



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“EL TRABAJO CON LOS PADRES EN LA PSICOTERAPIA
INDIVIDUAL DEL NIÑO DESDE UN ENFOQUE INTEGRATIVO”

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

PRESENTA:
SALVADOR CHAVARRÍA LUNA

DIRECTORA DE REPORTE: MTRA ROSARIO MUÑOZ CEBADA
COMITÉ TUTORIAL:
MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
MTRA. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE DEL 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Resumen

Este trabajo tiene como objetivo presentar el proceso y los resultados de la intervención que se realizó con los padres durante el proceso de psicoterapia individual de su hijo, un niño de 8 años 7 meses, por quien solicitaron apoyo psicológico debido a conductas disruptivas en la escuela y en casa. Este fue uno de los casos atendidos como parte de la Residencia en Psicoterapia Infantil, del programa de Maestría y Doctorado en Psicología y tuvo lugar en el Centro Comunitario “Los Volcanes”, una de las cinco sedes de la Residencia en Psicoterapia Infantil. La idea de este trabajo surgió en la supervisión de casos, donde se observó la influencia que los padres podían tener en el curso de la psicoterapia de sus hijos o hijas, apoyándola u obstruyéndola. Se observó también que la postura del o la psicoterapeuta frente a los padres del niño o niña en terapia también influía en el proceso. A través del caso, se muestra el proceso psicoterapéutico de un niño y a la par, el trabajo que se realizó con sus padres desde un enfoque integrativo. El proceso se llevó a cabo en 40 sesiones, en las cuales a los progenitores se les atendió sin la presencia del niño en seis ocasiones, tres iniciales donde participaron ambos, una sesión de devolución de resultados a la que los dos acudieron y una sesión para cada uno de ellos durante el proceso. También participaron en dos ocasiones en sesiones de juego familiar y por último, estuvieron presentes en el cierre del proceso de su hijo. La mirada integrativa de psicoterapia permitió analizar los objetivos de trabajo con los padres que proponen diferentes enfoques y llevarlos a la práctica a través de técnicas congruentes con estos objetivos. La dinámica de la Residencia en Psicoterapia Infantil hizo posible este trabajo, el cual estuvo respaldado por la supervisión *in situ*, la revisión teórica en clases, la práctica en cámaras y el trabajo en equipo. El caso muestra que la labor del psicoterapeuta infantil requiere de habilidades para trabajar con los padres respetando la condición de paciente del niño, y que la inclusión de ambos padres -cuando esto es posible- puede apoyar el avance en la psicoterapia del niño o la niña.





Gracias

A la UNAM, por el privilegio de ser uno de sus alumnos

Al Programa de Posgrado en Psicología y a la Facultad de Psicología por la oportunidad de seguirme formando

A CONACYT por otorgarme la beca académica para realizar este posgrado

A mi tutora Mtra. Rosario Muñoz Cebada por su apoyo y comprensión

A la Dra. Emilia Lucio por la confianza y apoyo durante la Residencia

A la Mtra. Rocío Nuricumbo, por su ejemplo de dedicación y pasión por el trabajo clínico

A todas mis maestras por el infinito apoyo recibido durante la Residencia

A Kenia, Raquel y Beatriz, compañeras de Volcanes, compañeras de vida, por su amistad, calidez y apoyo invaluable

A mis compañeras de la Residencia por compartir conmigo esta experiencia

A mi familia en Chihuahua: a mis padres por su apoyo incondicional y de quienes aprendí a amar y respetar mi trabajo; a mi hermano, y su familia, por estar siempre presentes en los momentos más importantes de mi vida

A mi familia en Irapuato por su apoyo, comprensión y cercanía

A mi familia en el DF: a Giovanni por su apoyo; a Humberto y David por su hospitalidad

Y especialmente a mis pacientes y sus padres, por la oportunidad de acompañarlos en un breve espacio de sus vidas





ÍNDICE

Introducción	11
CAPÍTULO 1. Referentes teóricos de la intervención con padres y madres en la psicoterapia del niño	15
1.1 El lugar de los progenitores en el inicio del psicoanálisis infantil.....	15
1.1.1 Hans, su padre y el padre del psicoanálisis	15
1.1.2 El trato de pioneras y pioneros del psicoanálisis infantil hacia los progenitores de sus pacientes	17
1.2 Los progenitores en los diferentes enfoques psicoterapéuticos.....	25
1.2.1 Psicoanalítico y psicodinámico.....	25
1.2.2 Cognitivo conductual.....	29
1.2.3 Centrado en el niño.....	30
1.2.4 Narrativo.....	31
1.2.5 Integrativo.....	33
1.3 Terapia integrativa desde los factores comunes.....	35
1.4 ¿Qué significa trabajar con papá y mamá en la psicoterapia individual del niño?.....	37
1.5 Otras propuestas distintas a la psicoterapia individual.....	44
1.6 Involucrar al padre varón.....	45
CAPÍTULO 2. ¿Por qué es importante trabajar con el padre y la madre en la psicoterapia individual del niño (a)? Implicaciones prácticas en psicoterapia.....	47
2.1 Ayudarlos a articular la demanda.....	48
2.2 Involucrar a ambos padres.....	49
2.3 Apoyar los cambios del niño en psicoterapia.....	49
2.4 Favorecer la relación padres-terapeuta.....	50
2.5 Construir una alianza terapéutica.....	51



2.6 Comprender la relación del niño (a) con sus padres.....	52
2.7 Analizar y promover las capacidades parentales.....	53
2.8 Ampliar en los padres la capacidad reflexiva.....	55
CAPÍTULO 3. Presentación y análisis del caso.....	57
3.1 El contexto.....	57
3.1.1 Tlalpan	57
3.1.2 El Centro Comunitario “Los Volcanes”	58
3.1.3 El modelo de Psicocomunidad	59
3.2 Método.....	61
3.2.1 Justificación.....	61
3.2.2 Objetivo.....	62
3.2.3 Participantes.....	62
3.2.4 Escenario.....	62
3.2.5 Modelo de intervención.....	62
3.3 Intervención.....	64
3.3.1 Procedimientos con el niño y con sus padres.....	63
3.3.2 Motivo de consulta.....	65
3.3.3 Fase I.....	66
3.3.3.1 Entrevistas iniciales.....	66
3.3.3.2 Descripción del niño y su comportamiento	67
3.3.3.3 Aspectos relevantes de la historia personal.....	67
3.3.4 Fase II Evaluación	68
3.3.4.1 Técnicas.....	68
3.3.4.2 Proceso de evaluación.....	69
3.3.4.3 Resultados.....	70
3.3.4.4 Devolución de resultados.....	70
3.3.4.5 Focos de intervención.....	74
3.3.4.6 Selección del tratamiento.....	77



3.3.5 Fase III Psicoterapia	79
3.4.5.1 Intervención psicoterapéutica.....	79
3.3.6 Fase IV Cierre.....	84
3.3.6.1 Decisión de cierre del proceso.....	84
3.3.6.2 Sesión final.....	87
3.4 Resultados.....	88
3.5 Análisis del trabajo con los padres.....	91
3.5.1 Entrevistas iniciales.....	92
3.5.2 Sesión de devolución.....	94
3.5.3 Primera sesión de juego familiar.....	95
3.5.4 Sesión con la madre.....	97
3.5.5 Segunda sesión de juego familiar.....	97
3.5.6 Sesión con el padre.....	98
3.5.7 Sesión de cierre.....	98
3.6 Analizar y evaluar las capacidades parentales.....	99
Conclusiones.....	107
Discusión.....	111
Referencias.....	115
Anexos.....	121





INTRODUCCIÓN

Atender a un niño o niña en psicoterapia implica trabajar con sus progenitores y/o cuidadores. La atención psicoterapéutica infantil exige habilidades para el trato con los niños y niñas, pero también con adultos que si bien, no son los pacientes o clientes, están inmersos en los procesos psicológicos de sus hijos.

Esta fue una realidad a la que me enfrenté durante mi experiencia clínica dentro del Centro Comunitario Los Volcanes, donde fui asignado como parte de la Residencia en Psicoterapia Infantil. El presente trabajo es un reporte de mi experiencia profesional, el cual decidí hacerlo alrededor de este tema: el trabajo con los padres (progenitores) en la psicoterapia individual de un niño o una niña.

Este reporte es un esfuerzo por integrar los conocimientos adquiridos durante la Residencia en Psicoterapia Infantil tanto en el campo teórico como en la experiencia clínica. Labor que ha resultado extensa debido a la intensidad de esta experiencia.

Como lo señalé anteriormente, este tema surgió de la necesidad de atender y entender a los papás y/o mamás que llevan a sus hijos a recibir atención psicológica. Entendí en la práctica, el modelo de aprendizaje que propone Cueli (1989) al enfrentar al alumno a las necesidades para motivarlos a la búsqueda del conocimiento.

Para mí era importante entender por qué un papá o una mamá retira a su hijo o hija de la terapia, cómo es que piden atención psicológica buscando un cambio en sus hijos o hijas sin ofrecer ellos un cambio mínimo. Y sobre todo, yo qué podía hacer en favor de este nuevo paciente y, por su puesto, también de sus papás.

En contraparte, encontré parejas que buscaban entender a su hijo o hija, que acudían a consulta no sólo por un síntoma que les molestaba, sino que llegaban con una verdadera preocupación por comprender y ayudar a su hijo o hija. Estos casos tenían el mejor pronóstico y al final del proceso, tenían los mejores resultados, entendiéndolo por esto, un cambio favorable en la conducta no sólo del niño o la niña, sino del entorno en el que se desenvolvía.



¿Cómo ayudar a los niños? ¿Cómo entender a sus padres? Preguntas que me motivaron para una investigación teórica que derivó en intervenciones específicas para construir una psicoterapia acorde a las necesidades de cada niño o niña y también de sus progenitores, a veces ambos, otras sólo el progenitor a cargo del niño, o cuidadores como abuelos o parientes.

La Residencia en Psicoterapia Infantil me ofreció las herramientas necesarias para esta labor. Tanto las clases teóricas, como las supervisiones sirvieron para dar forma a este proceso que hoy se cristaliza en el presente reporte.

Este trabajo inicia con una exposición teórica sobre la presencia de los padres y madres en los procesos psicoterapéuticos de sus hijos. Al iniciar esta búsqueda parecía haber poco escrito, pero me di cuenta que no. Desde el inicio del psicoanálisis, los padres “verdaderos” tenían un lugar en análisis de niños y niñas. ¿Qué lugar ocupaban? ¿Qué tipo de relación había entre analista y padres del niño o niña en análisis? Tema de debate y controversia.

El surgimiento de nuevos enfoques en psicoterapia no dejó a los padres fuera. Siguieron siendo un referente importante en el proceso terapéutico de sus hijos e hijas, y cada vez fueron tomando un lugar más claro y definido.

Los intentos de integración en psicoterapia que desde hace tres décadas se han venido gestando, representan también un reto para la inclusión de los progenitores en los procesos psicoterapéuticos de sus hijos e hijas. La integración en psicoterapia ha sido un campo fértil para extender el beneficio del cambio no sólo al paciente o cliente, sino a las personas más cercanas, en este caso, los padres.

En esta labor no sólo importa el “por qué incluir a los padres”, es indispensable encontrar el “cómo”. De nuevo, la integración en psicoterapia nos da la oportunidad de ampliar los métodos de intervención respetando el sustrato teórico que sustenta a los diferentes enfoques ya conocidos.

Con el presente reporte, busco colocar a consideración aspectos importantes del trabajo con los padres que diferentes enfoques terapéuticos tienen en común, y a



través de un caso, exponer cómo fui abordando dichos puntos a favor del proceso del niño.

No se trata de un trabajo exhaustivo, tampoco le impongo el reto de recoger toda la experiencia vivida en la Residencia en Psicoterapia Infantil. Pero sí representa una mirada al proceso de formación como psicoterapeuta infantil que la Residencia me permitió vivir.

El presente caso es uno de los 22 pacientes que atendí en el Centro Comunitario “Los Volcanes”. Representa 40 de las casi 300 horas-terapia que se sumaron a mi experiencia clínica. Pero resume en gran medida el proceso personal que me llevó a convertirme en psicoterapeuta infantil.

El trabajo con papás y mamás seguirá siendo un reto, hay mucho por escribir, mucho por entender. El caso de José busca ser un aporte, una manera de trabajar psicoterapéuticamente con un niño y a la vez, trabajar con sus padres a favor de su proceso.

México D.F., septiembre del 2013





CAPÍTULO 1. Referentes teóricos de la intervención con padres y madres en la psicoterapia del niño

1.1 El lugar de los progenitores en el inicio del psicoanálisis infantil.

Desde el inicio de la psicoterapia infantil, tanto padres¹ como madres han estado presentes, de diversas maneras, en el proceso de terapia de sus hijos o hijas; los terapeutas han percibido y considerado su presencia también de distintas formas. Desde hace ya cien años, los pioneros y pioneras del trabajo terapéutico con niños identificaron vicisitudes en el trato con los progenitores de sus pequeños pacientes.

Hablar de psicoterapia nos remite a su origen, por lo que es necesario abordar la teoría psicoanalítica iniciada por S. Freud, pues como lo señalan Feixas y Miró (1993), el psicoanálisis fue el primer sistema integrado de psicoterapia moderna. De igual manera, “la historia de la psicoterapia de niños y adolescentes (en todas sus modalidades) parte con la historia del psicoanálisis infantil” (López y León, 2001).

1.1.1 Hans, su padre y el padre del psicoanálisis

El trato con ambos padres en el tratamiento del niño está presente desde el origen mismo de psicoanálisis infantil, que Geissmann C., y Geissmann P., (1992) ubican en el “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (Freud, S., 1909). En este caso, Sigmund Freud trata la fobia de Herbert Graf y relata las observaciones que el padre del niño realizó entre 1906 y 1908, en el período entre 3 y 5 años del niño.

A través de las descripciones del padre y de sus propias observaciones, S. Freud se da una idea general del niño, de sus interacciones con ambos padres e identifica la posición que asumen frente a la “enfermedad” de su hijo. Además da indicaciones iniciales... “para los padres de nuestro pequeño paciente fue cosa establecida, desde

¹ El uso del idioma es restrictivo en cuando a género y roles; la palabra “father” puede traducirse como “padre”, en español este mismo término no nos permite distinguir entre “padres” como pareja parental (que en inglés es “parents”) o padre como el varón que asume un rol parental. En el presente trabajo, la palabra “padres” hace referencia a la pareja parental; se indicará como “padre-varón” al progenitor del género masculino



el comienzo de la enfermedad, que no era lícito burlarse de él ni maltratarlo, sino que debía buscar el acceso hasta sus deseos reprimidos por un camino psicoanalítico” (Freud, S., 1909).

Freud no se apresura en posicionarse frente al caso. Por una parte percibe la preocupación del padre ante los primeros síntomas de la fobia de Hans y se muestra comprensivo, pero no se deja llevar por ella: “No haremos nuestra ni la comprensible preocupación del padre ni sus primeros intentos de explicación... nuestra tarea no consiste en comprender enseguida un caso clínico, sólo habremos de conseguirlo tras haber recibido bastantes impresiones de él.” (Freud, S., 1909).

Cuando el padre de Hans culpa a la madre “de haber contribuido al estallido de la neurosis” del niño, Freud, sin justificarla, la comprende: “...pero ella desempeña un papel fijado por el destino y está en situación difícil” (Freud, S., 1909) (Freud la habría analizado con anterioridad). Con el padre hace una doble labor, supervisa el caso y le sugiere cómo debe realizar el “esclarecimiento sexual” al niño, le ofrece una guía de educación ante una falta de ellos como padres.

De este caso surgen algunos puntos importantes del trabajo con los padres: aunque Freud los escucha y su actitud es de comprensión, no se deja llevar por su discurso; entiende la relación del niño con cada uno de ellos; les ofrece guías prácticas; identifica la postura de cada uno ante los síntomas del hijo y reconoce al infante como un ser pensante.

El caso Hans “inaugura la actitud de escucha por parte de los adultos a los enunciados infantiles” (Dio, 2005, p. 334), ya que como lo explican Geissmann C., y Geissmann P., (1992) S. Freud señaló en la sesión del 12 de mayo de 1909 de la Sociedad Psicoanalítica de Viena que “sencillamente no entendemos a los niños, y sólo desde Hans sabemos lo que piensa un niño”.



1.1.2 El trato de pioneras y pioneros del psicoanálisis infantil hacia los progenitores de sus pacientes

El papel de los progenitores en el análisis infantil continuó siendo objeto de observaciones y consideraciones por las pioneras del psicoanálisis, quienes argumentaron su postura e hicieron diversas recomendaciones.

Hermine Hug-Hellmuth

A Hermine Hug-Hellmuth (1871-1924), considerada pionera del psicoanálisis infantil y predecesora de Anna Freud y Melanie Klein, se le deben los primeros escritos sobre la aplicación sistemática de los principios psicoanalíticos en la cura de niños. Fue la tercera mujer en ingresar a la Asociación Psicoanalítica de Viena y recibió el apoyo de Freud como representante del psicoanálisis infantil (Geissmann C., y Geissmann P., 1992; Ruberman, 2009).

Hug-Hellmuth consideraba que el psicoanálisis del niño debía incluir cierta educación a los padres, idea que Anna Freud retomaría años más tarde. Sugería que la entrevista inicial fuera con ellos y no recomendaba tener al niño en una habitación contigua pues era “humillante y angustioso” y podía suscitar resistencias innecesarias (Geissmann C., y Geissmann P., 1992).

Su trabajo se destacó por una actitud comprensiva ante los padres de sus pacientes y no rechazaba contactarlos. Mantenía la idea de que ellos, como primera influencia educativa, seguían actuando en el niño durante el análisis. De acuerdo con sus observaciones, el analista representa las “imágenes parentales” en mayor medida que en los pacientes adultos -imagen según Laplanche y Pontalis (1967) es el prototipo inconsciente de personajes que orientan electivamente la forma en que el sujeto aprehende a los demás-, es decir, que es más fácil para los niños considerar inconscientemente al analista como uno de los padres.

Creía que los padres dan pasos erróneos en la educación y consideraba que menos niños requerirían psicoanálisis si los padres se analizaran antes. Hug-Hellmuth consideraba que los padres “aplican su propia medida” ante las expresiones



espontáneas de sus hijos ya que “olvidan demasiado pronto su propia infancia” (Geissmann C., y Geissmann P., 1992, p. 73).

Anna Freud

Anna Freud (1895-1982) entraría posteriormente a la escena psicoanalítica infantil respaldada por su padre. Enfatizaba en conocer el mundo real del niño, por lo que daba marcada importancia al entorno y la influencia que ejercían los padres, posición que la distinguía de su rival Melanie Klein (Ruberman, 2009).

La postura de Anna Freud –al igual que la de muchos teóricos- fue cambiando con el tiempo. En las etapas más avanzadas de su trabajo clínico, aceptó la posibilidad de una neurosis de transferencia en el análisis con los niños (Freud, A., 1979), punto clave en las controversias con Klein.

Enfatizó la importancia del desarrollo del niño y la niña y lo relacionó con las necesidades que los padres debían cubrir con respecto a sus hijos. Así, reconoció la importancia que los padres comprendan y manipulen las condiciones externas para satisfacer las necesidades físicas de su hijo; que sean capaces de transferir autocontrol al niños; y destacó la capacidad de los padres de ofrecerle patrones de identificación con los cuales construyan una estructura –psicológica- independiente (Freud, A., 1979). Consideraba importante modificar las relaciones del niño con quienes intervienen en su crecimiento, ya que las relaciones del niño van estructurando su aparato psíquico (Dio, 2005).

