Manuel adelante "cójala, cógela, va mi amor, vaya" Manuel: gatea hasta el juguete que Victoria le había puesto previamente. Ana: ¡ay me morí, bravo! Ana y Victoria se ríen. Se escuchan aplausos. Victoria: Le hice lo que sumercé me dijo, yo lo he puesto. Ana: si a ponerle la manito, es que se nota Victoria, está con una fuerza (B4-2:3-20).

4. Interacción diada: Hacia el final del proceso Victoria seguía más el ritmo de Manuel, el ritmo era más pausado, con menos comportamientos intrusivos de la madre y en los que se daba espacio a la participación del bebé. Además, la psicóloga anotó con respecto a la interacción: "Se ve más armónica, ella es cariñosa y habla con el niño con mayor frecuencia" (B8).

5. Solución de dificultades. En el caso de Victoria se le brindó apoyo para afrontar las situaciones estresantes y se dio contención emocional. En la sesión 5 la psicóloga anotó: "La madre se vio muy estresada por la situación de la audiencia. Se vio una mejoría en este aspecto a través de la visita" (B5). Adicionalmente, se visibilizaron las redes de apoyo a las que Victoria podría acudir, ella misma reportó "El mapa de relaciones familiar. Fue muy excelente, me motivó mucho, me sentí tranquila y me hizo pensar que en realidad tengo muchas personas que me quieren y que yo quiero, y también saber que puedo contar con Luis y Ana" (B9).

## Discusión

En esta investigación se encontró que la Intervención Relacional se puede implementar en el contexto nacional para apoyar el reintegro familiar en el caso de niños institucionalizados, y en casos donde hay riesgo de malos tratos, a través del apoyo a la crianza en familias viviendo en condiciones de vulnerabilidad con niños y niñas de cero a cinco años. Las dos familias participantes en este estudio estaban viviendo en condiciones de riesgo para establecimiento de relaciones de apego seguro como las que se reportan en la literatura: factores de riesgo contextuales- sociales y económicos como la pobreza, la dificultad para acceder a servicios, la falta de redes de apoyo (Estay et al. 2009) y factores de riesgo familiares como la historia de maltrato infantil de la cuidadora (Berlin et al., 2011), el conflicto familiar, y la depresión de la cuidadora (DeKlyen & Greenberg, 2016).

En cuanto a la comparación de ambos casos, se encontró mayor nivel de riesgo en el caso A en lo que respecta al vínculo, ya que los niños habían sido separados de la familia desde los 10 meses de nacidos y llevaban 8 meses institucionalizados, la cuidadora estuvo ausente durante la primera parte de ese tiempo por el duelo del asesinato de su hijo y para la época de la intervención, los tiempos para compartir con los niños se reducían a un par de veces por semana; la ausencia, la separación e incluso la institucionalización en un periodo tan crítico para el desarrollo socioafectivo, como lo son los dos primeros años, hacían que el riesgo en la calidad del vínculo fuera mayor (Berens, & Nelson, 2015; Rutter, 1998); se observó en los videos de las sesiones analizadas que el desarrollo del lenguaje de los niños a los 18 meses de edad, era comparable al de bebés de un año.

En el entorno del caso B, de igual forma existía alto riesgo para el adecuado desarrollo socioemocional, que aunque aún no se reflejaba en alguna situación particular del bebé, sí se observaba en los subsistemas parentales y fraternos, evidenciados en la vulneración de los derechos de su hermana mayor, quien había sufrido violencia sexual y en los problemas relacionales de la cuidadora (conyugales e infanto-parentales) marcados por el conflicto y los malos tratos. Se observaron también problemas de salud mental en miembros de la familia extensa y de la madre, así como graves dificultades en la esfera social/comunitaria, específicamente en el acceso a servicios de salud y educación, y la falta de recursos económicos (DeKlyen & Greenberg, 2016; Di Bartolo, 2016). En cuanto al desarrollo del

niño se observaron falencias en la estimulación para el desarrollo motor y desarrollo del lenguaje.

La intervención en estos contextos es compleja por los múltiples factores de riesgo, pero imprescindible por la misma razón. Para el proceso del reintegro familiar de los niños que estaban institucionalizados se pudo evidenciar la complejidad del proceso para que las familias logren fortalecerse y puedan obtener la custodia y reintegro de sus niños al hogar. En este proceso, se hace imprescindible que reciban apoyo, tanto para esos temas contextuales que rodean y afectan el vínculo cuidadora-niño, como para fortalecer la relación en sí misma, para que el cuidado sea de calidad, sensible y respetuoso. Se ha reportado en la literatura que el reintegro de niños y niñas no es exitoso cuando no se dedica tiempo de acompañamiento, o no existen los programas necesarios para la preparación al reintegro (Government of Malawi & Unicef, 2019); cuando se pierde de vista el objetivo de la reintegración y no se hacen esfuerzos para solucionar los problemas en la familia que llevaron al retiro del niño o la niña, y cuando se estigmatiza a las familias como disfuncionales e incapaces de involucrarse en el cuidado de sus hijos (Petr & Entriken, 1995). En el caso A, la Intervención Relacional aportó el acompañamiento necesario a la cuidadora y se postuló como un programa para la preparación para el reintegro, protegiendo a la familia de ese estigma y aportando a la familia recursos psicológicos para afrontar las situaciones problemáticas del proceso y de la vida cotidiana por las que atravesó la cuidadora.

Al analizar los datos se pudo poner en evidencia que la Intervención Relacional ofreció una metodología para trabajar con familias en condiciones de vulnerabilidad aspectos vinculares centrales para el desarrollo que permitan una relación de cuidado de calidad que se caracterice por los buenos tratos y por la comprensión del desarrollo de la primera infancia, pero también recursos para el afrontamiento de problemas y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Se encontró coherencia entre los objetivos de la intervención, los temas abordados, las técnicas usadas y los logros alcanzados. Ejemplo de esto en el caso A fue apoyar a la cuidadora para el proceso de reintegro de sus nietos, que era uno de los objetivos, a través de técnicas de resolución de problemas, fortalecimiento de su red de apoyo y el aumento de su sentido de autoeficacia. En el otro objetivo, de que mejorara su sensibilidad como cuidadora,

las técnicas fueron moldeamiento, modelamiento, reforzamiento a través de la video retroalimentación y la retroacción que se centraron en la captación y correcta interpretación de las señales de los niños. Los logros identificados correspondieron en estos puntos a la intervención realizada; por una parte, la cuidadora consiguió la custodia de los niños, y por otro lado se pudo observar mayor sincronía en la interacción cuidadora-niños. Aunque no se puede atribuir causalidad entre la intervención y el logro de la custodia por parte de la abuela, se identifica que en el caso se presentaban varios factores de riesgo que amenazaban el reintegro familiar, pudiendo ser la principal razón por la cual este caso no siguió la probabilidad que reflejan las cifras de niños y niñas bajo protección del ICBF (85.198 en 2018 sin incluir los casos que están en adoptabilidad) que muestran que en muchos casos el reintegro familiar no se logra.