Melanie Klein

Contrario a Anna Freud, Melanie Klein (1882-1960) se centraba en el mundo interno del niño y en los padres “fantaseados” –la idea que el niño o la niña tiene de sus padres-, que podían dañar o destruir la relación del niño o la niña con su madre (Ruberman, 2009).

Para Klein, los padres son aliados necesarios para hacer viable el análisis, pero tienen un papel secundario ya que lo principal es lo que ocurre en la estructura



psíquica del niño; por otro lado, consideraba que la transferencia de los padres hacia el analista interfería en el proceso (Aznar, 2009).

A diferencia de Hug-Hellmuth y Anna Freud, Klein separaba el análisis o tratamiento del aspecto educativo, es decir, el analista no debía verse como un educador del niño o la niña (Klein, 1987).

Melanie Klein buscaba siempre una relación de confianza con los padres, dejaba claro que a ellos no se les analizaba y prefería no intervenir en su sistema educativo, sólo daba indicaciones a menos que “los errores cometidos por los padres sean muy graves” ya que los consejos “no sólo son inútiles, sino que aumentan sentimientos de culpa y ansiedad” lo que interfiere en el análisis y en la relación padres-hijos (Klein, 1987).

Insistía en mantener reuniones con los padres previas al tratamiento del niño o la niña, en ellas se centraban no sólo en los síntomas sino también en la historia de desarrollo; ponía énfasis en las reacciones emocionales de los padres al evocar determinada etapa; detectaba omisiones o “lagunas” en sus discursos para tratar de indagar cuidadosamente; consideraba importante captar la relación de la madre con sus propios padres durante y después del embarazo (Gammill, 2003).

Sophie Morgenstern

Pionera del psicoanálisis infantil en Francia, Sophie Morgenstern (1875-1940) desarrolló un trabajo muy activo entre 1925 y 1940. Consideraba que el niño o niña podía percibir el tratamiento como una imposición de sus padres y del cual desconoce su finalidad. Pensaba que el niño a veces no sufre con su comportamiento y que ha aprendido a apreciar las ventajas de su enfermedad. Buscaba que el niño tuviera el sentimiento de que el analista comprende sus conflictos, lo que llevaría hacia una transferencia (Geissmann C., y Geissmann P., 1992).

Para Morgenstern el objetivo del tratamiento analítico es mejorar o suprimir los conflictos familiares creados por la neurosis infantil. Consideraba que el rol de los



padres es importante en el tratamiento ya que pueden interferir con su resistencia, y porque ellos suplen de alguna manera el super-yo inmaduro del niño que aún no es autónomo. Creía que en algunos casos podría ser útil el psicoanálisis de los padres (Geissmann C., y Geissmann P., 1992).

Dorothy Burlingham

A Dorothy Burlingham (1891-1979) se le debe el primer artículo dedicado enteramente a la relación del terapeuta con los padres (Gammill, 2003). Escrito en 1935, en él señala que el apego natural del niño con sus padres obliga al analista a procurar que ellos “adopten una actitud favorable hacia su persona”. Reconoce la dificultad de conseguir la colaboración de los padres, en especial de la madre quien “aporta su envidia y crítica” al sentir que el analista se interpone entre ella y su hijo. Este fenómeno lo analizaría posteriormente Arminda Aberastury.

Para salvar esta situación, Burlingham (1973, p. 674) hace dos recomendaciones: 1) dar a la madre un “sustitutivo de su pérdida”, es decir, mostrarse interesado por ella y estimularla a que colabore con el análisis; 2) trabajar en el sentimiento de culpa que pueda existir, ya que “la madre tiene casi siempre la sensación de que ella hubiera podido hacer algo más por su hijo”.

Burlingham hace explícita la doble transferencia del analista con el niño y con los padres; alerta al analista sobre la tentación de tomar partido y que por lo regular lo hace hacia el niño, poniendo en riesgo el análisis (Gammill 2003).

Donald Woods Winnicott

Donald Woods Winnicott (1896-1971), pediatra y psicoanalista inglés, se colocó en una posición intermedia entre A. Freud y M. Klein. Aunque conservó el punto de vista de A. Freud acerca del “papel primordial del entorno en el desarrollo psíquico del niño” apostó por ambas posiciones, por una parte dio importancia a la madre real y su interacción con el niño, así como también a los objetos internos del niño: el verdadero self (Mijolla y Mijolla-Mellor, 2003).



Este balance está enmarcado en una de las propuestas más importantes de Winnicott: el espacio transicional entre el mundo interno y externo, espacio del juego y de los objetos transicionales. Este fenómeno transicional es el espacio donde convergen el mundo interno de la persona y la realidad, lo describe como un espacio creador, donde no hay exigencias o desafíos... “lugar de descanso para un individuo dedicado a la tarea humana de mantener separadas y a la vez interrelacionadas la realidad interna y la exterior” (Winnicott, 1971 p.19).

En sus propuestas teóricas, Winnicott insistió en el papel de la madre en el desarrollo del niño, especialmente “la madre suficientemente buena”. Observó la interacción madre-bebé a través del juego de la espátula, donde lograba distinguir si el bloqueo estaba en el niño y o en la madre.

Daba un lugar importante a las capacidades de la familia para ayudar al niño. Confiaba en las habilidades de los padres y veía la intervención psicoanalítica como una oportunidad para redirigir al niño o niña y sus padres hacia un desarrollo más armónico:

“... si uno es capaz de brindar una pequeña ayuda al niño o a la persona enferma en la familia o en el grupo social, la mejoría clínica sobreviene por las fuerzas de la vida y del proceso de desarrollo. la cuestión es cambiar el círculo vicioso por uno benigno...” (Winnicott, 1971, p. 50)

Con respecto al trato con los padres, mantuvo un canal de comunicación abierto, permitía que ellos confiaran en él, lo que aminoraba la angustia parental. Esto permitía a su vez, que los padres se acercaran con confianza suficiente para transmitirle sus dudas y preocupaciones. Dio (2005) pone como ejemplo el caso Piggie:

“...donde el analista tiene un contacto permanente con los padres de la niña, los hace partícipes de la comprensión de sus comportamientos y fantasías, les permite reconocer modalidades de comprensión que responden a otros fundamentos del desarrollo del niño y su patología” (p. 209).



Winnicott desarrolló las consultas terapéuticas, herederas de la tradición pediátrica y combinadas con los sustentos psicoanalíticos. En ellas participaban el niño o la niña y en ocasiones los padres. Recientemente, Bléandonu (1999), basado en las consultas de Winnicott, propone un estilo de consultas terapéuticas padres-hijos.

Françoise Dolto

Analista francesa, Françoise Dolto (1908-1988) adoptó un estilo peculiar y fijó una postura particular acerca de los padres en el análisis infantil.

En la lógica de Dolto, quien formula la demanda es quien debe atenderse primero, es decir, los padres, y recomienda investigar de dónde procede esta demanda, si de ellos, la escuela, algún familiar o amigos. Esta investigación puede remitir a los conflictos de la pareja, de los cuales el niño puede ser el síntoma sin que ellos se hayan percatado (Dolto, 1987a).

Recomienda que los padres sean atendidos posteriormente por otro psicoanalista distinto al del niño, ya que “en el inconsciente del psicoanalista los padres se encontrarían como si fueran gemelos de su hijo...”. Señala que los padres pueden necesitar ayuda para enfrentar la recuperación de su hijo. Se pregunta si el sufrimiento es sólo de los padres o también él sufre (Dolto, 1987a, p. 32).

Dolto sugiere ver primero a los padres “largamente”, luego juntos a los padres y al hijo o hija; y después al hijo o hija con cada uno de sus padres por separado. Recomienda al analista ser tan positivo con el niño como con los padres. Tras las entrevistas iniciales se puede saber si el niño desea la ayuda para él y a su vez, los padres se vuelven conscientes de su propia necesidad de ayuda (Dolto, 1987a).

Una vez iniciado el análisis, no sugería ver a los padres sin la presencia del niño. De manera similar a Winnicott, creía que el efecto del análisis se extendía fuera de la sesión: “El psicoanalista refleja lo que dicen unos a otros y abre así una comunicación que puede prolongarse en familia fuera de su presencia” (Dolto, 1987a).



Al igual que Klein, respetaba la manera en la que los padres educan a su hijo o hija: “se repite a los padres que ellos son los educadores y que siguen siendo libres en sus actitudes y en sus opiniones frente al niño” (Dolto, 1987^a, p. 36).

Arminda Aberastury

Discípula de Klein, Arminda Aberastury (1910-1972) llevó el psicoanálisis infantil a Argentina. Reconoció influencias iniciales de A. Freud y de S. Morgenstern. A partir de 1952 se dedicó a difundir las ideas de Klein en Argentina; la visitó en Londres varias veces y supervisó vía correo. Aberastury logró hacer un camino propio y desarrolló una amplia experiencia y un liderazgo en el tema (Geissmann y Geissmann, 1992).

En cuanto al trato con los padres, consideraba importante recibirlos a ellos primero, pero habiendo informado al niño o la niña de la consulta. Sugería ver a ambos padres aunque reconocía que en la práctica no siempre era posible. Aún así, la asistencia o no de alguno de ellos era “reveladora del funcionamiento familiar” (Aberastury, 1962).

Sugería no mostrar preferencias por alguno de los padres durante la entrevista, aunque era consciente de que surgiría un mayor entendimiento con alguno de ellos, proponía usarlo para una mejor comprensión del problema y no para crear un nuevo conflicto.

En las entrevistas iniciales, sugería obtener los siguientes datos: motivo de consulta, historia del niño, cómo se desarrolla un día de vida diaria, un domingo o un día feriado y el día de su cumpleaños. Cómo es la relación de los padres ante ellos, con sus hijos y con el medio familiar inmediato (Aberastury, 1962).

Es importante no pasar por alto el trabajo de analistas en el campo infantil cuyas investigaciones aportaron mayor conocimiento tanto del desarrollo del niño como de la relación padres e hijos. Entre ellas podemos mencionar las teorías de Bowlby sobre el apego infantil, las investigaciones de Winnicott sobre la díada madre-hijo, la teoría sobre el proceso de individuación de Margaret Mahler, el extenso trabajo de



Serge Lebovici sobre el inconsciente en las primeras etapas de desarrollo y el trabajo de Daniel Stern sobre el proceso psicológico de convertirse en padres.

En resumen, con el caso Hans, de S. Freud, se abrió una actitud de escucha sobre lo que “piensa un niño” lo que cambió el paradigma con el que se abordaba la subjetividad de niños y niñas. Hermine Hug-Hellmuth abrió la posibilidad de explorar la capacidad reflexiva de los padres al señalar que ellos olvidan con premura que fueron niños también. Anna Freud relacionó las necesidades que los padres deben cumplir según cada etapa del desarrollo infantil. Melanie Klein recomendaba establecer una relación de confianza con los padres. Sophie Morgenstern reconoció la importancia de las figuras parentales en la formación del superyó del niño o la niña. Dorothy Burlingham sugería que el analista promoviera una actitud receptiva de los padres, fue la primera en escribir un artículo dedicado a los padres. Donald Winnicott destacaba las capacidades de la familia para ayudar al infante. Françoise Dolto fijó posturas claras acerca de la intervención y las entrevistas con padres. Arminda Aberastury recomendaba ver a ambos padres siempre que fuera posible así como indagar sobre el funcionamiento familiar.

A grandes rasgos, podemos señalar que las y los primeros psicoanalistas fueron marcando las pautas para trabajar con los padres, que más tarde retomarían y ampliarían otros psicoanalistas y psicólogos, como veremos en los capítulos siguientes.



1.2 Los progenitores en los diferentes enfoques psicoterapéuticos

1.2.1 Psicoanalítico y psicodinámico

Cien años de práctica en el psicoanálisis infantil han madurado este tipo de intervenciones, incluyendo el trato con los padres. En un inicio los padres eran transmisores de información y receptores de cierta orientación. Posteriormente se consideró el inconsciente de los padres como la fuente del problema, por lo que la intervención debía incluir un cambio en la personalidad de los padres. Conforme avanzó la técnica psicoanalítica, se dio importancia al ambiente (que incluye a los padres) y se confiaba en la cooperación y el apoyo de los padres. “Actualmente se considera que diferentes situaciones clínicas requieren de diferentes medidas” (Estrada-Inda, 2001, p. 317).

Mijolla y Mijolla-Mellor (2003) refieren que el psicoanálisis infantil y las psicoterapias psicodinámicas son herederas de técnicas y estructuras fundamentales del psicoanálisis. En el caso del análisis infantil: 1) el trabajo con los padres; 2) el encuadre: asociación libre, abstinencia del analista, atención flotante; 3) relación terapéutica: análisis de la transferencia y la contra transferencia, también con los padres; y 4) el análisis de las resistencias.

Señalan además que el análisis del niño no puede dejar fuera el trabajo con los padres ya que son auxiliares que permiten y condicionan la interiorización de diversas funciones psíquicas (yo, superyó). Los padres están omnipresentes en la cura analítica, favoreciendo u obstruyendo. Su participación es diversa, de forma negativa pueden interrumpir el análisis, romper el encuadre, interferir en la alianza del terapeuta con el niño, por lo que es indispensable realizar un trabajo de orientación con ellos, paralelo al proceso del niño o niña.

Estrada-Inda (2001) considera que intervenir en un niño es intervenir en toda la familia. Introduce de esta manera el aspecto sistémico familiar en la intervención psicoanalítica del niño. Señala que siempre que se trabaja con un paciente en lo individual deberá tenerse en mente el impacto que esto producirá en otros miembros



de su familia, así como la influencia que ellos ejercen en el paciente. Un cambio del individuo repercute en el sistema familiar que reaccionará para mantenerlo “homeostáticamente” inmodificado. De ahí la importancia de trabajar también con los padres y la familia.

Agrega que la labor terapéutica requiere de la cooperación de los padres: 1) la organización de la personalidad del niño aquí y ahora; 2) sus relaciones con la familia; 3) características del ambiente, en especial psicología de la familia; y 4) el inicio de los aspectos sintomáticos de las dificultades del niño y la historia de su desarrollo personal.

Las primeras entrevistas

El psicoanálisis infantil y las terapias psicoanalíticas ponen énfasis en las primeras entrevistas donde se recoge la historia del desarrollo del niño pero también la historia relacional: cómo es que los padres del niño llegaron a ser padres, cómo asumieron su parentalidad, qué expectativas tenían al saber que serían padres (Klein, 1987; Dolto, 1987b; Green, 2003; Dio, 2005).

El analista o psicoterapeuta recoge los hitos del desarrollo, los relaciona con las fantasías de cada padre con respecto a su hijo, cómo fue pensado, las expectativas que genera y los conflictos que reactiva sobre la misma infancia de los padres.

En muchas entrevistas con los padres se escuchan ecos de su pasado. Escuchar analíticamente ciertas historias es darles la oportunidad de comprenderlas, entenderlas y resignificarlas en el nuevo contexto que es la vida de ese hijo por el que acuden a la consulta (Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

A quién se recibirá primero en consulta ha sido un tema en el psicoanálisis. La técnica clásica (Klein, 1987; Dolto, 1987a; y Aberastury, 1962) señala que se recibe primero a los padres. Dolto (1987a) entrevista primero a los padres, luego recibe al niño o niña con ambos padres y finalmente al niño con cada uno de sus progenitores por separado; no vuelve a ver a los padres sin la presencia del niño.



Recibir al niño en primer lugar ha sido una posibilidad que depende de la edad del niño y su motivo de consulta, por ejemplo cuando el niño o niña no es tan pequeño (Ruberman, 2009). Winnicott recibía en muchas ocasiones sólo al niño o niña. Realizar entrevistas conjuntas también es un esquema recomendado por diversos autores (Dolto, 1987a; Dio, 2005; Aberastury, 1962).

Dio (2005) propone alternativas para el formato de la primera entrevistas que dependería de la definición del problema, quién los envía a consulta, quién realiza la demanda y el motivo. Al contar con estos datos puede definirse de mejor manera el primer encuentro, que puede ser el clásico, primero los padres, o diferentes variantes como primero el niño, el niño junto a los padres o junto a cada uno de sus padres o la familia completa.

En algunos casos de trastornos de conducta “de mediana gravedad” como el fracaso escolar, problemas de disciplina, adolescentes o niños negativistas o en casos de sospecha de abuso sexual, Dio (2005) recomienda ver primero a los niños. En caso de niños pequeños o preescolares, el formato clásico es el usual.

Motivo de consulta

En estas primeras entrevistas aparece el motivo de consulta manifiesto y latente. Para Blinder, Knobel y Siquier, (2008) es necesario detectar si es posible pasar del primero al segundo, si es que el narcisismo de los padres lo permite. Escuchar la demanda implica entonces abrir otras vías de contenido manifiesto remitiéndolas al mismo tiempo con lo latente.

Otras de las labores en el contacto inicial con los papás y mamás de la o el paciente, es ayudarles a articular su demanda (Blinder, Knobel y Siquier, 2008). Fresler (2012) señala que hay padres que sólo demandan, acuden con una molestia, un problema al que buscan solución, pero no consultan, es decir, no se preguntan por el origen de lo que acontece.

En este sentido, la demanda real por la que acuden a consulta no permanece estática, se despliega, diversifica, ramifica o se desplaza. De ahí la importancia de



escucharla con atención y darle espacio para que se reestructure (Ortigues, M., y Ortigues, E., 1987).

Blinder, Knobel y Siquier (2008) sugieren esclarecer la relación de la patología del niño con la de los padres así como el lugar “asignado en el discurso”, ya que pueden surgir aspectos infantiles de los padres que no han sido elaborados y se reeditan frente a la problemática del niño o niña por quien se consulta. En este punto es posible ir viendo si la atención la requieren los padres, el niño o ambos (Ortigues, M., y Ortigues, E., 1987; Estrada-Inda, 2001).

Evaluación

La evaluación psicológica recurre a diversas técnicas como la entrevista y las pruebas psicológicas (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007). Lo más recomendable es que quien hizo el diagnóstico debe hacer la devolución de resultados (Blinder, Knobel y Siquier 2008). Regularmente se devuelven resultados a los padres, pero es importante hacerlo también con el niño, es a él a quien se está evaluando y quien hizo el esfuerzo de responder los test (Cornejo, 1997; Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

En esta etapa de evaluación es posible intervenir con los padres, al promover en ellos la posibilidad de reflexionar y posicionarse de forma diferente ante el problema o la situación de su hijo o hija; les permite que reintegren una imagen del niño y de la familia corregida, actualizada y ampliada. Permite también que el niño se pregunte acerca de sus síntomas y propiciar así una alianza terapéutica (Blinder, Knobel y Siquier 2008).

La terapia psicoanalítica moderna, en particular la terapia con niños, hace énfasis en la creación conjunta de significado, colaborativa e individualizada, por medio de una relación creativa entre paciente y terapeuta. (Levy, 2012)



1.2.2 Cognitivo-conductual

La terapia de juego cognitivo-conductual se basa en las teorías conductuales y cognitivas del desarrollo emocional y la psicopatología (Knell, 2012). La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura y supone que el entorno, las disposiciones personales y el componente situacional de una persona se determinan mutuamente y que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución (Friedberg y McClure, 2002).

El rol de los padres en las terapias cognitivo-conductuales se relaciona con los fundamentos teóricos de esta modalidad terapéutica: los niños están insertos en sistemas complejos que pueden reforzar o extinguir habilidades de afrontamiento adaptativas, uno de estos sistemas es el de los padres. Entonces, los terapeutas deben tener en cuenta los aspectos sistémicos que rodean los problemas de los niños y diseñar planes de tratamiento que los tengan en cuenta (Friedberg y McClure, 2002).