En el caso B, caso preventivo, se logró que la cuidadora tuviera comportamientos más sensibles y de apoyo al desarrollo social, afectivo y motor del niño; no se observaron comportamientos que indicaran maltrato ni negligencia. Así como en el caso A esta situación no se puede atribuir como una consecuencia unívoca de la Intervención Relacional, sí se puede afirmar que los factores de riesgo de la familia mostraban una alta probabilidad de que el niño fuera maltratado o sufriera negligencia, y por lo tanto entrara a un PARD.

En ambos casos se encontraron diferencias en la sincronía en las interacciones del comienzo y del final del proceso, siendo las primeras más aceleradas y difíciles por parte de las cuidadoras, y las últimas más pausadas y ajustadas al ritmo de los niños. Además, al final se evidenciaron interacciones que apoyaban más el desarrollo de los niños. Los resultados que se identificaron en las cuidadoras fueron representaciones más positivas de los niños, mayor comprensión del desarrollo infantil y mayor consciencia de la influencia del comportamiento del cuidador en la calidad de la relación con el niño.

Las investigaciones acerca de la Intervención Relacional muestran que su foco es claramente relacional y que el rol de los profesionales frente a las problemáticas de la vida cotidiana de las familias, es un rol de activador de redes para que los profesionales puedan centrarse en el tema relacional (Moss et al., 2014; Tarabulsky, s/f; Tarabulsky et al., 2018); sin embargo, en esta primera experiencia en Colombia uno de los retos principales fue cómo trabajar en lo relacional en medio de la adversidad de los problemas contextuales sin una red

de servicios que se pudiera activar y fuera eficiente para responder ante las necesidades básicas insatisfechas de las familias. A pesar de este reto, para ambos casos, los profesionales usaron técnicas adicionales a las que presenta el manual y brindaron apoyo para que las cuidadoras pudieran resolver los temas contextuales: En el caso A, para apoyar a la cuidadora para el reintegro de sus nietos las técnicas de intervención se centraron en ayudarle a resolver problemas, fortalecer su red de apoyo y aumentar su autoeficacia. En el caso B los psicólogos brindaron contención emocional para el manejo de las situaciones estresantes como la audiencia en la fiscalía por el abuso sexual a la hija y frente al diagnóstico de salud de la madre, así como algo de asesoría para superar las barreras de acceso al sistema de salud de la madre y de la hija.

Esto además se ve reflejado en la cantidad de tiempo invertido en la primera parte de las sesiones de intervención, Conversación libre, donde de 11 horas y 22 minutos se destinaron a esta parte 3 horas con 58 minutos, es decir más de una tercera parte. Esta podría ser una de las principales diferencias de la implementación de la IR en Colombia con respecto al modelo original que se aplica en Canadá.

Algunas de las fortalezas de la implementación de la Intervención Relacional que fueron identificadas se incluyen a continuación:

- El uso de la video retroalimentación de aspectos positivos de la interacción, que permitió que las cuidadoras observaran detalladamente sus interacciones con los niños. El uso de esta técnica posibilitó que las cuidadoras centraran su atención en las respuestas de los niños para poder interpretarlos apropiadamente. Las cuidadoras mostraron apertura hacia esta técnica, centraron su atención y no mostraron reticencia a ser grabadas. Esto evidencia que es factible usar la video retroalimentación con cuidadoras de bajo nivel socioeconómico y situaciones de vulnerabilidad.
- Explicaciones basadas en la interacción: El que los temas que se abordan se usan ejemplos de la interacción de la propia familia, captó la atención de las cuidadoras y permitió que la conversación girara en torno a la experiencia vivida con el niño. El poder ver y darle un lugar relevante a la observación de la interacción permite que los temas que se trabajan desde la psicoeducación puedan ser explicados y apropiados de mejor manera (Tarabulsky, s/f).

- Retroalimentación centrada en los recursos de las cuidadoras: los psicólogos buscaron destacar lo positivo, no solo en la video retroalimentación sino en general en todo el proceso, como en la sesión del caso A en la que la cuidadora habló de su estrategia de amenazar para que el niño hiciera caso, el psicólogo lo primero que hizo fue rescatar que ella habló con el niño y después eso explicó sin acusar o juzgar las diferencias entre la crianza a través del miedo o de la confianza (A6-2:4-17). Las cuidadoras que han tenido contacto con el sistema de protección pueden estar predispuestas a que les digan lo que hacen mal y ellas mismas pueden tener representaciones muy negativas de sí mismas, por lo que este abordaje disminuye la resistencia al cambio (Moss et al., 2014) y puede fortalecer su autoeficacia (Tarabulsky, s/f). Esto se observó en las primeras sesiones en las que era menor la apertura a comentar acerca de las dificultades en la crianza; a medida que avanzó la intervención las cuidadoras mostraban mayor confianza en los profesionales para reconocer sus debilidades.
- Visitas domiciliarias: el formato de visitas domiciliarias permite el acceso a esta intervención. Para la población en condiciones de vulnerabilidad, el hecho de no tener que desplazarse hasta un consultorio es una barrera menos para recibir el servicio, por las dificultades del transporte, los costos o las distancias (Moran et al., 2005). En los casos de institucionalización necesariamente se tienen que hacer las sesiones en la institución, pero sería importante que se hagan algunas sesiones en la casa, una vez se ha hecho el reintegro. Además, el intervenir en el entorno natural de la cuidadora y el niño aporta información del contexto y posibilita que se adecúe el espacio; esto se evidenció en el caso B en el que la cuidadora reorganizó el espacio para permitir la exploración de su hijo y para prevenir accidentes, desde la sesión 2 los psicólogos anotaron “Victoria movió los muebles de la sala y logró más espacio para el desplazamiento de Manuel” (B2).
- Duración: El número sesiones, nueve, es una ventaja teniendo en cuenta las limitaciones en tiempo y recursos que se tienen para intervenir desde el ICBF, y que sufren los profesionales psicosociales que brindan apoyo a los niños y familias en PARD. La intervención parecería ser una buena práctica en un Sistema de protección que no tiene intervenciones basadas en la evidencia en el campo del reintegro familiar

de niños y niñas en edades de la primera infancia, y que tiene equipos desbordados de trabajo en tiempo record bajo la reciente ley 1878 de 2018.