La inclusión de los padres en el tratamiento es fundamental y debe determinarse caso por caso. Al igual que las terapias psicoanalíticas, se realizan entrevistas amplias con los padres para obtener una comprensión lo más completa posible del niño y sus problemas (Knell, 2012). Atendiendo al aprendizaje social del que parte, la terapia cognitiva analiza los problemas manifiestos del niño para dividirlos en componentes cognitivos, psicológicos, conductuales, emocionales e interpersonales (Friedberg y McClure, 2005).

También se realiza una evaluación del niño, se presentan los hallazgos a los padres y se elabora un plan de tratamiento que incluye el trabajo con los padres. Este plan se elabora con base en la naturaleza del problema y el mejor método para intervenir, y se toma en cuenta si los padres necesitarán ayuda para modificar sus interacciones con el niño y si necesitarán ayuda para llevar a cabo un programa fuera de la terapia (Knell, 2012).



Aunque el trabajo principal es con el niño, Knell (2012) recomienda reuniones periódicas con los padres, donde el terapeuta obtenga información acerca del niño, supervise las interacciones del niño con sus padres, trabaje áreas de preocupación y proporcione estrategias para el manejo del niño en la casa. Este apoyo a los padres puede incluir información sobre temas específicos como problemas del desarrollo o información específica del diagnóstico.

1.2.3 Centrada en el niño

La terapia centrada en el niño fue desarrollada por Virginia Axline a partir del trabajo de Carl Rogers y proviene de la escuela humanista (West, 2000). El método de Rogers se basa en la no-directividad y en la confianza de que el cliente sabría desarrollar su propio camino; esta transmisión profunda de confianza es uno de sus ingredientes principales (Feixas y Miró, 1993).

Aplicando los conceptos de Roger, Axline (1975, p.19) señala que “en todo individuo existe una fuerza poderosa que continuamente lucha por alcanzar su plena autorrealización” y que esta fuerza es un “impulso hacia la madurez, independencia y autorrealización”. La terapia que propone para el niño se basa en una teoría positiva de las habilidades que tiene el individuo.

Congruente con estos postulados, en la terapia centrada en el niño el terapeuta confía en las habilidades del niño por lo que el nivel de involucramiento de los padres es sobre una base periférica (Swenney y Landreth, 2012). Axline (1975, p. 74) señala que aunque la terapia del niño podría realizarse con mayor agilidad si los padres reciben terapia o asesoría “no es necesario que los adultos sean atendidos para efectos de asegurar el resultado exitoso de la terapia”.

Lo anterior no significa que los padres queden fuera del proceso terapéutico, o que el trabajo con ellos esté contra indicado. La progenitores forman parte importante de la vida de los niños y niñas, son quienes, por decisión propia o por sugerencia de terceros, deciden llevar a sus hijos a terapia (West, 2000; Landreth, 2002).



Para Landreth (2002) es importante considerar los parámetros de la relación con los padres antes de iniciar cualquier tratamiento con un niño o niña. Involucrarlos en la terapia o en entrenamiento parental siempre es recomendable si es posible y si con esto se pueden alcanzar resultados positivos. Aún así considera que los niños pueden hacer cambios significativos sin que los padres se involucren ya que los niños no están completamente a merced del ambiente.

La labor del terapeuta es mostrarse sensible y empático ante la petición de ayuda de los padres quienes pueden sentirse culpables, frustrados o inadecuados; otra tarea es la de explicarles en qué consiste –y en qué no consiste- la terapia de juego y dejar en claro los aspectos confidenciales de las sesiones en las que participan sus hijos; los padres también pueden aportar información del niño fuera de la terapia, lo que ayudaría a comprender el significado de sus juegos en terapia (Landreth, 2002).

En este enfoque se sugiere realizar entrevistas previas con los padres, aunque Swenney y Landreth (2012) advierten la posibilidad de que el terapeuta desarrolle un sesgo en contra o a favor del niño o de los padres. Para solucionar esta situación proponen que sea otro terapeuta quien los entreviste. Consideran también que el grado de participación de los padres en la terapia del niño será decisión del terapeuta.

Es posible que los padres sean referidos también a terapia individual o familiar. Otra opción es que padres e hijos sean referidos a terapia filial cuando se requiere una intervención que entrene a los padres (Swenney y Landreth, 2012).

1.2.4 Narrativa

Los enfoques narrativos tienen una gran influencia del constructivismo y de la forma en la que éste concibe el conocimiento. Los terapeutas narrativos asumen que el conocimiento es socialmente construido y que hay muchas maneras diversas de entendernos a nosotros mismos y a otros (Smith, 1997).

Simons y Freedman (2000) señalan cuatro puntos importantes en la construcción social de ideas: 1) el sentido de sí mismo (self) de una persona se construye a través



de la interacción con otros; 2) las realidades se construyen socialmente; 3) las realidades se construyen a través del lenguaje; 4) no hay verdades esenciales; y 5) las realidades son organizadas y sostenidas a través de la narrativa.

Considerando lo anterior, el papel de los padres y de la familia en la terapia narrativa es fundamental, ya que ellos participan en la construcción de la realidad y podrán participar también en su deconstrucción y en la elaboración de historias alternas.

El papel de los padres antes de comenzar la terapia es compartir historias del niño que identifiquen el problema tal como lo han interpretado ellos y las familias, esto ayuda al terapeuta a entender la comunidad social y cultural de la que proviene el niño (Taylor, 2012).

Uno de los postulados básicos de la narrativa es la externalización del problema, donde las personas adoptan una perspectiva reflexiva respecto de sus vidas (White y Epston, 1993). En vez de que el problema hable de la identidad de la persona, la persona ahora se posiciona para hablar del y al problema (Epston, 1997).

Freeman, Epston y Lobovits (2001) remarcan la importancia de conocer al niño al margen del problema para centrar la atención en sus cualidades y en sus ganas de cambiar. Esto crea un clima de esperanza y da pauta a crear historias alternas que responden a la contra trama saturada del problema (Smith, 1997).

La externalización del problema permite a su vez que los padres y hermanos dejen de identificar al niño con el problema, y por el contrario, aporten ideas para construir historias alternas. La meta de la terapia no es reemplazar una historia por otra sino permitir que el cliente participe en el proceso continuo de creación y transformación del significado (Gergen, 1996 citado en Taylor, 2012). Es indispensable respetar la visión del niño y asegurarse de que tenga la libertad de hablar con su propia voz (Smith, 1997).

La función de los padres una vez iniciado el proceso terapéutico, es permanecer ahí para apoyar al niño. Si no se dispone de este apoyo “la intervención no tendrá sustento emocional y el niño puede ser rechazado en lugar de elevado” (Cattanach,



1994 citada en Taylor, 2012). Es posible que en este momento los padres necesiten también recibir apoyo, de otro modo, la atención que recibe el niño en terapia puede convertirse en una fuente de celos o de enojo de ellos, reduciendo así su capacidad para dar apoyo.

A medida que se acerca el final de la terapia la misión de los padres es la de preparar un espacio para que el niño ponga a prueba nuevas historias (Taylor, 2012).

1.2.5 Integrativas

El movimiento integrador en psicoterapia ha cobrado importancia en la psicoterapia infantil debido a que los trastornos psicológicos de la infancia y la adolescencia, son “complejos” y “multideterminados” (Schaefer, 2003, citado en Drewes, 2012) por lo que requiere del terapeuta habilidades diversas y la destreza de cambiar posturas terapéuticas para atender las necesidades del niño y su familia (Coonerty, 1993, citado en Drewes, 2012).

Feixas y Miró (1993) agrupan los intentos integracionistas en tres grandes grupos: 1) la integración técnica, centrada en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos independientemente de la teoría que los originó (también llamado eclecticismo); 2) la integración teórica, donde se integran dos o más psicoterapias con base en los conceptos teóricos de cada una; 3) de los factores comunes, se centra en la similitud de los modelos y busca los ingredientes terapéuticos que comparten la mayoría de las psicoterapias.

Por su parte Norcross (2005, citado en Drewes, 2012) identifica cuatro caminos en la creación de un tratamiento integrador: 1) eclecticismo técnico; 2) integración teórica, toma los mejores elementos de dos o más enfoques terapéuticos; 3) factores comunes, se identifican ingredientes centrales subyacentes que comparten distintas terapias; 4) e integración asimilativa, donde se le pide al clínico que tenga una base sólida en un sistema teórico, pero que a la vez esté dispuesto a la incorporación o asimilación selectiva de prácticas y puntos de vista de otros sistemas.



Norcross, Karpiak y Listes (2005) reconocen a la integración asimilativa como un sistema sólido que integra prácticas y puntos de vista de otros enfoques y donde se combinan las ventajas de un sistema teóricamente coherente y la flexibilidad de un rango más amplio de intervenciones de múltiples sistemas. Identifican la integración asimilativa como una transición “realista” hacia un modo más sofisticado de integración teórica.

De acuerdo con Drewes (2012) el rol de los padres en las terapias integrativas respondería a los enfoques integrados y al estilo de cada tratamiento. Por ejemplo las terapias filia y de relación padres-hijos, integraría a los padres en las sesiones para que observen el trabajo del terapeuta y puedan de alguna manera replicarlo. En otros métodos los padres participan aportando información y recibiendo orientaciones de parte del terapeuta.



1.3 Terapia integrativa desde los factores comunes

Haciendo un ejercicio similar a la propuesta integrativa de los factores comunes mencionada por Norcross, Karpiak y Listes (2005), encontré intereses similares en diferentes enfoques terapéuticos:

Conocer la interacción papá y mamá padres con el hijo o la hija: Los autores de los cuatro enfoques revisados -Psicoanalítica, Cognitivo-conductual, Centrada en el niño y Narrativa- resaltan la importancia de conocer la interacción tanto conductual como afectiva del niño o niña con ambos padres. Lo anterior lo consiguen ya sea a través de la investigación de datos del desarrollo (Dolto, 1974; Klein, 1987; Aberastury, 1962; Blinder, Knobel y Siquier, 2008; Dio, 2005; Knell, 2012; Friedberg y McClure, 2005) la búsqueda de la historia relacional, (Klein, 1987; Dio, 2005) el informe de situaciones cotidianas del niño o la niña (Aberastury, 1962; Landreth, 2002), al promover en ambos padres una percepción de su hijo o hija como personas (Jardón, 1997); a través del interés por conocer la construcción conjunta de las historias de sus hijos (Simons y Freedman, 2000; Taylor, 2012), o la observación directa de la interacción (Dio, 2005; Gil y Sobol, 2000).

La relación padres-terapeuta: La relación que conformen el psicoterapeuta y los padres es también punto de partida en los cuatro enfoques analizados, ya sea al posicionarse psíquicamente frente a los padres (Gammill, 2003; Landreth, 2002); a través del análisis de la transferencia y la contra transferencia (Mijolla y Mijolla-Mellor, 2003; Klein, 1987; Dio, 2005); al buscar la construcción conjunta de significados (Simons y Freedman, 2000); o al orientar a los padres dentro del tratamiento del niño o la niña (Knell, 2012). En esta relación del terapeuta con los padres se incluye también consolidación de una alianza de trabajo, que debe hacerse no sólo con el niño o la niña, sino también con sus padres.

Apoyar el cambio del niño o la niña: Los enfoques revisados prestan atención a los cambios conductuales y relacionales del niño o niña en psicoterapia, ya sea para entender los cambios, tolerarlos, permitirlos y/o ajustarse a ellos. Esto colabora a su



vez con la continuidad de la terapia y les facilita a los progenitores permanecer afectivamente disponibles para sus hijos o hijas.

Promover en ambos padres el conocimiento de su hijo o hija: Que ambos padres conozcan a su hijo es un factor común en los enfoques revisados, ya sea promoviendo la capacidad reflexiva (Gammill, 2003; Aznar, 2009); analizando la intersubjetividad (Dio, 2005); o permitiendo que conozcan al niño o niña al margen del problema (Freeman, Epton, y Lobovits, 2001).



1.4 ¿Qué significa trabajar con mamá y papá en la psicoterapia individual del niño?

Para entender el papel de los padres en la psicoterapia del niño es necesario ir al concepto de psicoterapia. Feixas y Miró (1993) señalan la dificultad para definir este término dada la diversidad de enfoques y visiones de la psicoterapia, aún así observan que la mayoría de las definiciones concuerdan en que es un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional.

Ofrecen además la definición de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia, que a su parecer es una de las más completas:

Se entenderá por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física, y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Comprende las actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños y niñas pequeños hasta las personas de edad más avanzada. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas (FEAP: Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia, 1992, en Feixas y Miró, 1993).

Las personas o grupos que solicitan la psicoterapia son definidos como pacientes, clientes o usuarios de servicios, y solicitan la ayuda ya que sienten la necesidad de realizar cambios en su forma de relacionarse consigo mismo o con el mundo y requieren para ello la ayuda de personas preparadas (Feixas y Miró, 1993).

Las situación cambia cuando el cliente, paciente o usuario es un niño o una niña. Raramente son ellos quienes solicitan la ayuda. Por lo regular son los padres quienes acuden al profesional ya que ven en sus hijos un desajuste, síntoma o



problema que les preocupa, les molesta o que no pueden manejar. En otras ocasiones llevan al niño o la niña por presión o recomendación de terceros, como otros familiares o autoridades escolares (Feixas y Miró, 1993; Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

Lo anterior implica retos en la psicoterapia infantil ya que la primera labor del terapeuta será develar la demanda y considerar quién o quiénes necesitan el tratamiento, si es el niño el indicado, o bien, si la psicoterapia se deriva a la atención familiar, de pareja o de los padres en lo individual, o una combinación de estas opciones (Ortigues y Ortigues, 1987; Estada-Inda, 2001; Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

La terapia individual infantil requiere un encuadre tanto con el niño como con sus padres, y éste será de acuerdo con el enfoque terapéutico que se haya elegido. Por lo regular, se utiliza la terapia de juego para atender a los niños y niñas, aunque cada enfoque asume el juego de acuerdo con sus fundamentos teóricos. La Asociación de Terapia de Juego (2012) la define como:

El uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos.

Cuando el niño o la niña es quien recibirá la atención inicia una relación terapéutica, que al igual que en los adultos, es diferente de otras relaciones. Acerca de la relación terapéutica en general, Feixas y Miró (1993, p. 27) señalan que “la diferencia esencial reside en que se trata de una relación profesional: el terapeuta se interesa genuinamente por el cliente, pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas”.

La relación terapéutica es clara y es entendida por el niño. Lo que pocas veces se define es la relación de los padres del niño con el terapeuta. Landreth (2002, p.151)



apunta que “cualquier esfuerzo del terapeuta para ayudar al niño debe comenzar con la consideración de los parámetros de la relación que se establecerá con los padres”.

Sutton y Hughes (2005) se cuestionan acerca del significado del término “trabajar con los padres”, y convienen que se trata de una relación de cooperación con los progenitores o cuidadores del niño o niña, pero advierten que el término dice poco o nada acerca de la calidad de esta relación. Klein (1987) señala que es precisamente eso, una relación “donde debe reinar la confianza”.

Rol del terapeuta frente a los padres

Al iniciar una terapia es importante definir el significado que el terapeuta da a la relación con los padres y saber el rol que ambas partes juegan (Sutton y Hughes, 2005). Para el terapeuta es necesario revisar la manera en la que se sitúa psíquicamente con respecto al padre o la madre del niño o niña, y debe tener en cuenta la primacía de la relación del niño con sus padres: “la actitud terapéutica requiere un profundo respeto a esta relación en su compleja mutualidad” (Green, 2003, p. 574). Algo similar apunta Reca (1976, p. 25) cuando dice que:

“El vínculo que une al niño con sus padres es básico. A ellos le ligan los lazos de afecto más hondo. De ellos debe recibir seguridad, amparo y cuidado. Si experiencias desfavorables los han distanciado, el niño y los padres deben volver a su relación, tras la terapia, habiendo adquirido o readquirido la capacidad de gozar de esta relación en forma normal.

Dio (2005) sugiere que el terapeuta se presente “como formando un equipo ante un mismo problema que exige una dilucidación” donde se necesita la colaboración parental, así el terapeuta gana confianza y disminuye la envidia y persecución que pueda levantar en ellos. Menciona que es importante asumir parcialmente la demanda de los padres, quienes necesitan sentirse apoyados, por lo que en ocasiones se toma un rol “suplementario de padres”, haciéndoles saber que pueden contar con el terapeuta ante cualquier duda.



El terapeuta puede mantener su rol considerando tres preguntas: 1) ¿qué es útil para el niño?; 2) ¿qué es útil y posible para los padres?; 3) ¿qué es posible para el terapeuta? (Sutton y Hughes, 2005). La manera en la que el clínico se aproxima a los progenitores de su paciente dependerá de la situación clínica y de la fase del desarrollo del niño (Ruberman, 2009) .

La transferencia

La transferencia y su interpretación son pilares en la cura analítica (Mijolla y Mijolla-Mellor, 2003), pero autores no analistas también recomiendan su revisión ya que ayuda a entender situaciones inesperadas en el transcurso de la psicoterapia; también es importante reconocer la contratransferencia que le permitirá al terapeuta superar los propios mandatos parentales que puedan interferir en el proceso terapéutico (West, 2000).

La tendencia a transferir es universal según Freud, pero en el proceso analítico se utiliza de forma sistemática hasta llegar a la neurosis de transferencia, que son las diversas formas en las que se reviste, “ligadas a todos los objetos significativos de la infancia”, y que se despliegan en presencia del analista (Mijolla y Mijolla-Mellor, 2003).

La neurosis de transferencia y la presencia de los padres representaron uno de los ejes principales de discusión (no el único) acerca de la posibilidad de aplicar el método analítico a niños, disputa protagonizada por Anna Freud y Melanie Klein – escuela de Viena y la de Londres- que trascendió bajo el nombre de “las Controversias” (entre 1941 y 1945).

A. Freud negaba la posibilidad de una neurosis de transferencia en los niños debido a la presencia de los “verdaderos objetos de apego: los padres”. Klein por su parte, aseguraba que sí era posible la neurosis de transferencia y por lo tanto, la puesta en práctica del análisis infantil comparable con la de un adulto; A. Freud suavizó su postura a través de los años acercándose a la postura de Klein, aunque sin aceptarla del todo. (Mijolla y Mijolla-Mellor, 2003; Geissmann, C., y Geissmann, P., 1992).



La postura de Klein era clara, y permanece en las nociones de la cura analítica del niño en la actualidad: “Como consecuencia de la dependencia del niño a ellos –los padres-, se ven incluidos en el campo del análisis, pero no les analizamos a ellos y, por tanto, no podemos actuar sobre ellos sino a través de medios psicológicos corrientes” (Klein, 1997).

Lo anterior implica que la transferencia hacia los padres no se interpreta. En Argentina, Arminda Aberastury, -discípula de Klein-, seguía este método de acercamiento a los padres y da cuenta de la dificultad de manejar la doble transferencia con los padres. Ante la imposibilidad de interpretarla, sugirió que después de las entrevistas iniciales, se les viera lo mínimo y no aconsejarlos; evitaba así los celos o rivalidades con la madre (Aberastury, 1962).

Para solucionar este escollo en el trato con los padres, Blinder, Knobel y Siquier (2008) recurren a la sugerencia que hace S. Freud de “aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores”:

Lo complicado de la transferencia con los padres es que al no interpretarse, puede ser actuada. Ese influjo analítico que Freud recomienda aunar al análisis del niño, puede propiciarse en las entrevistas periódicas que en el curso del tratamiento se tengan con ellos. (Blinder, Knobel y Siquier, 2008, pp. 56 y 57)

Su propuesta es que se les facilite el “despliegue transferencial y señalar aquello que de sus propias historias se repite en relación con los hijos”, lo que disminuiría la sensación de persecución de los padres “al sentirse juzgados por haberlo hecho mal” (Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

Gammill (2003) señala que “la transferencia de la escucha del niño debe ser traspuesto a los padres, que necesitan de nuestra escucha”, y explica que pueden estar bloqueados y no escuchar a sus propios padres o a familiares en lo relativo a los problemas de sus hijos.

Este autor señala que el concepto de transferencia ha evolucionado desde 1935 y hace una revisión a las psicoanalistas pioneras como H. Hug-Hellmuth, quien



ayudaba a los padres a entender la transferencia positiva (temporal) del niño con el analista, para decirles que al final acabarían recuperando los sentimientos de su hijo hacia ellos.

La transferencia con los padres es diferente a la transferencia con pacientes adultos y con los mismos niños, Gammill (2003) la coloca en un punto medio entre la transferencia universal descrita por S. Freud y la transferencia analítica propiamente dicha. Señala además que para que una psicoterapia pueda empezar, es necesario que la transferencia de los padres sobre el terapeuta sea de “naturaleza predominantemente positiva”.

En cuanto a la “rivalidad edípica” con los padres, la usa a favor del paciente ya que “hace que los padres volteen a ver a sus hijos o jueguen más con ellos”. Recomienda también detectar la pretransferencia de los padres hacia el analista, “que es intensa y enmascarada”. Hace hincapié en hacer participar al padre en algunas de las reuniones para evitar “una complicidad con la madre”, y sugiere detectar, en entrevistas por separado, la transferencia de cada uno de ellos hacia el analista.

Contratransferencia

La contratransferencia es definida como el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y especialmente frente a la transferencia de estrés (Laplanche y Pontalis, 1967).

Gammill (2003) hace referencia al concepto de contra transferencia de Paula Heimann quien la define como “la totalidad de sentimientos que el analista experimenta a su paciente”. Ella la veía como una herramienta muy importante dentro de la cura ya que la “respuesta emocional inmediata del analista es un signo de su acercamiento a los procesos inconscientes del paciente”.

En el caso de la contratransferencia hacia los padres, Rustin (2003) señala que la cercanía del terapeuta con lo infantil puede ayudar a los progenitores del paciente a entender su funcionamiento como padres y comprender sus dificultades, pero



advierte que este acercamiento puede movilizar los propios aspectos parentales del terapeuta.

Por su parte Dührssen (1984) sugiere evitar críticas latentes hacia los padres y señala como falla “cardinal” que el terapeuta se identifique con el niño contra los padres, que lo lleva a adoptar una actitud hostil hacia los padres. Sugiere no juzgar apresuradamente a los padres y no hablarles en un tono moralizador. Blinder. Knobel y Siquier (2008) advierten que el terapeuta puede actuar la contra transferencia al colocarse en el lugar del hijo y “reprocharles a los padres que no se han ocupado lo suficientemente del tratamiento (del hijo) o que se entrometen demasiado (y no lo dejan crecer)”.

Gammill (2003) por su parte, advierte la importancia de detectar la contratransferencia para usarla a favor del paciente:

“Considero necesario dejar que emerjan las reacciones emocionales ante el material aportado por el paciente o los padres de los niños sometidos a tratamiento cuando les vemos. Después el analista necesita examinar, al igual que a sus fantasmas contratransferenciales una vez percibidos a fin de determinar si, o en que medida, resultan de utilización del paciente o de los padres del niño”. (Gammill, 2003, p 556).

Transferencia y contratransferencia forman parte de un doble registro en el que el yo-paciente y el yo psicoanalista son cuestionados. El psicoanálisis infantil requiere un control total de la contratransferencia, pues no olvidemos que el psicoanalista debe sentarse frente a un paciente-niño que le va a remitir a sus propios modelos infantiles de relación de objeto.



1.5 Otras propuestas distintas a la psicoterapia individual

Existen otras maneras de trabajar con los padres además de la terapia individual del niño. De estas propuestas mencionaremos tres: la Terapia de la Relación Padres-Hijos, propuesta por Dio (1995); la Terapia de la Parentalidad, de Sutton y Hughes (2005); y la Terapia de Juego Familiar, de Gil y Sobol (2000).

En los tres casos, la noción de paciente identificado se modifica, centrando la atención ya sea en la relación padres-hijos, en las funciones parentales, o en el sistema familiar.

Dio (2005) coloca el objeto de trabajo no en niño ni en los padres sino en la relación, lo que modifica el centro de la transferencia.

Sutton y Hughes (2005) dan un peso equivalente al trabajo con los padres en relación al trabajo con el niño. Con bases psicoanalíticas, proponen una intervención que han llamado la Terapia de la Parentalidad, ya que se enfoca en las funciones de parentalización.

Gil y Sobol (2000) abordan elementos de la terapia de juego en las sesiones de terapia familiar. Señalan que el uso de esta herramienta puede ser diagnóstica o bien de intervención, por ejemplo, para construir alianza terapéutica, cuando hay metas específicas, cuando hay un *impasse* en el proceso, cuando los miembros de la familia no son verbalmente orientados, o cuando son demasiado analíticos. También recomiendan el juego familiar cuando se busca promover en la familia nuevas formas de relacionarse.

Las tres visiones pueden aportar elementos de análisis aún en los casos donde la terapia indicada es para el niño. Revisar las capacidades o funciones parentales, conocer la relación del niño con sus padres y dirigir intervenciones a esta relación puede apoyar la terapia individual del niño, teniendo en cuenta que es el niño o la niña, el paciente o cliente identificado.



1.6 Involucrar al padre varón

Meth (2000) recomienda revisar la manera en la que incluimos o excluimos a los varones (en el caso de los varones que asumen un rol parental) de los procesos terapéuticos de sus hijos o hijas. Señala que en las últimas décadas los padres varones se involucran y participan en mayor medida en las cuestiones familiares como el cuidado de los hijos y otras actividades del hogar antes consideradas como el “trabajo de las mujeres”. Los y las terapeutas no siempre responden a estos cambios sociales y sin querer o sin saberlo los excluyen.

Por otro lado, Meth (2000) señala que la noción “mítica” y “anacrónica” acerca del rol tradicional del padre-varón estrictamente como proveedor aún ejerce una gran influencia en el comportamiento parental, en la sociedad e incluso en la ciencia. Pone como ejemplo las ciencias del comportamiento que durante muchos años concibieron el rol de los padres como periférica en la crianza de los hijos. Ya que los niños pasaban más tiempo con la madre, se aceptaba la premisa de la madre como un rol central y agrega que los profesionales de la salud pueden mantener la tendencia e responsabilizar únicamente a la madre de la crianza del niño.

Es necesario comprender cómo las sociedades han construido la parentalidad (Meth, 2000), ya que la paternidad es un constructo cultural que una vez que se establece tiene implicaciones en el comportamiento de quienes comparten este sistema de creencias (Rohner, 1997, citado en Meth, 2000).

El constructo cultural de la paternidad que se ha extendido en la cultura occidental mantiene dos postulados: 1) Que los varones son incompetentes incluso biológicamente para la crianza, ya que la contraparte materna está genéticamente programada para criar y cuidar al niño. 2) La influencia del padre-varón en el desarrollo del niño carece de importancia o al menos es periférica e indirecta. La contraparte materna provee todo lo que el niño necesita para su desarrollo normal y saludable (Meth, 2000).



La internalización de estas creencias culturales son la mayoría de las veces inconscientes, sin una intención específica y difíciles de reconocer. Esta internalización tiene efectos reales, entre ellos, sucede continuamente que los profesionales de la salud mental ignoran al padre y lo excluyen sistemáticamente de la terapia de sus hijos, ya que se asume “axiológicamente” que sólo las madres son importantes en el desarrollo del niño (Meth, 2000).

Actualmente este sistema de creencias se encuentra en un proceso de cambio, o por lo menos se les cuestiona desde las nuevas configuraciones de familia –familias monoparentales, homoparentales o tradicionales-, las dinámicas familiares cambiantes –ambos padres trabajan, o el cuidado de los hijos recae también en la figura paterna-. Paulatinamente ha emergido la noción de que los padres-varones son importantes efectiva y formativamente en el desarrollo de sus hijos o hijas (Lamb, 1997, citado en Meth, 2000) y que el niño o la niña mantiene desde edades tempranas una relación no solamente diádica con la madre o la primera figura de apego, sino con ambos padres cuando estos están presentes y disponibles (Dio, 2005).

Los padres-varones aprenden a través de diversas actividades con su hijos o hijas, que son una influencia positiva y parte valiosa en el proceso de parentalización, descubren que al aumentar su participación activa, efectiva y afectiva en la dinámica familiar crea una mayor intimidad con sus hijos o hijas y se adquieren un sentimiento de mayor competencia en sus habilidades como padres (Hass, 1998, citado en Meth, 2000). También se ha visto que la participación de los padres aumenta cuando el nivel educativo de la madre aumenta, si el padre ha tenido una relación positiva con su padre o cuando se tiene una actitud “liberal” hacia el género (Peck, 1997, citado en Meth, 2000).



CAPÍTULO 2. ¿Por qué es importante trabajar con el padre y la madre en la psicoterapia individual del niño (a)? Implicaciones prácticas en la psicoterapia

Actualmente, los psicoterapeutas de niños no se preguntan si es importante o no trabajar con los progenitores, sino cómo hacerlo. Los terapeutas infantiles reconocen como una parte indispensable el trabajo con papá y mamá, pero lo que difiere es la manera en la que se acercan a ellos, más que la “convicción” de involucrarlos (Ruberman, 2009).

En este sentido, Esquivel, Heredia y Lucio (2007, p. 3) señalan que “la primera labor del psicólogo que trabaja con niños podría consistir en hacerles ver a los padres que tienen que involucrarse y participar en el tratamiento de sus hijos”. Sutton y Hughes (2005), por su parte, consideran “antiético”, además de inefectivo, proveer psicoterapia a un niño sin que los progenitores reciban algún tipo de ayuda terapéutica.

Para Estrada-Inda (2003., p 316), “la labor terapéutica con el niño requiere de la cooperación de los padres”, pero señala que existe un marcado desacuerdo en cómo y hasta dónde deben participar en el tratamiento, pues “una cosa es saber lo que ocurre en todo el sistema familiar y otra cómo se va a proceder en el tratamiento en determinado caso”.

Entonces, ¿dónde radica esta importancia? ¿por qué resultaría inefectivo no dar apoyo a los padres? Si hay que involucrarlos, ¿cómo hacerlo? Detrás de esta “convicción” existe un largo camino recorrido, ya que “el papel que se les ha atribuido a los padres en las intervenciones clínicas de los niños ha evolucionado a lo largo del tiempo”, en esta evolución ha intervenido la “progresiva comprensión de los procesos psíquicos y los avances de la investigación” (Aznar, 2009). Dio (2005, p. 421) reconoce “que desde el primer momento del tratamiento de un niño los padres (mamá y papá) están presentes” y remarca la importancia de tener “modelos teóricos que permitan su utilización terapéutica”.



Rustin (2003) divide las tareas con papá y mamá en cuatro categorías: 1) obtener el apoyo para la continuidad de la terapia; 2) parejas parentales que buscan apoyo en sus capacidades parentales; 3) intervenciones para producir un cambio en el funcionamiento familiar; 4) y la intervención personal con uno de los padres.

Por su parte Aznar (2009) identifica cuatro objetivos comunes en las intervenciones con los progenitores en la clínica de niños: 1) Favorecer la relación terapéutica con la pareja parental; 2) establecer una alianza con el subsistema parental; 3) facilitar la comprensión de las dificultades del niño como miembro de una estructura familiar; 4) ampliar la capacidad reflexiva de los padres.

Ampliando estas metas y retomando los factores comunes en el trabajo con los padres visto en el punto 1.3, planteo ampliar los objetivos con los padres dentro de la psicoterapia individual del niño y que son metas comunes en diferentes enfoques terapéuticos. Observamos también en estos objetivos, la evolución de las propuestas de diferentes teóricos a través de la historia de la psicoterapia infantil.

2.1 Ayudarlos a articular la demanda

La problemática del hijo puede estar condensando y desplazando una conflictiva familiar latente. La tarea es considerar si el niño por el que consultan es quien necesita el tratamiento, orientar el tratamiento a los padres o a la familia, o bien una combinación de ambas. Es posible que el síntoma del hijo actualice en los padres sus propios conflictos parentales, como “un eco que proviene de su misma historia” que aunque creían resuelta, puede no estarlo (Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

Para Flesler (2011), hay padres que consultan, se pregunta por el significado del síntoma de su hijo; otros padres no consultan, sólo demandan, el desajuste del niño les “molesta” y quieren retirar el síntoma; otros padres ni siquiera demandan, son enviados por la escuela o por otros familiares, en este caso a los padres no les molesta el síntoma de su hijo. Por ello recomienda un trabajo previo con los padres para que asuman su demanda y realmente “consulten”.



2.2 Involucrar a ambos padres

La continuidad de la terapia ha sido una de las preocupaciones principales de los terapeutas cuando se trata de atender a niños. Rustin (2003) observa que la terapia del niño corre el riesgo de ser interrumpida o de presentar asistencia irregular si no existe un trabajo constante con los padres.

Relacionado con la continuidad, se encuentra la aceptación de la terapia por parte de los padres. Al respecto Green (2003) aclara que esta aceptación no se limita a la anuencia inicial, sino a la disponibilidad que tengan ambos padres de comprometerse en el proceso de cambio.

Naidu y Behari (2010) advierten que ver exclusivamente al niño coloca la responsabilidad de la mejoría en el niño y remueve la responsabilidad parental, además de que lo “sobre patologiza”, promoviendo un estigma alrededor del niño ante la familia o la comunidad.

Tomando en cuenta los puntos anteriores, podemos considerar que el trabajo con los padres tiene en un inicio la intención de comprometerlos en la psicoterapia de su hijo y prepararlos para que puedan aceptar, tolerar y acompañar los cambios que se presenten. Esto contribuye a disminuir la deserción y apoya la continuidad del proceso.

2.3 Apoyar los cambios del niño en psicoterapia

Los padres son catalizadores del tratamiento del niño, tanto para iniciar el cambio como para mantenerlo por lo que las ganancias terapéuticas pueden deshacerse entre sesión y sesión si los padres no son incluidos en la alianza terapéutica (Naidu y Behari, 2010). En ocasiones, los padres no están en la posibilidad de sostener los cambios en la subjetividad del niño, lo que lleva a vivir el tratamiento como un fracaso (Blinder, Knobel y Siquier, 2008). Por ello es importante considerar el grado de tolerancia de los padres ante los futuros cambios, estar pendientes cuando éstos ocurran para ofrecerles ayuda (Dolto, 1987; Blinder, Knobel y Siquier, 2008).



Sutton y Hughes (2009), señalan que los cambios en el niño durante la terapia pueden hacer que emerjan nuevas estructuras apropiadas del desarrollo, que a veces se manifiestan externamente en períodos de dificultades emocionales y conductuales. Estos cambios afectan la dinámica intrapsíquica e interpersonal del niño y de los padres. Una labor del terapeuta es ayudarles tanto al niño como a los padres a que integren y respondan a las consecuencias del cambio.

2.4 Favorecer la relación padres-terapeuta

La relación del terapeuta con los padres del niño o niña por quien acuden a consulta, debe estar basada en la confianza y el respeto, y debe ser ante todo una relación positiva (Klein, 1987; Gamill, 2003; y Blinder, Knobel y Siquier, 2008) donde el terapeuta exprese un auténtico interés por las dificultades por las que atraviesan ante la situación de su hijo (Burlingham 1973; Dürssen, 1984; Aznar, 2009; Sweeney y Landreth, 2012).

Cuando los padres llevan a su hijo a terapia, ya sea porque lo deciden por cuenta propia o porque se lo sugieren familiares o autoridades escolares, suelen enfrentarse con la herida narcisista que esto les provoca y con la culpa o angustia de haber hecho algo mal (Gamill, 2003; Dio, 2005; Blinder et al., 2008; y Flesler, 2011).

Dolto (1987) advierte la posibilidad de una transferencia negativa masiva por parte del terapeuta que lo lleva a juzgarlos; Dührssen (1984) llama a evitar críticas latentes a los padres y señala como falla cardinal que el terapeuta se identifique con el niño en contra de los padres, lo que lo llevaría a mostrar una actitud hostil hacia ellos.

Para evitar estas situaciones, es importante aliviar la culpa o angustia de los padres (Aberastury, 1962), mantener con ellos una buena relación, reconocerles de inicio sus capacidades parentales (Aznar, 2009), además de ser empáticos y “poseer herramientas teóricas que nos permitan comprender sus motivaciones y sufrimientos como padres y la decepción en la que se hallan inmersos” (Dio, 2005, p. 422).



2.5 Construir una alianza terapéutica

Como ya mencionamos, el rol del terapeuta ante los padres se caracteriza por un entendimiento hacia su situación y un profundo respeto. Este clima es el que colabora con la alianza terapéutica que en este caso, requiere hacerse por igual con el niño y con sus padres o con el entorno adulto responsable del menor (Houzel, 2003; Dio, 2005; Kazdin, Whitley, y Marciano, 2006; Naidu y Behari, 2010); Aznar (2009), retomando la teoría sistémica de Minuchi, especifica que esta alianza se hace con los padres tomándolos como un sistema parental.

La alianza terapéutica debe ser diferenciada de la solicitud consciente de ayuda, que en el caso de los niños, esta petición por lo regular viene de otra persona; “en la alianza el propio sujeto es quien se adhiere al proceso terapéutico propuesto”, no sólo a nivel intelectual sino también emocional (Houzel, 2000). Así, la alianza tiene que ver con la calidad de relación que construyen paciente y terapeuta que permitirá la colaboración de este último en las metas y tareas de la terapia (Hovart y Berdi, 2002, citado en Kazdin, Whitley y Marciano, 2006). La alianza en el caso de los padres, no sólo es la anuencia para el tratamiento del niño, sino que aborda “la parte que ellos podrían o querrían tomar en la terapia” (Green, 2003).

Al respecto, Sutton y Hughes (2005) apuestan por “establecer un contrato terapéutico con padres, que envuelve una negociación tanto con la parte consciente como la inconsciente, buscando el consentimiento del trabajo en diferentes áreas y niveles, este contrato es un proceso continuo”. De manera similar, Dio (2005) considera la alianza como un acuerdo entre el terapeuta y la parte adulta (la parte sin conflicto de un paciente) y en el caso de los padres “con los aspectos conscientes, racionales y colaboradores con la tarea del trabajo terapéutico por la que acuden”.

Kazdin, Whitley, y Marciano (2006), tras un estudio realizado, encontraron que la alianza niño-terapeuta y padres-terapeuta se correlaciona con la mejoría del niño: a mayor calidad de alianza mayores son los cambios en el niño; y que la alianza padres-terapeuta se relaciona con el mejoramiento de las habilidades parentales. Sostienen que es uno de los factores terapéuticos más estudiados ya que trasciende



las diferentes formas de psicoterapia. La alianza terapéutica ha cambiado a un enfoque más colaborativo dentro de la díada terapéutica (Aron, 1996; Levy, 2008, citados en Levy, 2012).

2.6 Comprender la relación del niño (a) con sus padres y su entorno familiar

Dio (2005) amplía el objetivo de las entrevistas con los padres, señala que además de obtener datos evolutivos y sintomáticos, se busca también lo que llama “historia relacional” que incluye los momentos de la relación en los cuales surgieron los problemas, la conducta del niño y los significados que ha construido en la relación y los conflictos que se van generando.

Las relaciones familiares no se conocen sólo en las primeras entrevistas, la reconstrucción histórica que aportan los padres se realiza a posteriori y como consecuencia del trabajo terapéutico que permite la emergencia de recuerdos negados o ignorados (Aberastury, 1962).