- Los temas abordados: La especificidad y pertinencia de los temas, la importancia de que se trabajen temas que son cruciales en cada caso, con respecto a los temas relacionales y contextuales, por ejemplo, que se apoyara a Julia para que ofreciera un vínculo reparador para sus nietos que han estado institucionalizados y que no desistiera del proceso. O en el caso B donde el tema de salud de la madre era crucial de ser por lo menos conversado y contenido, conforme fue avanzando su diagnóstico.
- Intervención oportuna: La posibilidad de intervenir en momentos críticos del desarrollo y ayudar a que las cuidadoras apoyen el desarrollo de sus niños. Como se observó en el caso B en el que el niño durante el proceso tuvo avances significativos en su desarrollo motor asociado a la estimulación moldeada y reforzada en la cuidadora.
- Intervenciones reflexivas y sencillas: Intervenciones que buscan conectarse con el sentido común desde una perspectiva de los buenos tratos apropiados al contexto particular social, económico y cultural de las cuidadoras. En el caso A cuando el psicólogo le dice a la cuidadora que la confianza funciona mejor que la amenaza y le pone el ejemplo de que si él la amenaza que va a llamar al Defensor de familia si ella no viene seguramente ella va a ir, pero va a ir obligada, en lugar de ir porque se siente bien y siente que es un espacio que le sirve.
- Estilo terapéutico cercano, amable y de apoyo: se identificó que se establecieron relaciones de confianza en las que los psicólogos brindaron apoyo a las cuidadoras y ellas lo apreciaban. Esto es muy importante dada la cantidad de estresores a las que estaban expuestas las cuidadoras. El tener apoyo hace que se sientan menos solas; en el caso B, por ejemplo, la cuidadora en sus evaluaciones de satisfacción mencionó constantemente entre los aspectos más positivos de las sesiones, a los psicólogos, lo que refleja que para ella el apoyo y acompañamiento de ellos fue importante. Además la literatura ha mostrado que el hecho de que los profesionales sean una base segura para las cuidadoras, es decir, figuras a las que se puede acudir en momentos de estrés sabiendo que serán bien recibidas, está asociado a mejoras en el comportamiento

interactivo de las cuidadoras en la relación cuidadora-niño (Moss et al., 2014; Tarabulsky et al., 2018, 2008).

- Flexibilidad: Se observó una intervención flexible que se adapta a las distintas características y circunstancias de cada caso. Este elemento que aparece descrito en el mismo manual de la Intervención Relacional brinda unos lineamientos, pero no da una guía de instrucciones, ni de pasos que se deben seguir (Tarabulsky, s/f).
- Formación de los profesionales, quienes tenían un nivel de formación de doctorado y maestría, con experticia en la intervención basada en la teoría del apego y conocimientos avanzados en desarrollo infantil, además de haber recibido la capacitación y supervisión para implementar la Intervención Relacional, permitió ver que aunque los casos obviamente eran diferentes, los profesionales desarrollaron el mismo patrón de acciones en los procesos con las cuidadoras y los niños con esos énfasis: apego y promoción del desarrollo infantil temprano.
- Se contó con varias fuentes de información para la evaluación de proceso: los videos de las sesiones, los formatos de evaluación de las cuidadoras y de los profesionales, que permitieron un acercamiento a la realidad de las familias y a la descripción detallada de dinámica de las sesiones de intervención desde las dos miradas cualitativa y cuantitativa. Esto permitió tener conclusiones y novedades culturales para ser sensibles a las reales demandas y posibilidades de las familias colombianas en situación de violencia o vulnerabilidad.

En cuanto a las dificultades en la implementación, en primer lugar, es claro que se requieren adaptaciones de la Intervención Relacional para poder abordar los temas contextuales en los que los esfuerzos de los psicólogos se quedan cortos. La Intervención Relacional cuenta con una metodología para trabajar los temas relacionales, sin embargo, no aporta las herramientas para abordar los temas contextuales, y se requiere experticia para trabajar asuntos tales como procedimientos judiciales, procedimientos específicos para el reintegro de niños o niñas que han sido retirados del medio familiar, gestión para acceder a servicios de salud o educación, entre otros. Es importante abordar estos temas con las herramientas de otras disciplinas, tales como el trabajo social, donde el enfoque no es solo individual, sino que también es familiar o comunitario, este último en el caso de que se

requiera activar otras redes para el acceso a los servicios, o para hacer viable el mantenimiento de los efectos de la intervención.

La aproximación de la Intervención Relacional, con enfoque en la diada y la familia, posiblemente fortalece la autoeficacia y visibiliza la propia red de apoyo de la familia, pero esto es insuficiente cuando se experimentan tantas situaciones difíciles en las que las cuidadoras se ven desesperadas y solas, siendo esto fuente de estrés y por lo tanto factor de riesgo para la calidad de la relación cuidador-niño, y que son situaciones comunes cuando se vive en contextos de pobreza (Di Bartolo, 2016; Bornstein & Putnick, 2012; Shonkoff & Phillips, 2000; Estay, Jara Males & Mora, 2009). Una intervención profesional que permita de alguna manera aislar la Intervención Relacional de la multiplicidad de estresores psicosociales que experimentan las familias, se hace necesaria para potencializar los efectos protectores del desarrollo de los niños. Además, esto probablemente ayudaría a que la cuidadora resolviera algunos de los estresores, por ejemplo recibiendo ayuda para gestionar de distintos apoyos; en los casos analizados esto hubiese representado que se hubiese podido gestionar la psicoterapia para la hija mayor de Victoria prontamente y que se hubiesen superado las barreras de acceso al servicio de atención psicológica o que en el caso A, Julia, hubiese podido tener más claridad y menos preocupación frente al tema de la custodia de los niños o al proceso judicial sobre el asesinato de su hijo. Esto posiblemente implicaría mayor articulación interinstitucional como lo recomienda la literatura (Government of Malawi; Unicef, 2019) y que el o la profesional que esté apoyando a la familia en estos temas contextuales, conozca las rutas o formas de superar las barreras de acceso, así como los mecanismos de fortalecimiento del auto-agenciamiento por parte de las familias.

Por otro lado, aunque se contó con varias fuentes de información para poder evaluar el proceso, se recomienda mejorar los procesos de registro de información de las sesiones en aspectos de orden técnico. En cuanto a los videos es importante tener formas estandarizadas para la realización de las filmaciones. Es muy importante que los videos registren las caras de la cuidadora y del niño, lo que implica que la persona que está grabando se mueva a lugares desde donde pueda tener una mejor perspectiva, ya que sin ese registro se pierde información sobre la interacción no verbal. Incluso se debe prestar atención a la calidad del video y a la iluminación para que la imagen tenga la nitidez suficiente para observar los gestos en detalle. También que se establezca claramente las condiciones del inicio y final de las filmaciones, ya

que entre sesiones y casos, por ejemplo, algunas veces se filmó a las cuidadoras respondiendo los cuestionarios al final de las sesiones y otras veces no.

En cuanto a los registros algunos no estaban diligenciadas completamente y otras se encontraban en hojas distintas a los formatos lo cual llevó a una dificultad y un trabajo posterior de limpieza de la información antes de su sistematización. Se observó que algunos formatos de evaluación fueron leídos a la cuidadora por los mismos psicólogos, debido al bajo nivel educativo, pero sería recomendable que cuando la cuidadora requiera apoyo para el diligenciamiento de los formatos, sea otra persona la que le ayude, y no los profesionales que realizan la intervención, para evitar sesgos, tal vez una entrevista corta por teléfono que realice un evaluador independiente.