En este conocimiento constante del niño, la información que aporten los padres durante la terapia, facilitan al terapeuta conectar temas que surgen en las sesiones con la vida familiar (Ruberman, 2009). Este “complemento informativo” de los padres es un contacto con la vida real del niño, que ayuda al terapeuta a reconstruir y entender el significado del juego, lo que evita largos períodos de terapia (Dio, 2005). La buena relación con los padres facilita este intercambio de información donde pueden constatarse cambios en la conducta referentes a la aparición o desaparición de síntomas (Klein, 1987).

Trabajar con la figura de apego del niño es esencial ya que la representación que hacen los padres del niño influye fuertemente en la capacidad del niño para “mentalizar” y entender de manera más completa sus experiencias y las de otros (Slade, 2006, citado en Ruberman, 2009). Blinder, Knobel y Siquier (2008) aconsejan no dejar fuera la relación intersubjetiva de la causa de conflictos emocionales.

La historia relacional revela el sitio que ocupa el niño en la vida de los padres, en ocasiones permite “construir la historia de lo vivido”, y permite al terapeuta darse una



idea del vínculo afectivo entre los padres y el niño/a (Dio, 2005). Ayuda también a dilucidar la relación que tiene el síntoma del niño con la estructura y el funcionamiento familiar (Blinder, Knobel y Siquier, 2008). Revisar y comprender las interacciones con su hijo/a les permite a los padres ampliar su capacidad reflexiva y reconocer las capacidades parentales que necesitan (Dio, 2005).

2.7 Analizar y promover las capacidades parentales

Cuando los padres llegan a consultar por su hijo (a) es porque de algún modo se les ha presentado una situación que no han podido resolver; de ahí la necesidad de revisar sus capacidades para realizar las tareas que les exige la parentalidad y más allá, lo que facilita o dificulta su posibilidad de convertirse en padres (Houzel, 2000; Green, 2003; Dio, 2005; Ruberman, 2009; Sutton y Hughes; Aznar, 2009).

Los aspectos de la parentalidad tienen sus antecedentes en las nociones de Winnicott de la “preocupación materna primaria” y el “holding” y en la “contención” de Bion, (Houzel, 2000; Dio, 2005).

Houzel (2000, p. 311) define la parentalidad como “el proceso por el cual nos convertimos en padres desde el punto de vista psíquico”. Main (2001, en Aznar, 2009) señala que “las capacidades de parentalización son procesos internos de los padres que se relacionan con su desarrollo personal, la capacidad de representarse su experiencia de crianza”. Aznar (2009) agrega que la parentalidad es la capacidad que tienen los padres de “colocarse a disposición del vínculo que les va a demandar masivamente y les va a obligar a desarrollarse y adaptarse a situaciones desconocidas”.

Convertirse en padres es un proceso por medio del cual el adulto “tiene que reorganizar su personalidad para adquirir ciertos rasgos psicológicos relacionados con la función paterna” (Bléandonu, 2000) por lo que marca una etapa en la maduración de la personalidad (Houzel, 2000). Para Green (2003), es “necesario establecer una distinción entre los aspectos parentales de la personalidad adulta y los demás aspectos de esta personalidad”. Explica que hay adultos que pese a que



presentan trastornos en muchas funciones de su personalidad, logran ser buenos padres y en contra parte, otros mantienen un funcionamiento satisfactorio en las áreas profesional o relacional pero tienen dificultades como padres.

A lo anterior hay que agregar que se requiere diferentes capacidades a lo largo del desarrollo del niño, por lo que la parentalidad es también un “estado dinámico, abierto al cambio y a la activación de los padres” (Green, 2003).

Houzel (2000) reconoce tres dimensiones de la parentalidad. La primera de ellas es su ejercicio, que tiene que ver con su identidad y sus aspectos organizadores a través de las diferentes culturas y sociedades. El segundo es el de la experiencia, que remite a las funciones de la parentalidad y a los aspectos subjetivos conscientes e inconscientes del proceso de parentificación, por ejemplo el deseo de tener hijos y los procesos psicológicos que ocurren cuando una persona se convierte en padre o madre. El tercero es el de la práctica, que se refiere a las cualidades de la parentalidad y a los aspectos observables de las relaciones entre los padres y el hijo o hija, como las tareas cotidianas que los padres tienen que llevar a cabo.

Dio (2005) clasifica en cinco grandes rubros las capacidades de parentalización: 1) las relacionadas con la regulación emocional (contención y entonamiento); 2) cuidados y heteroconservación (salud y crecimiento); 3) apego o vínculo afectivo (seguridad, confianza y placer del contacto); 4) sensualidad/sexualidad (placer sensorial y pulsional); y 5) estima y narcisismo (espejamiento).

Solís-Pontón, Lartigue, y Maldonado-Durán, (2006) advierten que en ocasiones el profesional tiende a pensar que sabe mejor que los padres cómo relacionarse con el niño, pero señala que el rol del terapeuta no es el de decir cómo se deben hacer las cosas sino “que las capacidades emerjan en los padres y que nosotros los sostengamos”. Para Green (2003), revisar estas capacidades debe llevar a que los padres recuperen una identidad parental valorizada.

Cuando el terapeuta se coloca frente a las funciones parentales de los padres que consultan por sus hijos, “debe ser extremadamente respetuoso de estas funciones”



ya que están ancladas en una historia personal, transgeneracional y que incluye a estos padres que a su vez fueron hijos en un “sistema psico-socio-cultural determinado” (Blinder, Knobel y Siquier, 2008).

2.8 Ampliar en los padres la capacidad reflexiva

La función reflexiva es la capacidad de los padres de representar la propia subjetividad y la del niño (Fonagy, 2004, citado en Aznar, 2009). Es una revisión continua por parte de los padres de sus teorías de la mente con respecto a sus hijos y de sus respuestas en función del desarrollo del pequeño e implica “la capacidad de los padres para representar al niño no sólo como una persona dependiente y apegada, sino también como un ser separado que se desarrolla con un equilibrio posible entre estos dos puntos de vista” (Green, 2003).

Esta capacidad tiene que ver con la comprensión que tengan los padres de la naturaleza de los problemas del niño, el desafío del desarrollo y sus recursos para contener, tolerar y modificar estos problemas tanto en ellos como en el niño (Dio, 2005).

Cuando los padres comprenden mejor a su hijo/a, tienen mayor posibilidad de dar significado a los comportamientos del niño en el contexto de su personalidad y de las circunstancias sociales y familiares (Ruberman, 2009). El desarrollo de sus capacidades parentales y de la función reflexiva les permite entender actitudes de sus hijos que antes eran incomprensibles, y los posibilita para ver a su hijo como “un proyecto diferenciado de ellos mismos con necesidades propias” (Aznar, 2009).

Green (2003, p. 576), señala que el punto esencial del trabajo con los padres “consiste en comprometerles con un proceso en el cual su pequeño podrá ser comprendido y reconocido progresivamente como una persona completa”. Al respecto, Dio, (2005) puntualiza que trabajando con los padres... vamos paso a paso convirtiéndolos a ellos mismos en agentes terapéuticos, lo que constituye en uno de los objetivos básicos de la clínica infantil y juvenil”.





CAPÍTULO 3. Presentación y análisis del caso

El caso que se presenta es uno de los 22 que atendí en mi estancia en el Centro Comunitario “Los Volcanes”, como parte de la Residencia en Psicoterapia Infantil. La supervisión estuvo a cargo de la Mtra. Rosario Muñoz Cebada, quien es también la directora de este reporte.

El proceso psicoterapéutico tuvo una duración de 40 sesiones, entre marzo del 2010 y marzo del 2011. Para fines de confidencialidad se utiliza el pseudónimo de José; al iniciar la psicoterapia tenía una edad de 8 años 7 meses. Sus padres acudieron a “Los Volcanes”, en búsqueda de ayuda “para guiar” a su hijo, “entender” su conducta y para buscar orientación como padres. De acuerdo con ello, José presentaba conductas disruptivas en la escuela como peleas con sus compañeros, así como en casa, donde desobedecía, contestaba y peleaba con su hermano menor de 2 años. Sus calificaciones habían bajado en el último año. Las conductas aparecieron dos años antes.

José y sus padres acudían desde una de las comunidades ubicadas al sur de la Delegación Tlalpan, categorizada como zona rural según el Censo de Población 2010.

3.1 El contexto

3.1.1 Tlalpan

Tlalpan es una de las 16 delegaciones del Distrito Federal. Su territorio representa el 20.7 por ciento del área del Distrito Federal, por lo que es la delegación con mayor extensión territorial. De acuerdo con el Censo del 2010, su población total es de 650,567 personas, 312,139 hombres y 338,428 mujeres.

Tlalpan se localiza al suroeste del Distrito Federal, limita al norte con las delegaciones Magdalena Contreras, Álvaro Obregón y Coyoacán; al este con Xochimilco y Milpa Alta; al sur con el Estado de Morelos (municipio de Huitzilac), y al



oeste con el Estado de México correspondiendo a los municipios de Xalatlaco y Ocoyoacac.

Tlalpan se divide en 5 zonas, la quinta es la que agrupa los pueblos rurales y cuenta con el 83% del territorio y el 17% de la población. El resto de las 4 zonas consideradas urbanas, aglutina al 83% de los habitantes de la delegación, calculados en 600 mil.

3.1.2 El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

Está ubicado en las calles Volcán Fujiyama esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, en la Colonia Los Volcanes de la Delegación Tlalpan. Su misión es ofrecer servicios psicológicos de calidad relativos a evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, al alcance de la población que acude al Centro Comunitario, mediante el desarrollo de actividades para la atención y solución de problemas, fomento de la salud e investigación clínica comunitaria.

La visión es: Desarrollar un Centro de Atención Psicológica con psicólogos que realizan una labor profesional de alto nivel, procurando elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad en el sentido de contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades de salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.

Como objetivo general se plantea contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

En el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes, se ofrece atención clínica general donde participan alumnos de la Facultad de Psicología, algunos prestan servicio social, otros son residentes de maestría, otros alumnos de especialidad así como voluntarios.



Entre los servicios que se ofrecen se encuentran la preconsulta, evaluación clínica, psicodiagnóstico, juego diagnóstico, orientación individual, familiar, de pareja y a padres, intervención en crisis, psicoterapia focalizada y a tiempo limitado, referencia Institucional, servicios de atención clínica especializada –donde participan terapeutas y residentes de maestría-, psicoterapia Individual, psicoterapia familiar y de pareja, psicoterapia grupal, terapia de integración sensorial y psicoterapia de juego.

La Jefa del Centro es la Mtra. María Asunción Valenzuela Cota. Como docentes-supervisores se encuentran las maestras María del Rosario Muñoz Cebada, Blanca Elena Mancilla Gómez, Aída Araceli Mendoza Ibarrola, Angelina Guerrero Luna y la Lic. Teresita Vergara Rosales.

El centro funciona desde noviembre del 2004 a partir de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. Surge ante la necesidad de atender el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en la población del sur de Tlalpan.

3.1.3 Modelo de Psicocomunidad

El trabajo en “Los Volcanes” responde al modelo de “psicocomunidad” propuesto por Cueli (1989) que se deriva de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales. Cueli explica que se introduce en la comunidad una variable dependiente que en este caso es un grupo que actúa bajo el método clínico para alcanzar varios objetivos. La comunidad da una respuesta -la variable dependiente- que estimula al grupo que se ve afectado por esta respuesta y modifica los estímulos que envía estableciendo una retroalimentación.

El método de psicocomunidad se utiliza en un contexto temporal y espacial, en este caso en una comunidad marginada. El precepto que opera en este modo de intervención es que “aquello que una persona se permite explorar de sí misma es lo que se permite explorar de los demás; en la medida que una persona se acepta a sí misma, acepta a los demás; en la medida que una persona se ama a sí misma, ama



a los demás”. De este modo se hace la analogía de que en la medida que el grupo se desarrolla, la comunidad se desarrollará y viceversa (Cueli, 1989, p. 10).

La propuesta de este método en relación con la enseñanza superior, es que el estudiante ofrezca un servicio durante su formación académica para que adquiera desde entonces una actitud de servicio que la profesión requiere. Cueli (1989) señala que la filiación del alumno a la comunidad le permite adquirir una serie de “insights” con respecto a las carencias de la comunidad, detecta las necesidades reales y promueve resolverlas mediante el servicio.

Agrega que el estudiante, al enfrentarse con las carencias de la comunidad se confronta con las propias carencias lo que le da la oportunidad de manejarlas, mediante la supervisión y el trabajo grupal, “el estudiante aprende así a servir a la comunidad para satisfacer las necesidades de la misma, y no a servirse de la comunidad para resolver las suyas propias”.

El modelo de psicocomunidad mantiene el supuesto de que el “alumno aprende la teoría con mayor facilidad si el adquirir información responde a una necesidad real surgida de una experiencia práctica no comprendida” (Cueli, 1989, p. 13). Por ello el aprendizaje teórico se realiza en un proceso inverso al tradicional. En vez de que el alumno reciba primero los datos teóricos, se enfrenta primero a la realidad y se motiva para estudiar la teoría que le ayude a entenderla.

Cueli (1989) recomienda que el alumno realice el servicio integrado en un grupo de cooperación, más que de competencia, donde existan relaciones afectivas entre sus miembros lo que da cohesión interna al grupo y permite relaciones afectivas con la comunidad con la que se va a trabajar “en una actitud grupal e individual de servicio”.

Estos vínculos también se extienden hacia el supervisor o tutor, “quien no se limita a proporcionar información, sino que además sirve de modelo y rol de aprendizaje.... El estudiante pertenece a un grupo de alumnos que trata a otro grupo: la comunidad” (Cueli, 1998 p. 13). Las sesiones de supervisión permiten al alumno realizar esta



integración y permiten el manejo de las experiencias personales. En palabras de Cueli (1989):

El modelo de psicocomunidad implica, pues, la creación de un nuevo tipo de relación con el paciente. Es una relación donde no sólo se tratan síntomas sino hombres completos; donde hay un manejo de la interioridad y exterioridad del paciente, donde se consideran factores psíquicos, somáticos y sociales del devenir humano; donde se reúnen por fin el hombre interno y el hombre externo; donde se conjugan individuo y sociedad. (p. 113)

3.2 Método

3.2.1 Justificación

El contacto con los padres en la psicoterapia individual del niño es necesario y sólo en casos excepcionales podemos prescindir de él. Durante la Residencia en Psicoterapia Infantil, la manera de trabajar con los padres fue perfilándose como una pieza clave para la adherencia al tratamiento, la alianza terapéutica y para la continuidad del proceso psicoterapéutico de los niños y niñas. Por un lado encontré padres que retiran a su hijo o hija de la psicoterapia, por otro, padres que la apoyan pese al esfuerzo físico, económico y sobre todo psicológico que esto representa.

Tratar con el niño es tratar con sus padres y abordar todo su sistema familiar (Estrada-Inda, 2001). Entonces ¿cómo abordar a los padres en un contexto comunitario? ¿qué significa trabajar con padres? Si ellos no son los pacientes, ¿qué trato deben recibir por parte del terapeuta? El marco de la Residencia en Psicoterapia Infantil me dio la oportunidad de plantearme un esquema de trabajo dentro de un marco teórico sólido.

El caso que aquí se presenta, me dio la pauta para diseñar un plan que, con bases teóricas, pudiera integrar a ambos progenitores en el proceso de su hijo, sabiendo que el niño es el paciente, y como lo señala Aznar (2009), los padres son una buena parte de la solución del problema.



3.2.2 Objetivo

Proponer un modelo de intervención con los padres en la psicoterapia individual del niño en centros comunitarios desde un enfoque integrativo.

3.2.3 Participantes

José, de 8 años 7 meses y sus padres (madre de 34 y padre de 35 años).

3.2.4 Escenario

Centro Comunitario “Los Volcanes”, a cargo de la Facultad de Psicología de la UNAM, en colaboración con el Movimiento de los Pueblos del Sur.

3.2.5 Modelo de intervención

La intervención con los padres se llevó a cabo como parte de la psicoterapia de José, la cual se abordó desde un modelo integrativo asimilativo. El proceso psicoterapéutico incluyó entrevistas iniciales con los padres, evaluación psicodiagnóstica del niño, devolución de resultados (tanto al niño como a los padres), intervención terapéutica con el niño y cierre.

Con respecto a la intervención con los padres, se proponen varios objetivos para cada una de las etapas; estos objetivos están basados en la integración de aspectos teóricos mencionados en el Capítulo 2. (Ver tabla 1)



Objetivos de la intervención con padres

Fase	Objetivos	Método
Fase I Entrevistas iniciales	Ayudarlos a articular la demanda	Entrevistas con ambos padres
	Involucrar a los padres	
	Favorecer la relación padres-terapeuta	
	Construir una alianza terapéutica	
	Comprender la relación del niño/a con sus padres	
	Analizar y evaluar las capacidades parentales	
	Ampliar la capacidad reflexiva	
Fase II Devolución de la evaluación	Ampliar la capacidad reflexiva	Entrevista con ambos padres
	Ayudarlos a articular la demanda	
	Reestructurar motivo de consulta	
	Comprender la relación del niño/a y sus papás	
	Apoyar los cambios del niño en psicoterapia	
	Mantener la alianza terapéutica	
Fase III Intervencio nes	Comprender la relación del niño/a y sus papás	Sesiones de juego familiar
	Involucrar a los padres	
	Apoyar los cambios del niño en psicoterapia	
	Analizar y evaluar las capacidades parentales	Entrevistas con cada uno
	Ampliar la capacidad reflexiva	
	Mantener la alianza terapéutica	
Fase IV Cierre	Apoyar los cambios del niño en psicoterapia	Sesión de cierre y devolución del proceso
	Recapitular proceso y devolver responsabilidades	
	Enmarcarlo en la etapa del desarrollo del niño	
	Comprender la relación del niño/a y sus papás	

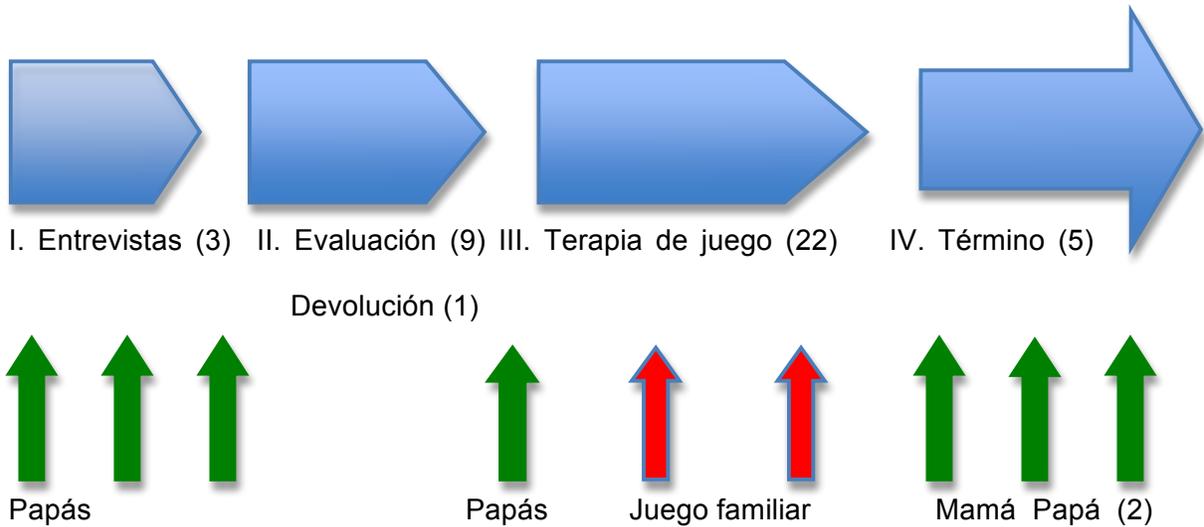
Tabla 1



3.3 Intervención

3.3.1 Procedimientos con el niño y con sus padres

Se llevaron a cabo tres sesiones iniciales con los padres, nueve sesiones de evaluación con el niño, una sesión de devolución de resultados con los padres, 22 sesiones de psicoterapia con el niño, 2 sesiones de juego familiar, una sesión de orientación con la madre, una sesión de orientación con el padre y una sesión de cierre. En total se realizaron 40 sesiones (ver tabla 2).



Las flechas verdes indican las sesiones con ambos padres. Las rojas a padres e hijo

Sesiones del proceso terapéutico

Entrevistas iniciales con ambos padres	3
Sesiones de evaluación con el niño	9
Sesión de devolución con los padres	1
Sesiones de psicoterapia individual con el niño	22
Sesiones de juego familiar	2
Sesión con la madre	1
Sesión con el padre	1
Sesión de cierre con el niño y ambos padres	1
Total de sesiones	40

Tabla 2



3.3.2 Motivo de consulta

La madre de José buscó apoyo psicológico para su hijo debido a que presentaba conductas agresivas en la escuela y en la casa. En la primera entrevista refirió que le habían hablado en dos ocasiones de la escuela porque golpeó a unos compañeros. Cabe señalar que en la escuela no le sugirieron que acudiera al psicólogo, la decisión de buscar ayuda partió de la madre con la anuencia del padre. Le pregunté por el padre del niño, señaló que por teléfono sólo pidieron que asistiera ella y agregó que si era necesario que él estuviera presente, podría decírselo. Remarqué lo importante que era la presencia de ambos y formulé una invitación para que el padre de José asistiera a las entrevistas subsecuentes.

Otro de los motivos es que José había bajado de calificaciones (de 9 a 6), se negaba a hacer sus tareas, perdía los útiles y no ponía atención en clase. Al respecto, refirió la madre que José le decía que “por más que me quiero concentrar, no puedo”.

En la segunda entrevista se presentaron ambos padres; señalaron que le llamaban constantemente la atención pero “parece que no le importa”. Prefiere que le peguen a escuchar sermones, y las pocas veces que le pegaron (dos veces según refieren), él contestaba “al cabo que ni me dolió”. La conducta agresiva y desafiante de José empezó a presentarse dos años atrás, a partir del nacimiento de su hermano, con quien también se mostraba agresivo, evitaba su compañía y se negaba a cuidarlo. Anteriormente era un niño tranquilo, según refiere la madre.

José se come las uñas, le sigue con “los pellejitos” y se jala las uñas de los pies. Le cuesta trabajo socializar con las niñas, no le gusta juntarse con ellas, desde el kínder no le gustaba que estuvieran niñas en la mesa de trabajo donde él estaba; relata la madre que en una ocasión golpeó a una niña. Refiere también que le cuesta trabajo expresar su afecto.

A pregunta expresa de qué es lo que esperaban ambos padres de la terapia, respondieron que ayudar a su hijo y guiarlo, que se les oriente y saber qué origina su “conducta agresiva”.



En entrevista a parte, José dijo que él iba al psicólogo para “portarse bien y para que le ayudara con sus problemas”. Como motivo de consulta se dibujó en el salón de clases, fuera de su lugar y aventando papeles. Destaca la perspectiva del dibujo, da la impresión de ver desde arriba la escena que plasmó. Sobre su motivo, indagué más y reconoció que se enojaba mucho y cuando esto ocurría se peleaba con compañeros, desobedecía o contestaba “mal”, lo que le traía consecuencias como regaños y castigos.

3.3.3 Fase I

3.3.3.1 Entrevistas iniciales con los padres

A la primera entrevista acudió la madre, a la segunda y tercera sesiones acudieron ambos padres. Los dos se mostraron cooperadores y dispuestos a brindar información de su hijo.

La madre tomaba la iniciativa para responder a las preguntas, instaba al padre a responder y dominaba el discurso de la pareja. Señaló que José decía malas palabras, pocas veces en la casa, pero más ocasiones en la escuela, según le informaba la maestra. Al cuestionársele dónde las podría haber escuchado José, acusó al padre de pronunciarlas constantemente en presencia del niño. La madre es técnica en enfermería, trabajó en un hospital privado y también en práctica privada cuidando enfermos. Dejó de trabajar cuando se casó (sic) con el padre de José (viven en unión libre).

El padre se mostró cooperador, cohibido al inicio de las entrevistas, pero una vez que le daba la palabra y se le permitía hablar, participaba de manera abierta en la explicación de las situaciones familiares relacionadas con su hijo. Él es originario de Guanajuato, llegó a D.F. a los 8 años acompañado de un hermano, de 13 años, para trabajar en el campo. Refiere que su madre fue a buscarlos y sólo su hermano se regresó, él se quedó a vivir con sus patronos, quienes lo alojaron hasta que él inició una relación sentimental con la madre de José y decidió vivir con ella. Actualmente se dedica al campo.



Coincidieron en que los cambios en la conducta de José se presentaron tras el nacimiento de su hermano –el niño, de dos años, los acompañaba en el momento de la entrevista-. Cuando les pregunté qué pensaban de esa observación que habían hecho, señalaron que habían intentado que José no se sintiera desplazado dándole prioridad, por ejemplo, al comprarle ropa y juguetes.

Ambos colaboran con la educación de los hijos, ella los cuida la mayor parte del día, cuando el padre está en casa o tiene tiempo libre, convive con ellos. Por petición de la madre él le ayuda a José con las tareas, la madre refiere que el padre argüía tener sólo la primaria, ella le refutó que sí le podía ayudar al niño puesto que las tareas eran precisamente de la primaria.

Les pregunté si José sabía que habían solicitado servicio psicológico para él, la madre respondió que sí, que ella y su esposo le explicaron que iría con un psicólogo para que hablara de sus problemas. José estuvo de acuerdo, se mostró curioso por lo que él tendría que hacer en las sesiones, y les preguntaba “por qué iban ellos, si la cita era para él”. Expliqué el encuadre de las sesiones, el uso de la terapia de juego, el sentido de la evaluación inicial y pedí que firmaran el consentimiento.

Pregunté qué esperaban de la terapia, la madre señaló que quería entender más a su hijo y ambos pidieron orientación para educarlo mejor.

3.3.3.2 Descripción del niño y su comportamiento

José es un niño alto para su edad, 1.40 m (el promedio es 1.27 m), delgado, tez morena. Con buen nivel de energía, tono de voz normal. Se mostró indeciso en las primeras sesiones, se le dificultaba decidir a qué jugar, me pedía que yo lo eligiera. A pesar de mostrarse activo, en ocasiones el juego era lento y pausado.

Durante la evaluación se mostró suspicaz ante las preguntas, quería observar las anotaciones que yo hacía (en la hoja de registros del WISC-IV, por ejemplo), preguntaba constantemente si su respuesta era la correcta. En general se mostró cooperador, excepto en la última subprueba del DVTP-2.



En las primeras sesiones, José realizaba conductas para comprobar si yo era confiable: preguntaba si me acordaba de lo que él había hecho la sesión anterior, y me preguntaba si había guardado los dibujos que había hecho. Se mostró incrédulo cuando encuadré el período de psicoterapia, cuando le señalé que él elegiría las actividades que quisiera realizar durante la sesión.

3.3.3.3 Aspectos relevantes de la historia personal

El desarrollo de José fue normoevolutivo. Destaca el control de esfínteres a los 3 años, el método que utilizó la madre fue dejarlo mojado “hasta que aprendiera a avisar”. Tuvo dos episodios de enuresis un año antes de asistir a terapia, en los últimos seis meses no se habían presentado incidentes.

Los padres de José decidieron vivir juntos, se mudaron a la casa de los abuelos maternos del niño, al año se embarazaron. José no fue planeado pero sí esperado, según refirió la mamá. Ella tenía quistes en los ovarios, por lo que intentaban embarazarse por segunda vez y no lo lograban. Pasaron 5 años para que pudieran embarazarse de nuevo del su segundo hijo.

A partir del nacimiento de su hermano, la familia se mudó a su propia casa, lo que se sumó a los cambios del mundo de José. La madre refiere que en un inicio le costó trabajo acostumbrarse a su nueva casa, pero después de unos meses dijo sentirse mejor porque así “su abuelita no les gritaba”.

3.3.4 Fase II Evaluación

Se realizó una evaluación psicológica para “tener un diagnóstico de la situación que se presenta” (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007, p.3). Se realizaron entrevistas con los padres, posteriormente con el niño y se aplicó al niño una batería de pruebas para explorar las áreas afectiva, cognitiva y visomotora.

3.3.4.1 Técnicas

Las técnicas aplicadas para la evaluación inicial fueron:



1. Entrevista con los padres
2. Test Gestáltico Visomotor de Bender (revisión E. Koppitz)
3. Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-2)
4. Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-IV)
5. Test de la Figura humana (Revisión de E. Koppitz)
6. Test de La Familia (revisión de L. Corman y revisión de L. Font)
7. Dibujo libre
8. Test de la Casa-Árbol-Persona (Revisión de Buck / Hammer)
9. Prueba de Apercepción Temática para Niños (CAT-A) (revisión de Bellack)

3.3.4.2 Proceso de la evaluación

La evaluación con José se llevó a cabo en 9 sesiones. En la primera sesión se realizó el encuadre tanto del cuarto de juegos como del proceso de evaluación. Le expliqué que estaríamos ahí durante 50 minutos, que podría hacer uso del material que se encontraba ahí y que al final de la sesión habría que devolverlo a su lugar.

Con respecto a la evaluación le mencioné que durante esa y varias sesiones más, se harían dos cosas, una la que el terapeuta había preparado y otra la que él seleccionaría. Le comenté que las actividades del terapeuta eran para conocerlo mejor a él. Le indiqué que la regla principal en el cuarto de juegos era no hacer daño a él ni al terapeuta.

José se mostró colaborativo en la realización de las pruebas, excepto en el DVTP-2, en el cual invalidó la última subprueba al no atender las instrucciones por querer terminarla.

Al abordar con él su motivo de consulta, explicó que iba con el psicólogo a que le “ayudara con sus problemas”, le pedí que dibujara su motivo de consulta, se dibujó a él en el salón de clases fuera de su lugar y aventando papeles. Explica que no quiere portarse mal (aventar cosas, pararse de su lugar, hacer cosas por las que lo regañan).



3.3.4.3 Resultados

Los resultados de la evaluación fueron los siguientes (*ver tabla 3*): el funcionamiento de los aspectos cognitivos se encontraba dentro de los parámetros esperados para un niño de su edad, sin encontrar dificultades relevantes. Tiene un nivel de inteligencia promedio, aunque en ocasiones sus capacidades cognitivas pueden verse disminuidas por factores emocionales. Cuenta con recursos cognitivos, es capaz de mantener una imagen de sí mismo y tiene buen sentido de la realidad.

También maneja un buen nivel de energía, prevalece en él un estado de ánimo alegre, aunque en ocasiones puede mostrarse ansioso. Un indicador común en las pruebas proyectivas es la agresividad y la dificultad que mostró en el control de impulsos. Aunque hacía esfuerzos por contener su agresividad, ésta emergía en forma de riñas con sus compañeros o mostrando oposicionismo ante las demandas de sus padres.

José reflejaba inadecuación –“soy malo, me porto mal”-, y percibe rechazo de su familia y su entorno escolar. Percibía las relaciones familiares como poco afectivas y con una comunicación escasa.

Ante la rivalidad fraterna reaccionaba de diversas maneras: mostraba temor al rechazo y al abandono, y utilizaba el aislamiento como defensa; afrontaba la situación de forma regresiva; buscaba privilegios que tenía su hermano; y utilizaba la formación reactiva, preocupándose por el cuidado del hermano.

3.3.4.4 Devolución de resultados

Aplicando las sugerencias de Blinder, Knobel y Siquier (2008) y Cornejo (1997), devolví resultados a José. Le expliqué que las preguntas que respondió y los dibujos que hizo me sirvieron para conocerlo mejor. Le pregunté qué es lo que quería saber de lo que conocí de él. Se mostró dubitativo, al final preguntó “por lo de la escuela”, refiriéndose al cuadernillo del WISC-IV, que intentó verlo en varias ocasiones durante la aplicación de la prueba.



Le mostré la primera hoja del protocolo de respuestas del WISC-IV. Le mostré la gráfica y le expliqué que entre el número 90 y el 110 estaban los niños con una inteligencia normal. Iluminamos la parte que correspondía a ese rango, le señalé la gráfica de sus respuestas y observó que estaba dentro del espacio iluminado. Le invité a deducir qué significaba, dijo “que soy inteligente”, le respondí que sí, que su inteligencia era la de un niño normal.

Le hablé de las subpruebas en las que salió más alto, le dijo que era un niño que aprendía rápido y que sabía usar la información que aprendía (memoria a corto plazo, sucesión de números y letras). También que tenía un vocabulario bueno (comprensión verbal y vocabulario).

Abordé el área emocional. Le comenté que él era un niño que le gustaba jugar, a veces estaba contento, pero que a veces estaba enojado y otras veces triste. Dijo estar de acuerdo. Exploré los momentos en los que se enojaba y lo que él hacía (pelear), y lo que hacía cuando estaba triste (se quedaba callado), y lo enlacé con su motivo de consulta.

Devolución a los padres

Posteriormente devolví resultados a los padres, siguiendo a Blinder, Knobel y Siquier (2008) quienes sugieren que la devolución no sea una listado descriptivo, sino una oportunidad para devolverles a los padres una imagen distinta de sus hijos, y posicionarlos de manera diferente ante la situación por la cual consultan.

Los padres se mostraron interesados en el resultado de la evaluación. Aportaron ejemplos de su vida cotidiana con respecto a los puntos que yo iba devolviendo. Acerca de la rivalidad fraterna la madre comentó que a José no le gusta que le digan que su hermano es idéntico a su papá, y le molesta que le digan que él se parece a su mamá (físicamente hay un fuerte parecido del padre y el hermano menor de José).

Traté de colocarlos en el papel de José –promover la función reflexiva (Green, 2003)- quien después de seis años de ser hijo único, recibe a un hermano y al mismo



tiempo un cambio de casa. Les comenté que el enojo y frustración de José podía encontrar cause en este comportamiento agresivo con su hermano y que también lo externaba en la escuela donde la agresividad era más bien reactiva, es decir, respondía a provocaciones.

Comenté también la sensación de sentirse desplazado que puede experimentar un niño cuando nace un hermano. Les hablé de que este sentimiento de abandono no necesariamente quiere decir que lo abandonen, sino que se trata de la percepción del niño. Estuvieron de acuerdo en devolver un sentido de seguridad al niño.

Señalé la inadecuación que José puede sentir en ocasiones, y de la necesidad de que él mismo vaya descubriendo sus habilidades y reforzando su autoconfianza y autoestima, punto en el cual ellos podrían ayudarlo. Les expliqué el proceso de terapia, les indiqué que en ocasiones les pediría hablar con ellos. Respondieron de manera positiva y se comprometieron a llevar al niño y asistir ellos cuando fuera necesario.



Resultado de las pruebas

Prueba	Área cognitiva	Área emocional	Observaciones
Bender	Errores=5	Oposicionista	Simplifica
DTVP-2	91 (promedio)	Se muestra distraído y poco cooperador (oposicionista)	Invalida última subprueba
WISC-IV	CV 93 MT 99 RP 92 VP 91 T 97 Gf-nv y Gsm	Preocupado por su desempeño (autovaloración)	Inseguridad, correlaciona con Dibujo y DFH
DFH	4 (normal bajo)	Pobre autorregulación , inestabilidad, agresividad	CI no corresponde con WISC-IV
HTP	Normal	Inadecuación, hostil, pobre autorregulación , padre distante	Correlaciona casa y familia
Familia	Normal	Incomunicación, padre distante, desvalorización, agresividad	Correlaciona CAT en agresión y DFH
Dibujo libre	Normal	Inadecuación, pobre autoconcepto , agresividad	Correlaciona con DFH
CAT-A	Normal	Desvaloriza al padre, sensación de abandono, rivalidad fraterna, rechazo	Correlaciona con HTP y Familia

Tabla 3

CV: Coeficiente verbal; MT: Memoria de trabajo; RP: Razonamiento Perceptual; T: Total; Gf-nv: Razonamiento fluido no verbal; Gsm: Memoria a corto plazo-adquisición y recuperación a corto plazo.



3.3.4.5 Focos de intervención

Como se puede observar, los elementos comunes en varias de las pruebas son: una pobre autorregulación, desvalorización, pobre autoconcepto, inseguridad, agresividad contenida, hostilidad y actitudes desafiantes. Si comparamos estos resultados con los motivos de consulta podemos identificar algunas coincidencias.

a) *Agresividad*. La madre acude a consulta preocupada por la agresividad de José en la escuela, tras varias llamadas de atención de sus maestros. En su relación con el hermano aparece también la agresividad.

b) *Desafiante*. A ambos padres les llama la atención la actitud desafiante que toma José hacia ellos.

c) *Autopercepción*. José muestra una preocupación por “no ser bueno” y ser identificado como el que se porta mal.

Reuní los resultados de la evaluación y los motivos de consulta para identificar los focos posibles de intervención. A partir de Fiorini (2002) y de su propuesta en terapia breve, identifiqué focos de intervención. Siguiendo el motivo de consulta y tomando en cuenta los aspectos personales y relacionales de la situación, identifiqué conflictos nucleares y los transformé en un foco.

Trabajar con el concepto de foco no es fácil, dependerá del enfoque teórico de quien lo propone. En el caso de Fiorini (2002), concibe el foco como un “centro de gravedad temático” dentro de la problemática del paciente. En él se sintetizan el motivo de consulta, las situaciones personales, relacionales y contextuales del paciente. El foco se convierte en “una delimitación de una totalidad sintética”.

No entendemos el foco como un punto de intervención concreta al que nos dirigimos con determinadas técnicas, sino desde la concepción de Fiorini (2002) como un eje nodal temático que surge del entendimiento entre el paciente y el psicoterapeuta.



De este modo, hasta el momento de la evaluación, esboqué dos focos que surgieron de los motivos de consulta expresados por el niño y por sus padres, los resultados de las evaluaciones, y la integración de ambos (*ver tabla 4*):

Autorregulación emocional: El motivo de consulta acerca de la agresividad tienen relación con los aspectos personales de José, ya que en las primeras sesiones mostró un desconocimiento de los nombres de las emociones básicas, podía identificar cambios en su estado de ánimo y relacionar estos cambios con sucesos cotidianos, pero no era capaz de nombrar las emociones involucradas.

Con respecto al enojo, era capaz de distinguir su molestia y los síntomas físicos, pero le costaba trabajo aceptar el enojo porque entonces él “era malo”. En cuanto a la autorregulación emocional, influía también el ambiente familiar donde no se nombraban las emociones, ni cómo reaccionar ante ellas, especialmente en el contexto escolar donde sus conductas tienen repercusiones en la disciplina y la relación con sus compañeros.

Se detecta entonces que el conflicto nuclear es la falta de regulación emocional especialmente en emociones como el enojo, lo que da como resultado conductas agresivas. El foco de atención es entonces la autorregulación emocional, que incluye el reconocimiento y la expresión de sus emociones, el autocontrol y la capacidad de autodirigirse.

Autoconocimiento y autoaceptación: José menciona que va al psicólogo porque “se porta mal” y porque quiere cambiar su conducta. Más adelante durante la evaluación se identifica a él mismo como rebelde pero también como no aceptado o rechazado por ser rebelde.

En las pruebas es constante su desvaloración y la importancia que da al concepto de él mismo que los demás le reflejan. Las conductas opositoras de José sólo le confirman su pobre valía a través de la devolución que padres, maestros y compañeros le hacen de sí mismo.