Por último, aunque en la implementación de la intervención en estos casos la formación de los profesionales fue una fortaleza, para futuros casos puede ser un reto tener profesionales con el mismo nivel de dominio de los marcos conceptuales centrales y de las técnicas. Contar con profesionales con formación y práctica clínica con familias y niños, con conocimientos en desarrollo infantil y teoría del apego, así como con supervisores sensibles a la realidad colombiana, es necesario para garantizar que se siga el protocolo de la intervención al tiempo que se ajuste a las condiciones y necesidades de las familias que viven en situación de vulnerabilidad.

Los resultados de esta investigación pueden ser útiles como material para la capacitación de nuevos profesionales que implementen la Intervención Relacional. Los videos y los casos pueden ser útiles para sensibilizarlos acerca de las realidades complejas que viven las familias, dar contexto cultural a los otros materiales que se usen para la capacitación como el manual, ilustrar con ejemplos reales la intervención y para evidenciar la importancia de la calidad de los registros, el involucramiento con las familias, de la supervisión, el entrenamiento en observación naturalista de la calidad de la interacción y del desarrollo infantil, así como la importancia del trabajo con un profesional del área del trabajo social para intervenir también en las problemáticas contextuales de las familias.

Este trabajo describe los primeros casos con los que se implementó la Intervención Relacional en el país y sus hallazgos son promisorios. Se encontraron múltiples fortalezas y se hicieron algunas recomendaciones para hacer frente a las dificultades encontradas. A futuro

se requieren estudios cuantitativos para evaluar los resultados de la Intervención Relacional que comparen medidas pre y post de constructos como la sensibilidad del cuidador, la seguridad del apego o la sincronía diádica, es decir, evaluaciones de impacto que además hagan seguimiento a las familias a mediano y largo plazo como lo recomienda la literatura (Khandker, Koolwal & Samad, 2009).

Contar con un programa de intervención temprana basado en el apego en Colombia es una oportunidad muy importante para muchos niños y niñas en edades de la primera infancia viviendo en condiciones de alta vulnerabilidad que ponen en riesgo su desarrollo. Los programas con enfoque relacional, con énfasis en el fortalecimiento de la sensibilidad de los cuidadores y cuidadoras principales, que usan técnicas de video retroalimentación y a través de visitas domiciliarias, han mostrado que mejoran la calidad del vínculo, predicen buenos resultados en desarrollo social a mediano plazo en los niños y las niñas y previenen psicopatología a largo plazo (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Sroufe, 2005). Los hallazgos de esta investigación muestran que la Intervención Relacional es un programa prometedor para apoyar la reunificación familiar y la prevención del maltrato y la pérdida del cuidado, un programa que es factible implementar en Colombia, a pesar de los retos que representa.

Los resultados de esta investigación son relevantes para el ICBF teniendo en cuenta que dentro del Plan de Desarrollo Nacional de Colombia está estipulado el compromiso del gobierno de avanzar hacia la desinstitucionalización y fortalecer formas de cuidado alternativo familiar; esto indica que se requieren intervenciones para la reintegración de niños y niñas a las familias de origen y para su ubicación en familias de acogida; adicionalmente, esta investigación y la realizada por Salazar (2018) muestran alternativas basadas en el apego que pueden ser implementadas para brindar apoyo a la población rural colombiana y aquella que ha migrado a las ciudades por la violencia, la pobreza y la desigualdad.

## Referencias

- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49–67. doi: 10.2307/1127388
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195–215. doi:10.1037/0033-2909.129.2.195
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2008). Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73(3), 279–293. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2008.00498.x>
- Behal, N.; Cusworth, L.; Wade, J.; Clarke, S. (2014). Keeping children safe: allegations concerning the abuse or neglect of children in care. Recuperado de <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Abuseincare.pdf>
- Berens, A. & Nelson, C. A. (2015). The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*, 386(9991), 388–398.
- Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention. *Child Development*, 82(1), 162–176. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x
- Berlin, L., Zeanah, Ch. & Lieberman, A. (2016). Prevention and Intervention Programs to Support early Attachment Security A Move to the Level of the Community. En P. R. Cassidy, Jude; Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*.
- Bornstein, M. H., & Putnick, D. L. (2012) Cognitive and socioemotional caregiving in developing countries, *Child Development*, 83(1) 46-61. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/41416066?seq=1>
- Bowlby, J. (1988). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos

Aires: Paidós.

- Bretherton, I., & Munholland, K. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct of attachment theory. In Cassidy, Jude; Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3–19). New York: Guilford Press.
- Brown, G. L., Gustafsson, H. C., Mills-Koonce, W. R., & Cox, M. J. (2017). Associations between early caregiving and rural, low-SES, African-American children's representations of attachment relationships. *Attachment and Human Development*, 19(4), 340–363. doi:10.1080/14616734.2017.1318935
- Bundy-Fazioli, K., & Law, M. G. (2006). “I Screamed for Help”: A Case Study of One Grandmother's Experience with Voluntary Kinship Care. *Journal of Family Social Work*, 9(3), 1-18.
- Carbonell, O. A., Plata, S. J., & Alzate, G. (2006). Creencias y expectativas sobre el comportamiento materno ideal y real en mujeres gestantes desde un abordaje metodológico mixto. 1(1), 115–140.
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. In Jude Cassidy and Phillip R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (Third Edition), pp. 3-24. New York: Guilford Press.
- Csáky, C. (2009). Keeping Children Out of Harmful Institutions: Why we should be investing in family-based care. London, UK: Save the children.
- Cuartas, J., McCoy, D. C., Rey-Guerra, C., Britto, P. R., Beatriz, E., & Salhi, C. (2019). Early childhood exposure to non-violent discipline and physical and psychological aggression in low-and middle-income countries: national, regional, and global prevalence estimates. *Child abuse & neglect*, 92, 93–105.
- De Cero a Siempre. (2013). *Pobreza y primera infancia en Colombia*. Recuperado el 22 de diciembre de 2019, de <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Boletín No. 1 Pobreza y primera infancia en Colombia.pdf>

- De Wolff, M. S., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A metaanalysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591.
- Decreto 936 (2013). Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Bienestar Familiar. República de Colombia.
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2016). Attachment and Psychopathology in Childhood. In Jude Cassidy and Phillip R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (Third Edition), pp. 639-666. New York: Guilford Press.
- Di Bartolo, I. (2016). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos: clínica, investigación y teoría*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Echeverría, R. G. (1998). *Strategic elements for the reduction of rural poverty in Latin America and the Caribbean* (Vol. 112). Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Environment Division.
- Emery, J., Paquete, D. & Bigras, M. (2008). Factors predicting attachment patterns in infants of adolescent mothers. *Journal of family studies*, 14, 65–90.
- Estay B., F., Jara M., P., & Mora S., M. (2009). *Manual de apoyo para la formación de competencias parentales*. Programa Abriendo Caminos Chile Solidario. Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social MIDEPLAN. Santiago de Chile.
- Euser, S., Alink, L. R., Tharner, A., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: A comparison between abuse in residential and in foster care. *Child Maltreatment*, 18(4), 221–231.
- EVCDI-R. (2016). *Actualización y validación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil*. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/manual\\_tecnico\\_escal\\_de\\_valoracion\\_cualitativa.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/manual_tecnico_escal_de_valoracion_cualitativa.pdf)
- EVCNNA. (2018). *Encuesta Nacional de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes*. Recuperado el 22 de diciembre de 2019, de

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-tiene-por-primera-vez-encuesta-de-violencia-contra-menores-de-edad.aspx>

FAO. (2018). *Panorama de la pobreza rural en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://www.fao.org/3/CA2275ES/ca2275es.pdf>

Flyvbjerg, B. (2011). Case Study. In Denzin & Lincoln (Ed.), *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage.

Franco, A. M., & Navia, C. E. (2016). *Fortalecimiento de las competencias parentales*. Universidad Nacional de Colombia. Tesis Maestría en Psicología Clínica.

Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539–579. doi:10.1037/0033-2909.128.4.539

Gill, A. M., Hyde, L. W., Shaw, D. S., Dishion, T. J., & Wilson, M. N. (2008). The family check-up in early childhood: A case study of intervention process and change. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 893–904. <https://doi.org/10.1080/15374410802359858>

González, M. R., Trujillo, A., & Pereda, N. (2014). Corporal punishment in rural Colombian families: Prevalence, family structure and socio-demographic variables. *Child Abuse & Neglect*, 38, 909–916.

Government of Malawi & Unicef. (2019). *Reintegrating Children From Institutional Care: A feasibility study on a model for Malawi*. Recuperado de [https://www.unicef.org/malawi/media/1291/file/UNICEF Reintegration Children Feasibility Study.pdf](https://www.unicef.org/malawi/media/1291/file/UNICEF_Reintegration_Children_Feasibility_Study.pdf)

Hawkins, J. D., Arthur, M. W. & Catalano, R. F. (1995). Preventing substance abuse. *Crime and justice*, 19, 343–427.

Hidalgo, J., & Hidalgo, M. (2002). Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. *Apuntes de psicología*, 20(2), 243–256.

ICBF (2019a). *Tablero PARD*. Observatorio Niñez. Recuperado el 2 de julio de 2018, de <https://www.icbf.gov.co/bienestar/observatorio-bienestar-ninez/tablero-pard>

ICBF (2019b). Lineamiento técnico y administrativo modalidad Mi Familia. Versión 1.

ICBF (2019c). Lineamiento técnico y administrativo de modalidades para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados restablecimiento de derechos. Versión 7.

Juffer, Femmie; Bakermans-Kranenburg, Marian J.; van Ijzendoorn, M. H. (2008). *Promoting Positive Parenting: An Attachment-Based Intervention*. Taylor & Francis Group.

Khandker, S., B. Koolwal, G., & Samad, H. (2009). *Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices*. The World Bank.

Klein-Velderman, M.; Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. & van Ijzendoorn, M. (2008). A case study and process evaluation of video feedback to promote positive parenting alone and with representational attachment discussions. In Juffer, F.; Bakermans-Kranenburg, M. & van Ijzendoorn, M. (Eds.), *Promoting Positive Parenting: An Attachment-Based Intervention*. Taylor & Francis Group.

Ley 1098. (2006) Código de la infancia y la adolescencia. Bogotá, Colombia.

Ley 1878 . “Por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, y se dictan otras disposiciones” 9 de enero de 2018

Lu, C., Black, M. M., & Richter, L. M. (2016). Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *The Lancet Global Health*, 4(12), 916-922. doi/10.1016/S2214-109X(16)30266-2

Lumos. (2019). *De las instituciones a la comunidad: La experiencia de Fundamor, transformando el cuidado de los niños, niñas y jóvenes con VIH en Colombia*. Bogotá.

Lumos. (En prensa). *Informe LAC Institucionalización en Latinoamérica*.

- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego: Un enfoque actual* (Segunda ed). Madrid: Psimática.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 231–249. doi:10.1002/imhj.20045
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*, 29(2), 203–224. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472011000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472011000200001)
- Moss, E., Tarabulsky, G. M., St-Georges, R., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A., ... Lecompte, V. (2014). Video-feedback intervention with maltreating parents and their children: program implementation and case study. *Attachment and Human Development*, 16(4), 329–342. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.912486>
- Mountain, G., Cahill, J., & Thorpe, H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior and Development*, 46, 14–32. doi:10.1016/j.infbeh.2016.10.006
- National Research Council (2000) *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academies Press.
- Ortiz, J. A., Borré, A., Carrillo, S., & Gutierrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 71–86.
- Petr & Enriken. (1995). Service System Barriers to Reunification. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 523–533.
- Pinheiro, P. (2006). *World Report on Violence against Children*. New York.
- Protocolo de aplicación proyecto de investigación Intervención Relacional “Estudios de caso”*. (2018). Inedito.
- Pulido, S., Castro-Osorio, J., Peña, M., & Ariza, Ramirez, D. P. (2013). Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. *Revista*

*Latinoamericana de Ciencias sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 245–259.

doi:10.11600/1692715x.11116030912

Ramírez, S. (2015). *Crianza con apego: De la teoría a la práctica*.

Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Gazzotti, S., & Albizzati, A. (2014). Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior and Development*, 37(1), 44–56.

doi:10.1016/j.infbeh.2013.12.011

Rusconi-Serpa, S., Rossignol, A. S., & McDonough, S. C. (2009). Video feedback in parent-infant treatments. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 18(3), 735–751.

Rutter. (1998). Development catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4).

Salazar, J. G. (2018). *Mothers' sensitivity enhancement and its effect on infants' food habits. A RCT study in a rural Colombian altoandino context*. University of Pavia. PhD Thesis

Sarmiento, V., Muñoz, P. & Navia, C. E. (2018) *Desarrollo socio-emocional en niños, niñas y adolescentes institucionalizados con Trastorno Traumático durante el Desarrollo. Comparación con un grupo control*. Universidad Nacional de Colombia. Tesis Maestría en Psicología Clínica.

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1- 2), 7-66.

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, National Academy Press, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225540/>

Slomski L., M. (2009). Disorganized attachment relationships in teen moms. *Adolescence*,

44(175), 621-633.

Snyder, A. R., & McLaughlin, D. K. (2004). Female-headed families and poverty in rural America. *Rural Sociology*, 69(1), 127-149.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349–367.  
doi:10.1080/14616730500365928

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355.