Focos terapéuticos

Motivo	Aspecto personal	Aspecto relacional	Aspecto contextual	Conflicto nuclear	Foco
<p>Pelear en la escuela</p> <p>Pelear con su hermano</p>	<p>Poco conocimiento de las emociones</p> <p>Se mueve en un locus de control externo:</p> <p>“me porto mal”</p>	<p>No hay aceptación incondicional:</p> <p>Se siente desplazado</p> <p>Temor al abandono y al rechazo</p>	<p>Ambiente cultural</p> <p>Provocación en la escuela</p>	<p>No se autorregula lo que da como resultado conductas agresivas</p>	<p>Reconocer sus emociones</p> <p>Expresar sus emociones</p> <p>Autocontrol</p> <p>Autorregulación emocional</p>
<p>Responde a los padres</p> <p>No obedece</p>	<p>Celos, enojo</p> <p>Sentirse menos valioso</p>	<p>Sentirse incomprendido</p> <p>Rechazo a los padres (como reacción)</p>	<p>Educación de los padres, repetición de patrones</p> <p>Castigos escolares</p>	<p>Conducta opositora y desafiante</p>	<p>Reconocer sus cualidades</p> <p>Diferenciarse</p>
<p>“Soy malo”</p> <p>“Me porto mal”</p> <p>“Si no hago lo que me piden no me aceptan”</p>	<p>Poca valía</p> <p>Sentimiento de inadecuación</p> <p>Rechazo</p>	<p>Relaciones con pares a veces cordial otras conflictiva</p>	<p>Pelear escolares</p>	<p>Poco autoconocimiento y valoración de sí mismo</p>	<p>Autovaloración</p> <p>Autoconcepto positivo</p> <p>Fuente interna de evaluación</p>
<p>Se enoja cuando le dicen que su hermano se parece al papá</p>		<p>Poca identificación con el padre</p>	<p>Le dicen familiares que él se parece a la mamá y no al papá</p>	<p>Necesidad de afecto por parte de la figura paterna</p>	<p>Relación padre e hijo</p>

Tabla 4



3.3.4.6 Selección del tratamiento

El caso se aborda desde un enfoque integrativo:

Tratamiento con José: Para el tratamiento de José se elabora un esquema basado en el enfoque integrativo asimilativo propuesto por Norcross (citado en Feixas y Miró, 1993) donde se toma como base un enfoque, en este caso centrado en el niño de West (2000). A este modelo se le integran sesiones de juego familiar desarrollado por Gil y Sobol (2000), técnicas narrativas para sesiones de cierre (White y Epston, 1993), y trabajo con los padres desde un enfoque integrativo de factores comunes.

West (2000) propone un trabajo terapéutico con niños basado en los ocho principios de la terapia de juego centrada en el niño de Axline (1975), pero también señala que este modelo se enriquece de otros conocimientos de escuelas de la psicología psicodinámica, conductual, cognoscitiva y gestalt, en una “reconciliación de enfoques”.

En este sentido, propone el análisis de la transferencia y contratransferencia con el niño o la niña para que el terapeuta pueda superar los propios mandatos parentales y evitar situaciones que puedan interferir en la psicoterapia con el niño.

West (2000) utiliza cuatro niveles de interacción terapéutica que puse en práctica en las sesiones de José: 1) Intervenciones verbales simples, escucha y atención; 2) Parafrasear y reflejar lo dicho por el niño; 3) Interpretaciones en tercera persona desde el punto de vista del niño (empatía primaria); y 4) Interpretación directa (empatía intuitiva y avanzada).

También tomé en cuenta las consideraciones que hace esta autora para la finalización de la terapia, que sugiere dar la oportunidad al niño o la niña de decidir la finalización de su proceso, en la medida que se hayan observado mejoras o avances en su motivo de consulta.

Como señalé anteriormente, con base en los motivos de consulta y lo observado en las pruebas, obtuve focos de intervención. Aunque el término meta o foco terapéutico



es inconsistente con la filosofía de la terapia centrada en el niño, de acuerdo con Sweeney y Landreth (2012) desde este enfoque centrado en el niño puede hablarse de objetivos generales para ayudar al niño o la niña a: 1) desarrollar un autoconcepto más positivo; 2) asumir mayor responsabilidad consigo mismo; 3) volverse más autodirigido; 4) llegar a aceptarse más; 5) lograr ser más independiente; 6) mostrar autodeterminación en la toma de decisiones; 7) experimentar sentido de autocontrol; 8) volverse sensible al proceso de afrontamiento; 9) desarrollar una fuente interna de evaluación; 10) confiar más en sí mismo.

En el caso de José, los focos obtenidos tras el análisis del motivo de consulta y la evaluación psicológica son similares con los objetivos de la terapia centrada en el niño, por lo que decidí usar este enfoque como guía principal dentro del proceso psicoterapéutico.

Trabajo con la mamá y el papá de José: La intervención con el papá y la mamá de José se desarrolló desde una integración de los factores comunes del trabajo con los padres de cuatro enfoques: psicodinámico, centrado en el niño, cognitivo-conductual y narrativo, como se describió en el apartado 1.6.

También se realizaron las dos sesiones de juego familiar utilizando el método propuesto por Gil y Sobol (2000) y en la sesión de cierre se utilizaron técnicas narrativas (White y Epston, 1993).



3.4.5 Fase III Psicoterapia

3.4.5.1 Intervención psicoterapéutica

Etapa inicial (sesiones de la 14 a la 22)

José

Le expliqué a José que a partir de esa sesión (14) iniciaríamos con su terapia. Reencuadré la dinámica de las sesiones siguiendo el enfoque centrado en el niño: le dije que él podría elegir qué actividad hacer, las condiciones para permanecer en el cuarto de juegos era no hacerse daño a él mismo o a mí. Las sesiones durarían 50 minutos como hasta el momento y yo le indicaría diez minutos antes de que terminara el tiempo para que se preparara.

En las primeras sesiones me puso a prueba, me preguntaba si yo recordaba a qué había jugado la sesión anterior, siempre le respondía a qué había jugado y se quedaba satisfecho. Me preguntó también por dibujos que había elaborado en sesiones anteriores, yo le mostraba dónde estaban. Le sugería hacer una carpeta para guardarlos. En una ocasión pintó árboles morados, le pregunté de qué color eran los árboles dijo que verdes pero que él quería hacerlos morados.

José preguntaba constantemente a qué jugar, se mostraba indeciso, tomaba un juguete y lo dejaba enseguida. Decía no saber a qué jugar, que se aburría pronto y me pedía a mí elegir el juego. Le devolví que a él le costaba trabajo decidir y prefería que otros eligieran por él. Al fin se animaba a escoger alguna actividad. José me incluyó en todas las actividades que hizo.

En esta etapa inicial predominaron juegos de actividad física, especialmente el fútbol. Debido a que la sala de juegos era pequeña para cualquier juego de pelota, José sugirió salir al patio (contiguo a la sala de juegos). Acordamos que sólo saldríamos al juego de fútbol. Para evitar que la sesión se llevara la mayor parte afuera, le pedí antes de salir que me dijera cuántos goles habríamos de esperar para que terminase el juego. José siempre respetó el límite que él se impuso, sólo un par de ocasiones



pedía estar más tiempo fuera, le recordaba que el número él lo puso y que había que respetar las reglas. Esto le ayudó a respetar límites y a marcárselos él mismo, al tiempo que yo le devolvía la confianza en que él los respetaría.

Además del fútbol, José optaba por dibujar, pintar o recortar. En una sesión doblo un papel y le hizo varios recortes. Al extenderlo se le ocurrió que era como una carita, le pegó recortes dándole forma de cabello y la iluminó. Le pregunté de qué se había dado cuenta en la sesión sobre él mismo. Dijo que tenía imaginación y era creativo.

Dos sesiones después de iniciar dijo que quería decirme algo. Lo invité a expresarse, dijo que lloraba mucho, le pedí que me dijera más, explicó que a veces lloraba cuando lo regañaban, o cuando no le salían las cosas. Traté de que identificara las emociones que sentía cuando lloraba. Se dio cuenta que a veces lloraba de coraje o enojo, a veces porque se pegaba o cuando estaba triste. La mayor de las veces lloraba por coraje o frustración.

Juegos

Predominaron los juegos relacionados con la actividad física mediados por reglas como el fútbol y el béisbol (8 de 9 sesiones). En frecuencia le siguieron los juegos de reglas o juegos de mesa, como el memoraba y los palillos chinos. Realizó actividades manuales en las cinco primeras sesiones (dibujos, recortes, acuarelas y moldeado).

Papás

A la mitad de esta etapa, la madre de José me comentó antes de una de las sesiones que la conducta de José “empeoraba”, que lloraba “por todo” y se mostraba más rebelde. Le expliqué que en ocasiones la conducta del niño parece que empeora al inicio del tratamiento, pero que era una etapa de ajuste.



Primera sesión de juego familiar

La sesión 20 la dediqué a juego familiar. Dos sesiones antes le pregunté a José si a él le gustaría que sus papás estuvieran en alguna de las sesiones, se mostró entusiasmado por la idea así que le sugerí tener una sesión donde jugaran él y sus papás. En esta primera sesión de juego familiar decidí no incluir a su hermano, mi interés era ver la relación de los padres con él. Pensé en una segunda sesión, más avanzado el proceso, para incluir al hermano.

En esta sesión utilicé la técnica del “Hábitat” de Gil y Sobol (2000). Consiste en pedirle a los participantes elegir un animal de miniatura, se les da material y se les pide elaborar un hábitat para el animal que eligieron. Se reflexiona sobre lo que cada quien realiza. Después les pide hacer un hábitat para todos sus animales. Al final se reflexiona de nuevo lo ocurrido tanto en el resultado como en el proceso de realizarlo.

José eligió un cocodrilo, la madre un oso y el padre un caballo. La madre dibujó un bosque para su oso, el padre se quejaba continuamente que no sabía qué hacer, a sugerencia de la madre hizo unos corrales, y José dibujó un lago para su cocodrilo. Sobre la elección, los padres coincidieron en que el cocodrilo de José era agresivo como lo era él, según ellos. La madre dijo que el oso era fuerte, yo le agregué que a veces también es tierno, y que una osa defiende a sus oseznos a costa de todo. El padre reconoció que siempre le han gustado los caballos y recordó que cuando José estaba más pequeño (3 años), él trabajaba en un parque paseando al niño en caballo, y José paseaba muy seguido con él y lo disfrutaban.

Al hacer el hábitat en conjunto la batuta la tomó la madre, dibujó un río en forma diagonal, dividiendo la hoja. De un lado José dibujó su lago de donde desembocaba el río y del otro lado el padre hacía grandes esfuerzos por dibujar un corral. Apresuré el fin del juego pidiendo que los animales se colocaran en su hábitat. De manera apresurada la madre puso el oso en el corral y el caballo en el bosque, José colocó el cocodrilo en el lago. Di por terminado el tiempo e hice la observación de cómo



habían colocado los animales. La madre se dio cuenta del error, pregunté qué le decía eso más allá de la simple equivocación.

La madre reflexionó en voz alta, “ahora comprendo”, la invité a compartir su reflexión, dijo que a veces toma el lugar de su esposo, al pedirle que explicitara su respuesta señaló que en ocasiones, cuando ella siente que su esposo no toma decisiones, ella se apresura a tomarlas. A partir de ahí reflexionaron sobre los roles que cada uno juega en casa y de cómo la madre a veces toma iniciativas ante la falta de respuesta del padre. El padre reconoció que a veces no toma una parte más activa en la convivencia con sus hijos. Hice notar las diferencias que sostienen ambos en la crianza de sus hijos, y recordé que ese fue un punto que también apareció en las entrevistas iniciales.

Durante la reflexión, ambos padres estaban sentados en sillones distintos. José estaba sentado junto a su padre y se le acercaba insistentemente, hasta que el padre, mientras seguía hablando, lo abrazó. José aceptó el abrazo y se quedó así el resto de la sesión.

Etapa intermedia (sesiones 23 a la 33)

José

En esta etapa José comenzó a utilizar el juego simbólico (Dio, 2005) como medio de expresión. En la sesión 23 se acercó a las marionetas, lo invité a usarlas, dijo no saber cómo. Le pregunté si quería saberlo y le mostré cómo usar el títere. Sonrió ampliamente y se entusiasmó con el juego. Me dio el león y la jirafa y él utilizó el panda y el chango. El león era Alex y la jirafa Melvin (personajes de la película Madagascar), él no quiso ponerles nombres a sus animales.

Los animales elegidos por José comenzaron a atacar a los míos, después se escondían esperando ser atacados por los míos. Después se hicieron todos amigos, el chango y el panda competían por llevarse a “Alex” y a “Melvin” al hábitat de cada uno: el chango se los quería llevar a la selva y el panda al polo norte (parece que



relacionó el panda con el oso polar). Al final ganó el chango y se los llevó a la selva, a lo “calientito”, en vez de irse al polo norte, a “lo frío”.

Los juegos de futbol continuaron. En la sesión 28 insistió en extender el tiempo en el patio, una vez que se acabaron los partidos que previamente había establecido. Se le recordaron las reglas y entró de mala gana.

En la sesión 29 se interesó por el arenero, lo sacó y decía no saber qué hacer con él. Le mostré que ahí podía jugar con las miniaturas lo que le entusiasmó. Tomó como personaje el cocodrilo y me pidió que eligiera el mío, le consulté cuál podría elegir, y me dijo que yo lo decidiera, que él no me lo diría. Escogí al chango. El juego consistió en que el cocodrilo paseaba al chango y era su amigo.

En la sesión 31 quiso jugar a las espadas, eligió ser el personaje de Eragon y me dio a mí el del “maestro” de Eragon quien le enseña a domar dragones. Durante el juego habló espontáneamente de su papá y de las veces que juegan juntos a las “luchitas”.

José también preguntó por el final de sus sesiones, cuándo sería. Me comprometí a hablar del final de su terapia con él y con sus papás. Él estuvo de acuerdo.

Padres

La sesión 32 solicité la presencia de ambos padres, previo aviso con José. Acudió solo la madre ya que por motivos de trabajo el padre no pudo asistir. La madre refirió ver avances en la conducta de José, se interesa y cuida a su hermano, el promedio escolar subió de 6 y 7 a 8. Expresa su estado emocional, dice cómo se siente, qué es lo que piensa y qué es lo que quiere.

La madre relató un incidente con el abuelo de José. Comiendo juntos, la madre le sugirió al abuelo ir con el psicólogo, a lo que él respondió que “no estaba loco”, José entró en la plática y de manera tranquila explicó al abuelo que “el psicólogo no era para locos”, que él iba con uno y que le había ayudado mucho.

Ante los avances relatados por la madre, sugerí ir planeando el fin de la terapia de José. Respecto a la finalización del proceso West (1995) menciona que puede ocurrir



una vez que el niño exhiba mayor autoconfianza, disminuya la conducta problemática y su juego sea en general más estructurado y acorde a su edad.

Atendiendo a este marco, involucré a José en la decisión para el fin de su terapia. Le recordé que él había preguntado sobre el fin de sus sesiones, abordamos su motivo de consulta y le pregunté cuántas sesiones más le faltarían. Juntos le explicamos la decisión de José a su mamá, quien estuvo de acuerdo.

Segunda sesión de juego familiar

La sesión 33 se dedicó a una segunda sesión de juego familiar, esta vez con la participación del hermano menor de José, M, de 3 años.

Durante la sesión la batuta la llevó José, propuso a los padres jugar al “Uno”. Él les enseñó las reglas. Los tres hicieron trampa. Mientras M jugaba con otros juguetes. Después jugaron al “Canicaferia”, entre los tres decidieron las reglas, pero no permitieron jugar al hermano menor, “porque está muy chiquito”.

Este fue uno de los puntos principales de reflexión. Coincidieron en que no dejaron jugar al hermano menor y que a veces así ocurre en casa. Mencionaron la dificultad de encontrar juegos para los tres. La madre dijo que se sintió relegada del juego y que a veces así ocurre. Llegaron a la conclusión de que a veces pueden jugar papá y José, a veces mamá y José, a veces los tres y a veces los cuatro. Se comprometieron a encontrar juegos y momentos para compartir juntos.

3.3.6 FASE IV Cierre

3.3.6.1 Decisión de cierre del proceso

En la sesión 34 retomé lo que José había preguntado anteriormente, sobre el término de la terapia. Repasamos su motivo de consulta, dijo portarse mejor, ya no peleaba en la escuela. le pregunté qué pasaba cuando se enojaba, dijo que ya no pegaba (a otros compañeros). Le devolví que me parecía que él sabía identificar cuándo estaba enojado, triste o alegre, y que decidía qué hacer. Estuvo de acuerdo. Le pregunté



qué más quería lograr en su terapia antes de terminar, dijo que no decir malas palabras.

Le pregunté cuántas sesiones más cree que necesitaría, dijo que cuatro. Acordé con él tener tres sesiones más y la cuarta sería la última sesión de “graduación”. Le sugerí elaborar un calendario para marcar las últimas sesiones, le comenté que otros niños a veces hacen vagones de trenes, él decidió hacer un marcador, como el del fútbol.

En la penúltima sesión quiso intentar un juego que hacen sus amigos, la “peteka”, especie de pelota hecha de bolsas de nylon y ligas a la cual se le pega con dejarla caer al suelo. Observó el material que había y no encontró el suficiente. Le pregunté qué se le ocurría hacer, quiso ir con la secretaria a pedirle una, quien le facilitó una bolsa de nylon. En vez de ligas usó papel para amarrar la “peteka”. Le devolví que era creativo y que podía encontrar soluciones a sus problemas, otras veces sabía pedir ayuda cuando la necesitaba.

En la última sesión (antes de la graduación) decidió jugar al uno, con los globos, al béisbol y al arenero. De alguna manera fueron juegos representativos durante su proceso terapéutico: juegos de mesa y de reglas, juegos deportivos y juego simbólico a través del arenero.

En esas dos sesiones le devolví los recursos que observaba y la diferencia entre su conducta inicial en la terapia y la actual, le recordé que antes no sabía a qué jugar, y muchas veces esperaba que yo decidiera por él, ahora él decide qué juegos, respeta las reglas, y puede decir cuándo está de acuerdo y cuándo no.

Padres

Cité al padre de José, ya que la última sesión de orientación fue con la madre. Él accedió a asistir y lo cité en un horario distinto al del niño para no interferir con el cierre de la terapia.



El padre se mostró callado y retraído al inicio de la sesión. Le pregunté por qué creía que lo había citado, explicó que por actitudes de él que influían negativamente en el niño. Recordé lo mencionado por la madre sobre las malas palabras usadas por el padre, le pregunté si se refería a esto, a lo que respondió afirmativamente.

Le comenté que no lo había citado para “regañarlo”, y que me parecía que él entendía muy bien lo que pasaba con el uso de las malas palabras en casa. Le dije que lo había citado a él solo, porque en las sesiones anteriores a las que él había asistido, me daba la impresión que no hablaba mucho, y ahora sin su esposa, creía yo que tendría más oportunidad de hablar y yo de escucharlo.

Le pregunté cómo veía a José ahora que se acercaba el final de su terapia y qué pensaba él de esto. Comentó que lo veía inseguro, que conmigo “iba como de la mano”. Tomé su metáfora y le dije que efectivamente, José iba conmigo como de la mano, pero que ahora era tiempo de que él tomara la mano de su hijo y lo llevara él, como una “carrera de relevos”, -expliqué- “donde yo le paso a usted la estafeta”.

Le comenté lo que observé en la primera sesión de juego familiar, donde José se colocó a su lado y él lo abrazó. Le expliqué que me parecía que él podía responder a la demanda de cariño de su hijo, que podía apoyarlo y que estaba listo para “ir con él de la mano”.