Strauss, Anselm & Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa. técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (Traducción). Medellín, Colombia: Trad. Editorial Universidad de Antioquia, 2° Ed. Sage publications.

Tarabulsky, G. M. (s/f). *Proyecto Generación. Traducción Manual Intervención Relacional*.

Tarabulsky, G. M., Dubois-Comtois, K., Baudry, C., Moss, E., Roberge, A., Savage, L. E., ... Bernier, A. (2018). A case study illustrating the use of an attachment video-feedback intervention strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1358–1369.  
doi:10.1002/jclp.22646

Tarabulsky, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-Based Intervention for Maltreating Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322–332. doi:10.1037/a0014070

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Unicef & Cepal. (2010). *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.unicef.es/noticia/casi-81-millones-de-ninos-sufren-pobreza-en-america-latina-y-el-caribe>

Unicef. (2015). *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Resumen*. Recuperado de <https://www.unicef.es/publicacion/ocultos-plena-luz-un->

analisis-estadistico-de-la-violencia-contra-los-ninos

Unicef. (s/f). *Child poverty*. Recuperado el 10 de enero de 2020, de <https://www.unicef.org/social-policy/child-poverty>

van Ijzendoorn, M., Lujik, M. & Juffer, F. (2008). IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 341–366.

Vaughn, B. E., Coppola, G., Verissimo, M., Monteiro, L., Santos, J. A., Posada, G., ... Korth, B. (2007). The quality of maternal secure-base scripts predicts children's secure-base behavior at home in three sociocultural groups. *International Journal of Behavioral Development*, 31(1), 65–76. doi:10.1177/0165025407073574

WHO. (2016). *Child Maltreatment*. Recuperado el 11 de enero de 2020, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

## Anexo 1 Consentimiento informado

### *CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIAS PARTICIPANTES*

Programa de intervención basada en el apego para mejorar las interacciones familiares y el bienestar infantil

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_ he sido invitada(o) a participar en la intervención basada en el apego junto con los integrantes de mi familia, en calidad de cuidador principal del niño(a) \_\_\_\_\_, con documento de identificación N° \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, que se realizará bajo la dirección del Área de Familia Infancia y Sociedad y el Área de Salud, Conocimientos Médicos y Sociedad representada por sus directores, de la Universidad Externado de Colombia y la colaboración de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad del Rosario y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en las instalaciones de la Fundación \_\_\_\_\_.

Este programa de intervención busca mejorar las interacciones entre los cuidadores y sus hijos menores de cinco años, para promover un adecuado desarrollo y bienestar infantil.

He sido informada(o) de que:

1. Durante el transcurso de la intervención, mi hijo(a) y yo tendremos de 8 a 10 encuentros programados con dos interventores relacionales que nos visitarán en nuestra casa.
2. En estos encuentros mi hijo(a) y yo realizaremos una serie de actividades cotidianas tales como jugar, comer o cantar que serán grabadas en video.
3. Los videos los observaremos en los mismos encuentros, para que de esta forma pueda mejorar la forma de interacción que tengo mi hijo(a).
4. Los encuentros durarán cada uno aproximadamente una hora y media (90 minutos), y lo que ocurra será filmado para que los interventores relacionales puedan ser supervisados por expertos a cerca de lo que ocurre en cada visita.
5. Durante la primera y última sesión me pedirán que responda una serie de cuestionarios e instrumentos de medición psicológicas.
6. Si durante los encuentros se evidencia alguna situación que ponga en riesgo mi salud o la de mis hijos, o cualquier otra característica de relevancia, se suspenderá la intervención y seré informada(o).
7. Participar en los encuentros de la intervención no presenta ningún costo para mí, ni recibiré ningún pago por asistir.
8. Los resultados de mi intervención permitirán establecer si los encuentros de la intervención me beneficiaron y pueden beneficiar a otras familias como la mía en Bogotá, ya que se ha encontrado que es beneficiosa para familias de otros países.
9. Se mantendrá la confidencialidad de mis datos y de los datos de las personas que participen junto conmigo en los encuentros. Esto quiere decir que en ningún momento mi nombre o el de las personas que participan conmigo será divulgado, y que en los informes sobre mi intervención se cambiará mi nombre y el de las personas de mi familia, o se hablará de manera general sobre una familia que vive en Bogotá.

10. Sé que los interventores relacionales que visitarán mi casa serán supervisados por un grupo de expertos y por lo tanto ellos informarán sobre las actividades que realicemos en los encuentros. Esto quiere decir que la información y videos que sobre mi participación y la de mi familia en la intervención, será usada únicamente con fines educativos y de estudio académico de la psicología y la medicina.
11. Mi participación es voluntaria, y puedo retirarme en cualquier momento por cualquier motivo, sin que esto conlleve ningún tipo de perjuicio para mí, mi proceso con el niño/a o las personas con las cuales realizo esta intervención.

Si tuviera alguna pregunta respecto a la intervención en cualquiera de sus aspectos, deberé ponerme en contacto con la profesora \_\_\_\_\_ de la Universidad \_\_\_\_\_ a través del email: \_\_\_\_\_ o al teléfono \_\_\_\_\_

He leído completamente el presente consentimiento y doy fe de que lo entiendo completamente. Todas las preguntas respecto al presente consentimiento y a los encuentros han sido respondidas de manera satisfactoria, estoy de acuerdo en participar y en constancia firmo a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2018.

Nombre de la(del) participante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ CC N° \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Documento de identidad N°: \_\_\_\_\_

Nombre de la profesional de intervención: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
CC N° \_\_\_\_\_

Nombre del asistente de intervención: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ CC N° \_\_\_\_\_

## Anexo 2 Evaluaciones de satisfacción cuidadoras

*Evaluación de Proceso estudio de caso Intervención Relacional*

Encuentro # \_\_\_\_\_

Objetivo Encuentro: \_\_\_\_\_

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

Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador/a: \_\_\_\_\_

Nombre de los Facilitadores: \_\_\_\_\_

Temas	Estoy en desacuerdo				Estoy en acuerdo
	1	2	3	4	5
1. Entendí los contenidos presentados	1	2	3	4	5
2. Los temas trabajados son importantes	1	2	3	4	5
3. Me gustaron las actividades	1	2	3	4	5
4. El material utilizado fue útil y claro	1	2	3	4	5
5. El profesional logró atraer mi atención la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
6. Aprendí cosas que no sabía	1	2	3	4	5
7. Lo que aprendí puedo usarlo en el día a día	1	2	3	4	5
8. El lugar donde se realizaron los encuentros fue cómodo	1	2	3	4	5
10. El horario de los encuentros se cumplió	1	2	3	4	5

11. Lo más positivo de la intervención fue:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Lo más negativo de la intervención fue:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

13. Mis sugerencias para mejorar la intervención son:

---

---

---

---

14: Otros comentarios que quiero hacer:

---

---

---

### Anexo 3 Formatos de evaluación de proceso para profesionales

Evaluación de Proceso estudio de caso Intervención Relacional

Encuentro # \_\_\_\_\_

Objetivo Encuentro: \_\_\_\_\_

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

Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador/a: \_\_\_\_\_

Nombre de los Facilitadores: \_\_\_\_\_

General

1. Describa brevemente la visita:

---

---

---

---

2. Cualquier cosa en particular que le gustaría mencionar

---

---

---

---

3. ¿Le gustó trabajar con este cuidador/a?

Me gustó mucho

Estuvo bien

Me es indiferente

No me gustó mucho

No me gustó en lo absoluto

4. ¿Considera que este cuidador/a está abierto/a para cambios?

Muy disponible para cambios

Bastante disponible para cambios

Un poco disponible para cambios

Apenas disponible para cambios

No está disponible para cambios

**Video-intervención**

1. ¿Cuál fue la reacción del cuidador/a al ver las filmaciones?

---

---

---

2. ¿comentó sobre su propia conducta o el comportamiento del niño/a (positiva o negativamente)?

---

---

---

3. ¿Cuál fue la reacción de la cuidador/a durante la video-intervención de hoy?

---

---

---

4. ¿Cuál era la actitud del cuidador durante la conversación?

Reservada	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Cooperativa
Cerrada	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Abierta

5. Si aplica, ¿el cuidador/a tomó la iniciativa de hacer referencia a las video-intervenciones anteriores?

---

---

---

6. Si aplica, ¿tiene la impresión de que el cuidador/a ha aprendido algo de las video-intervenciones anteriores, y/o ella ha usado los consejos y advertencias en la interacción con el niño/a?

---

---

---

7. De su impresión de la interacción cuidador/a-hijo/a

---

---

---

8. Teniendo en cuenta las indicaciones y objetivo/meta de la video-intervención (perfil del cuidador/a), en qué áreas va a trabajar?

---

---

---

NOTAS/REFLEXIONES GENERALES:

---

---

---

**Anexo 4 Diccionario para el análisis de los videos de las sesiones y ejemplos**

<b>Nomb re catego ría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>Tipo de Categoría</b>	<b>Indicaciones del análisis</b>
!Video: Caso, sesión , video e intervalo	Código que identifica cada intervalo de video analizado. Incluye: el caso, el número de la sesión, la parte del video del total de videos de esa sesión y el número del intervalo	N/A	A2-1:2-1 (Caso A; Sesión 2; Parte 1 de los 2 videos que tiene esta sesión; primer intervalo analizado)	Estructurado	
:Caso	Identifica a qué caso corresponde el intervalo de video que se está analizando.	A; B	A	Fija	
:Sesión	Número de sesión de la intervención	2; 5; 6; 9	2	Fija	
Partes	La parte de la sesión a la que corresponde este intervalo, según el protocolo de la Intervención Relacional	1=Conversación libre; 2=Cápsulas de discusión; 3=Videoretroalimentación; 4=Retroacción; 5=Otra; 6= Otra interacción	3	Fija	La parte de conversación libre, cápsulas de discusión y otra se analizará en intervalos de 3 minutos. Las partes videoretroalimentación, retroacción y otra interacción se analizarán en intervalos de 30 segundos.
Inicio	Momento del video en el que empieza el intervalo de tiempo. Formato hora:minutos:segundos 00:00:00	N/A	00:14:09	Estructurado	

Final	Momento del video en el que termina el intervalo de tiempo. Formato hora:minutos:segundos 00:00:00	N/A	00:20:33	Estructurado	
Duración intervalo	Tiempo de duración del intervalo. Formula de resta del intervalo final menos el intervalo inicial.	N/A	00:06:24	Estructurado	
Pendiente	Indica que este intervalo esta pendiente de analizar. Márquelo para recordar que posteriormente debe completarlo.	1=intervalo que falta analizar ; En blanco= Intervalo que ya se analizó	1	Fija	
Descripción	Descripción de lo que se observa en el intervalo de video	N/A	sa comenta los inconvenientes que tiene con la hermana con respecto a la vivienda, cuenta que la hermana dice que ha asumido los gastos de la casa sola y sa le dice que la casa también es de ella y que los gastos pueden ser repartidos, sa no vivió por varios años ahí porque no estaba en Btá, los psi le recomiendan que hable con la hermana y le explique que va a llevar a los niños, que se lo comunique, que es mejor hablarlo, que ella tiene derecho a saberlo, y que eso no significa que le esté pidiendo permiso pues la casa es de ambas, pero que hablarlo puede ayudar	Emergente	Para las partes que no son de interacción, es decir 1= Conversación libre y 2= Cápsulas de discusión

			a que se aclaren las cosas.		
Transcripción/descripción	Transcripción demostrativa de la descripción. Es un extracto de lo que se habla en ese intervalo en forma de diálogo.	N/A	p1: igual ella se va a enterar, igual va a llegar y se va a poner molesta, posiblemente va a ser menos la pelea si sumercé va y le dice le explica lo que tiene planeado y ella no se siente que estan haciendo las cosas a sus espaldas, eso no significa que le esté pidiendo permiso, simplemente le va a informar, pienselo si se siente con fuerza de hacerlo nos cuenta cómo le fue y si no la próxima vez la practicamos un poquito como lo podría decir. Sa asiente todo el tiempo	Emergente	Para las partes que no son de interacción, es decir 1= Conversación libre y 2= Cápsulas de discusión
Actividad	nombre de la actividad que el psicologo le pide a la consultante hacer con el niño	N/A	Actividad "el niño elige"	Fija	Para las partes de videoretroalimentación o retroacción en el momento que el psicólogo le pide a la consultante realizar una actividad con el niño
Intervención	Tipo de intervención usada, descriptiva	N/A	consejo para resolver esos problemas	Emergente	
Resultado	Respuesta por parte de la consultante		la sra se muestra atenta asiente, ella dice: si si le estoy entendiendo,	Emergente	

Evaluación de la implementación de la Intervención Relacional

Notas: : respecto al video o a la sesión	Observaciones respecto al video (la forma de grabar, si algo no se ve bien o de la sesión, etc) o la sesión (temas logísticos)	N/A	los primeros 6,5 minutos estuvieron todos en silencio para tomar una línea de base del casco	Emergente	
Contexto	Anotaciones que brinden datos sobre el contexto en el que viven las familias que participan de la intervención.	N/A	Sra vive en una casa con muchas escaleras, espacio pequeño, difícil poner una puerta. Poco espacio para moverse, cuarto pequeñito con dos camas.	Emergente	No se tiene que responder en todos los intervalos
.Analizar interacción diada cuidadora - niño	Indica que este intervalo se debe analizar la interacción de la diada cuidadora - niño	1=intervalo en el que se debe analizar la interacción de la diada cuidadora - niño; En blanco= Intervalo que no se debe analizar	1	Fija	Para las partes videoretroalimentación (en el momento de la actividad) y en retroacción
Interacción diada cuidadora - niño	transcribir y describir detalladamente la interacción	N/A	comienza con ella con el tenedor, mirando al niño, él se acerca y hace como si ella le diera un bocado, el niño hace aproximaciones y ella las recibe, le entrega el peluche y ella lo recibe y dice gracias,		Las partes del video en las que haya interacción de la diada se deben analizar en intervalos de 30 segundos, con flexibilidad de algunos segundos para finalizar una secuencia de interacción.

.Anali zar intera cción psicól ogo consul tante	Indica que este intervalo se debe analizar la interacción psicólogo/a consultante	1=inteval o en el que se debe analizar la interacci ón de la diada cuidador a- psicolog o; En blanco= Intervalo que no se debe analizar	1	Fija	sobre todo en partes 3 y 4
Intera cción psicol ogo consul tante	transcribir y describir detalladamente la interacción	N/A	psi"qué pasó ahí" sra: "buscó que con esto es que se hace música". Psi: esta es la 1ra vez que le canta pero que al seguirlo haciendo el va a entender más , solo toma 5 min,esto tambien le ayuda al lenguaje. Explorar es aprender a hacer cosas. qué esta haciendo ud? Sra: enseñandole. psi: ud en el video le muestra y luego se retira y lo deja. uno se podría desesperar y decir no venga y lo hago yo.	Emergente	sobre todo en partes 3 y 4
Mi sensac ión	Lo que siento al ver este intervalo	N/A	me es incomodo que repita tanto	Emergente	

Observaciones del análisis	Notas que pueden servir para el análisis posterior. Por ejemplo algo que encuentra que es repetitivo o una interpretación que surge.	N/A	estas partes de la interacción hay que verlas muy detalladamente, buscar secuencias de interacción, miradas, hacia donde esta mirando el niño, hacia donde la sra. Ir poco a poco. Desglosar más las partes de interacción en más intervalos. Describir la mini interacción,	Emergente	
Observador a	Nombre persona que realiza la observación y analiza el video	1: Mayra; 2: Pilar, 3: Carolina, 4: Eliana	Mayra	Fija	
.Analizar interacción de todos	Indica que este intervalo se debe analizar la interacción de todos	1=intervalo en el que se debe analizar la interacción de todos; En blanco= Intervalo que no se debe analizar	1		Para la parte 6
Interacción de todos	transcribir y describir detalladamente la interacción	N/A	Bb empieza a hacer ruido en la puerta. Mm y psi lo miran. Psi sigue hablando: Él ahora empieza a darse cuenta si tu estás brava. Mm sigue mirando al bb y ella sonrie. Psi: quieres ir a alzarlo? Mm: si, no nos va a dejar hacer la sesión. Mm: ven bebé, ven. Mm va y lo alza. Psi: quieres dejarlo acá en el corral? Mm: si, vamos bb. Bb llora	Emergente	Para la parte 6. Intervalos de 30 segundos (con flexibilidad de algunos segundos para finalizar una secuencia de interacción)

Convenciones

<b>Caso</b>	<b>Convención</b>	<b>Significado</b>
<b>Caso A</b>	p1	Psicólogo
	p2	Psicóloga
	sa	Cuidadora
	nñ	Niño
<b>Caso B</b>	p3	Psicóloga
	p4	Psicólogo
	mm	Cuidadora
	bb	Bebé

**Anexo 5 Documento de indicaciones para diligenciar la Matriz de categorías de los videos de las sesiones**

<b>Categorías que se deben llenar</b>	<b>Partes</b>					
	<b>1= Conversación libre</b>	<b>2= Cápsulas de discusión</b>	<b>3= Videoretroalimentación</b>	<b>4= Retroacción</b>	<b>5= Otra</b>	<b>6= Otra interacción</b>
<b>Duración de los intervalos</b>	Intervalos de 3 minutos	Intervalos de 3 minutos	Intervalos de 30 segundos (con flexibilidad de algunos segundos para finalizar una secuencia de interacción)	Intervalos de 30 segundos (con flexibilidad de algunos segundos para finalizar una secuencia de interacción)	Intervalos de 3 minutos	Intervalos de 30 segundos (con flexibilidad de algunos segundos para finalizar una secuencia de interacción)
<b>!Video::Caso, sesión, video e intervalo</b>	si	si	si	si	si	si
<b>:Caso</b>	si	si	si	si	si	si
<b>:Sesión</b>	si	si	si	si	si	si
<b>Partes</b>	si	si	si	si	si	si
<b>Inicio</b>	si	si	si	si	si	si
<b>Final</b>	si	si	si	si	si	si
<b>Duración intervalo</b>	si	si	si	si	si	si
<b>Pendiente</b>	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional
<b>Descripción</b>	si	si	no	no	si	no
<b>Transcripción/descripción</b>	si	si	no	no	si	no

<b>Actividad</b>	no	no	si, en las partes en las que psi indique que sa y ññ realicen una actividad	si, en las partes en las que psi indique que sa y ññ realicen una actividad	no	no
<b>Intervención</b>	si	si	no	no	si	no
<b>Resultado</b>	si	si	no	no	si	no
<b>Notas:: respecto al video o a la sesión</b>	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional
<b>Contexto</b>	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional
<b>.Analizar interacción diada</b>	no	no	si, en las partes en las que psi indique que cuidadora - niño realicen una actividad	si, en las partes en las que psi indique que cuidadora - niño realicen una actividad	no	no
<b>Interacción diada</b>	no	no	si, en las partes en las que psi indique que cuidadora - niño realicen una actividad	si, en las partes en las que psi indique que cuidadora - niño realicen una actividad	no	no

<b>.Analizar interacción psicólogo consultante</b>	no	no	si, excepto en las parte en las que se analiza la interacción diada cuidadora- niño	si, excepto en las parte en las que se analiza la interacción diada cuidadora- niño	no	no
<b>Interacción psicólogo consultante</b>	no	no	si, excepto en las parte en las que se analiza la interacción diada cuidadora- niño	si, excepto en las parte en las que se analiza la interacción diada cuidadora- niño	no	no
<b>Mi sensación</b>	opcional. Puede ser una sola por varios intervalos	opcional. Puede ser una sola por varios intervalos	opcional. Puede ser una sola por varios intervalos	opcional. Puede ser una sola por varios intervalos	opcional. Puede ser una sola por varios intervalos	opcional. Puede ser una sola por varios intervalos
<b>Observaciones del análisis</b>	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional	opcional
<b>Observadora</b>	si	si	si	si	si	si
<b>.Analizar interacción de todos</b>	no	no	no	no	no	si
<b>Interacción de todos</b>	no	no	no	no	no	Si, incluir la interacción de todos