Al preguntarle cómo escuchaba lo que yo había dicho, recordó un incidente, en el que notó que José estaba triste o preocupado. Él lo notó y habló con su hijo, José le explicó que un niño de la escuela lo molestaba y siempre quería que se “dieran un tiro” al final de la jornada escolar. Él tomó a José de la mano (así lo relató) y lo llevó a la casa del niño, habló con la mamá y el acoso del compañero terminó.

Le devolví que él había sido capaz de ver en su hijo un cambio de estado de ánimo, y no sólo eso, sino que también había hecho algo por él. Mi objetivo era destacar las capacidades parentales de regulación emocional y de apego que el padre mostró tanto en el ejemplo que él mismo aportó, como lo que yo observé en las interacciones conjuntas.



3.6.2 Sesión final

Para la sesión final, les pedí a los padres un momento con José, antes de pasar al convivio “de graduación”. Le pedí a José que eligiera un “último juego”. Eligió el Uno, pero cambió de opinión y prefirió un partido de fútbol.

Para el cierre, preparé dos intervenciones basadas en la terapia narrativa: redacté una carta para José, y diseñé un reconocimiento para él y otro para sus padres.

Después de jugar el último partido de fútbol, leí una carta para él. La carta inicia señalando sus características positivas y aborda el motivo de consulta. Repasa lo que José logró en su terapia y destaca los beneficios que le han traído estos logros. Recapitula las cualidades del niño así como su capacidad de autorregulación emocional y autocuidado. Plantea una “profecía autocumplida” en positivo y finaliza con un agradecimiento (Mancilla, B., comunicación personal, febrero 2012).

Después le consulté si le parecía bien entregarle un reconocimiento a sus padres por el esfuerzo que habían hecho en llevarlo un año a terapia. estuvo de acuerdo y se sorprendió de que fuera un año de sesiones. Le mostré la carátula de su expediente donde estaba registrada su primera asistencia. Una vez que llamamos a su padres, entregué un reconocimiento para él por “haber adquirido la habilidad de conocerse y escucharse a sí mismo, reconocer sus emociones y expresarlas, y por haber llegado al final de su terapia”. Después entregamos él y yo el reconocimiento a sus padres.

Durante la sesión de cierre José expresó su gusto por los deportes, en especial el fútbol y el judo. El padre comentó que parecía que no le gustaba el fútbol porque no jugaba mucho, la madre lo interrumpió para decirle que en su terapia José jugaba mucho al fútbol.

Posteriormente se realizaron dos llamadas de seguimiento, una al primer mes y otra al segundo, donde la madre de José reportó que los cambios observados tras la psicoterapia se mantenían. José se mostró contento de recibir las llamadas, en la primera de ellas comentó que tenía un perrito al que estaba cuidando. En la segunda mencionó que ese día era el cumpleaños de su papá.



3.4 Resultados

Comparando los motivos de consulta, los focos terapéuticos y las conductas reportadas hacia el final de la terapia pueden observarse avances significativos en el comportamiento de José (*ver tabla 5*).

- 1) Hacia el final del proceso, José mostraba una mejor regulación emocional, tanto en las sesiones como lo reportado por sus padres en casa y en la escuela. No se peleaba más en la escuela, toleraba a su hermano e incluso lo cuidaba y jugaba con él. A sus padres no les respondía de la misma manera que antes. La madre señalaba que José decía lo que sentía y en lo que no estaba de acuerdo.
- 2) Se consideraba a sí mismo como creativo e inteligente. Los padres observaban más seguridad en José, tenía nuevos amigos, ponía más cuidado en su arreglo personal. En las sesiones era más asertivo y activo.



REGISTRO DE CAMBIOS TERAPEÚTICOS

MOTIVO	FOCO	CONDUCTA INICIAL	CAMBIOS REPORTADOS POR	
			José	Papás
Agresividad Oposicionista	Autorregulación emocional	Peleas, berrinches, contesta a los papás Peleas con el hermano Responde a los padres, los reta	- No pelea más en la escuela - Reconoce y expresa sus emociones - Cuida y juega con su hermano - Disminuyen peleas	- Expresa sus emociones - Expresa desacuerdos de forma tranquila - Disminuyen las actitudes retadoras - Demuestra afecto a ambos
“Soy malo” Autopercepción	Autoaceptación Autoconocimiento	Dice ser “malo” y portarse mal	- Reconoce que sus padres lo quieren y lo atienden - Reconoce habilidades, dice que es creativo	- Dice que es inteligente - Cambia sus hábitos de arreglo personal

Tabla 5.

Como se aprecia en la tabla 5, tanto José como sus padres reportan cambios favorables en la conducta del niño. Se expresan los cambios agrupados en relación con el motivo de consulta y el foco terapéutico correspondiente.

Además de los cambios observados en José, pude observar que las conductas durante el proceso coincidieron con lo expuesto por Mustakas (citado en West, 2000), que divide el proceso en cuatro fases y a cada una le atribuye ciertas conductas que José fue presentando (*ver tabla 6*) como se describe a continuación.



FASES TERAPÉUTICAS

FASE	CONDUCTA ESPERADA	CONDUCTA OBSERVADA
Fase 1	Conducta inhibida y profusa	Indeciso en los juegos, "aburrido", prueba al terapeuta
Fase 2	Parece que el comportamiento empeora; sentimientos del niño parecen enfocarse en determinadas personas	Madre reporta que conducta empeora, específicamente en casa; les responde con mayor frecuencia a los padres y tiende a desobedecerlos con mayor frecuencia
Fase 3	Comienza a mostrar sentimientos positivos, pero con ambivalencia	José comienza a mostrarse más seguro de sí mismo, empieza a adjudicarse calificativos positivos
Fase 4	Sentimientos realistas, mayor capacitado para enfrentarse a problemas de la vida	Maestros reportan mayor ajuste escolar; padres lo observan más seguro de sí mismo, defiende sus posturas ya no sólo se expresa a través del llanto. En sesiones se muestra más activo, dinámico

Tabla 6

Etapas terapéuticas de acuerdo con Moustakas (citado en West, 2000)



3.5 Análisis del trabajo con los padres

Para el análisis del trabajo con los padres, se identificaron los objetivos en cada una de las etapas del proceso terapéutico, algunos se repiten en diferentes etapas.

Trabajo con los padres y actividades específicas	
Parte del proceso	Objetivos y actividades
FASE I Entrevistas iniciales	Ayudarlos a articular la demanda Explorar el motivo de consulta Involucrar a los padres Promover la aceptación de la terapia Promover un compromiso con la terapia Sentar responsabilidades para el cambio Favorecer la relación padres-terapeuta Aliviar culpa o angustia de los padres Revisar la transferencia y contra transferencia Contener heridas narcisistas Construir una alianza terapéutica Fincar alianza terapéutica con los padres y el niño Comprender la relación del niño/a con sus padres Obtener la historia evolutiva y relacional Analizar y evaluar las capacidades parentales Ampliar la capacidad reflexiva
FASE II Devolución de la evaluación del niño	Ampliar la capacidad reflexiva Ayudarlos a articular la demanda Reestructurar motivo de consulta Comprender la relación del niño/a y sus papás Apojar los cambios del niño en psicoterapia Mantener la alianza terapéutica Analizar y evaluar las capacidades parentales
FASE III Intervenciones con los padres durante el tratamiento del niño	Comprender la relación del niño/a y sus papás Conectar temas de la vida cotidiana con la terapia Involucrar a los padres Apojar los cambios del niño en psicoterapia Toleren e integren los cambios del niño Respondan a las consecuencias del cambio Analizar y evaluar las capacidades parentales Ampliar la capacidad reflexiva Mantener la alianza terapéutica
FASE IV Cierre	Apojar los cambios del niño en psicoterapia Recapitular proceso Enmarcarlo en la etapa del desarrollo del niño Advertir pendientes Comprender la relación del niño/a y sus papás Devolver responsabilidades

Tabla 7



3.5.1 Entrevistas iniciales

Sesión 1

Favorecer la relación padres-terapeuta: El rapport con la madre fue positivo, la entrevista fluyó sin dificultad, respondió de manera abierta a las preguntas del desarrollo y su actitud general fue cordial, atenta e interesada.

Articular la demanda: En esta primera entrevista se facilitó la exploración de los motivos de consulta y se favoreció el despliegue de demandas. La madre expresó la necesidad de conocer el origen de los síntomas de José, para “entenderlo qué le pasa” y poder ayudarlo. De este modo expresó no sólo la necesidad de que los síntomas remitieran sino de entenderlo.

Involucrar a los padres: La madre aceptó atender sesiones con el terapeuta “cuantas veces sea necesario”. Se le preguntó por la ausencia del padre en la sesión, indicó que no se le citó a él. Accedió a acudir a la siguiente reunión con su esposo. De este modo se logró incluir a ambos padres en la entrevista.

Construir alianza terapéutica: A pregunta expresa, la madre dijo estar dispuesta a hacer “cualquier cosa” para ayudar a su hijo. Esta aseveración se tradujo en un compromiso para mantener una asistencia constante, ser puntual y asistir a sesiones con el terapeuta cuando se les llamara.

Comprender la relación del niño con sus padres: Al explorar el motivo de consulta, la madre expresó dificultades en la relación con José, como conductas desafiantes del niño y en general una incapacidad para comprenderlo. Ubicó la aparición de los síntomas dos años atrás, poco después del nacimiento del hermano menor del niño.

Ampliar la capacidad reflexiva: La madre mencionó que uno de los objetivos que buscaba con la terapia de su hijo era entender lo que le pasa. Esta capacidad de ver la subjetividad del niño es uno de los elementos de la capacidad reflexiva que se pretende ampliar en los padres.



Sesión 2

Favorecer la relación padres-terapeuta: En esta sesión acudieron ambos padres a la cita; se le reconoció al padre el esfuerzo por acudir lo que hacía patente el interés por su hijo. Durante la entrevista se promovió la participación de ambos en la exploración de los síntomas del niño. De igual manera, se buscó que los dos contestaran las preguntas del desarrollo.

Articular la demanda: Reiteraron lo que la madre mencionó la sesión anterior, que buscaban comprender mejor a su hijo, el padre agregó que buscaban orientación para “saber cómo tratarlo”.

Involucrar a los padres: Al igual que la madre, el padre se comprometió a asistir cuando se le requiriera.

Construir alianza terapéutica: Ambos padres estuvieron dispuestos a colaborar en el proceso terapéutico de José, se les aclaró que en ocasiones podrían participar en alguna sesión ya sea los dos o cada uno por separado, estuvieron de acuerdo y se mostraron dispuestos a hacerlo.

Comprender la relación del niño con sus padres: La relación del padre con José fue descrita como “buena” pero un poco distante. Relataron el enojo del niño cuando le decían que su hermano era muy parecido al papá y él a la mamá.

Ampliar la capacidad reflexiva: Durante la entrevista del desarrollo, se ubicó de nuevo el surgimiento de síntomas con la llegada del hermano menor de José. Se invitó a los padres a colocarse en el lugar del niño cuya situación como primogénito cambiaba después de 6 años. Dijeron comprenderlo y agregaron otra situación que no recordaban: tras el nacimiento del hermano, la familia dejó la casa de los abuelos maternos del niño y se cambiaron a su propia casa, lo que agregó pérdidas al entorno afectivo del niño.



Sesión 3

Favorecer la relación padres-terapeuta: Para la tercera entrevista, la relación era más fluida, cordial y de confianza. Ambos padres expusieron con fluidez sucesos de la vida familiar que consideraban importantes. Agregaron situaciones personales con respecto a sus familias de origen, por ejemplo el padre señaló las dificultades que vivió al llegar a Tlalpan y las carencias afectivas que tuvo de niño ya que no convivió con sus padres. La madre expuso las dificultades con su propia madre, debido a la crianza de José y de su hermano.

Articular la demanda: La demanda por parte de los padres se resumió en entender lo que le pasaba a su hijo, y orientación para saber cómo tratarlo.

Comprender la relación del niño con sus padres: Al explorar el motivo de consulta, la madre expresó dificultades en la relación con José, como conductas desafiantes del niño y en general una incapacidad para comprenderlo. Ubicó la aparición de los síntomas dos años atrás, poco después del nacimiento del hermano menor del niño.

3.5.2 Sesión de devolución

Ampliar la capacidad reflexiva: Se realizó primero la devolución con José cómo se relató anteriormente. Cuando se vio a los padres para la devolución, se les recordó que ya se habían devuelto resultados al niño, lo que sirvió como preámbulo para que ellos hablaran de lo que habían observado en José durante la semana.

Ambos padres señalaron que José se sentía orgulloso porque era listo y se los decía constantemente. Señalaron que la autoestima del niño mejoraba y que ellos sólo se habían enfocado en señalarle las cuestiones negativas de su desempeño y conducta en la escuela, antes de resaltar sus capacidades.

Esta visión positiva de sí mismo sirvió para que los padres reflexionaran sobre las cualidades de su hijo, y se dieran cuenta de la importancia de una autoestima sana en el niño.



El interés de los padres acerca del resultado de la evaluación nos habla de la preocupación por el bienestar de su hijo y se corrobora lo que señalaron en las entrevistas iniciales acerca de conocer la causa de su comportamiento.

Ayudarlos a articular la demanda: Se reafirmó el motivo de consulta, conocer lo que le pasa, recibir orientación, y agregaron el de facilitarle los cambios, por ejemplo, en la identificación con cada uno de ellos, destacando en qué se parece él tanto al papá como a la mamá. Se comprometieron a hacer sentir seguro a José.

3.5.3 Primera sesión de juego familiar

Para el análisis de la sesión de juego familiar realicé una integración de los puntos sugeridos por Dio (2005) y Gil y Sobol (2000).

Contacto físico: La madre de José iniciaba el contacto físico con él, José lo aceptaba y se mostraba complacido. José buscaba el contacto físico con el padre, quien a su vez no lo rechazaba y respondía al contacto (José se fue acercando a él y se inclinaba en su pecho, buscaba colocarse debajo de su brazo hasta que el padre lo abrazó).

Los tres pudieron trabajar en el piso (alfombra), aunque el padre tardó más en sentarse en el suelo. Había más proximidad entre José y su madre, hasta que José buscó el contacto con su padre. El contacto físico siempre fue afectivo y el contacto aceptado. El estado emocional fue al inicio de expectativa, acomodación, posteriormente predominó un estado de goce.

Contacto intersubjetivo: Hubo diálogo entre los tres, la madre tomaba la iniciativa para entablar el diálogo tanto con su hijo como con el padre. El padre hablaba poco, lo hacía cuando le solicitaban su participación. Ambos padres participaron en la actividad y tomaron en cuenta las verbalizaciones de su hijo. ambos padres fueron capaces de poner atención tanto al niño como al terapeuta.



No se observaron coaliciones ni alianzas; la madre buscaba cercanía con su hijo y José buscaba o provocaba signos de afecto del padre. No se registraron elogios de ninguno de los tres.

Actividad lúdica: El juego fue estructurado, aun así la madre tomó la iniciativa para organizarlo. José y su madre mantuvieron un ritmo activo en toda la sesión, el padre bajó en momentos el ritmo y era presionado por la madre para continuar con la actividad. José demostró mayor curiosidad e imaginación para realizar su actividad. Hubo intrusión de la madre hacia el padre durante el juego y a su vez una actitud sumisa o de desentendimiento por parte del padre.

Sincronía o asincronía de la interacción: Los tres trabajaron sincronizados la mayor parte del tiempo, salvo los momentos en los que el padre bajaba el ritmo.

Tono emocional: En general el tono era de goce o disfrute.

Durante la reflexión, ambos padres dijeron haber visto reflejada su postura o actitud en el juego. La madre dijo darse cuenta que tomaba “el lugar del papá”, es decir, tomaba decisiones por ella misma cuando el papá no participaba o se autoexcluía de esas decisiones. El padre aceptó su posición pasiva ante situaciones familiares dejando la autoridad o las decisiones sobre la madre.

Cada uno reconocieron habilidades propias. La madre reconoció la fuerza y la ternura con la que cuida a sus hijos; el padre reconoció la capacidad que tiene para disfrutar la compañía de su hijo. Reconocieron que una parte central de su vida como pareja es la crianza de José y de su hermano.

Retomé dos puntos que surgieron en las entrevistas iniciales: la discrepancia entre ambos padres sobre la crianza de José; y la necesidad de José de acercarse a su papá, cuando el niño buscó un lugar a lado del padre y éste lo abrazó.



3.5.4 Sesión con la madre

La madre se mostró complacida por los cambios conductuales de José, y respondió a ellos, felicitándolo y alegrándose por él. La comunicación mejoró toda vez que el niño pudo expresar sus emociones de manera verbal.

José defendió su proceso terapéutico ante el abuelo y la madre no sólo pudo reconocer la adherencia del niño al tratamiento sino que se asombró por su capacidad de respuesta.

3.5.5 Segunda sesión de juego familiar

Contacto físico: Observé mayor contacto físico de cada uno de los padres hacia José, predominando el contacto entre padre e hijo. La pareja parental no mantuvo contacto físico. José tomó la iniciativa para los juegos y fue seguido por ambos padres. En esta ocasión entró el hermano menor de José, y tanto él como ambos padres lo excluyeron del juego.

El juego fue libre, realizaron todas sus actividades en el suelo, todos los juegos fueron de mesa o con reglas (uno, canicas). Los tres se mostraron interesados en el juego, la madre dijo que en ocasiones se sentía excluida, pero hacía el esfuerzo por reintegrarse al juego.

Observé una mayor cercanía física y mayor interacción verbal de José con ambos. El contacto era afectivo y aceptado por los tres.

Contacto intersubjetivo: Mantuvieron mayor diálogo entre ellos que en la sesión anterior de juego. El menor de la fratría seguía siendo excluido, a pesar de sus esfuerzos por integrarse al juego de los padres y el hermano.

Parecía haber alianza de José con su padre, aunque la madre intentaba verla como una coalición, no parecía que hubiera esta intención en el padre y José.

Ninguno de los padres mostró elogios por sus hijos, pese al ambiente distendido y de disfrute de la sesión.



Actividad lúdica: José tomó la iniciativa en toda la sesión, organizó a sus padres y ellos dejaron que él llevara el juego.

En la reflexión ambos padres reconocieron que la relación de cada uno de ellos con José es distinta y tiene que ver con las características de cada uno. Se dieron cuenta también que tanto papá como mamá pueden apoyar o interferir en la relación de su hijo con el cónyuge.

En esta sesión se observó que los padres pudieron responder a los cambios terapéuticos de José. La capacidad reflexiva se amplió al hermano menor, y ambos padres y José propusieron actividades que los cuatro pudieran realizar.

3.5.6 Sesión con el padre

La sesión inició con un despliegue transferencial y contratransferencial, cuando el padre señaló la preocupación de su hijo por dejar la terapia. El padre describió la relación de José conmigo como “si lo llevara de la mano”. Aproveché la oportunidad para devolver responsabilidades y restituir la relación de él con su hijo.

La reacción del padre fue positiva, se mostró más relajado y describió con detalle un episodio en el que ayudó a su hijo a resolver un problema con un niño de la escuela que lo acosaba. El padre pudo distinguir los estados de ánimo de su hijo, y reaccionar ante ellos. Fue capaz de estar presente y disponible ante las necesidades de José, de ofrecerle confianza y protección, promover su autonomía y la capacidad de pedir ayuda.

También refirió que pasaba más tiempo con José y la manera de relatarlo reflejó un mejor disfrute en el contacto con el niño.

3.5.7 Sesión de cierre

Los padres se mostraron orgullosos por los logros terapéuticos de su hijo; relataron las actividades que realiza el niño, destacaron su desempeño en los deportes y la mejoría en sus calificaciones.



Ambos se mostraron más cercanos física y afectivamente con José, reflejaron algunos temores con respecto a la etapa de adolescencia a la que el niño pronto entraría. Les comenté que cada etapa de desarrollo requiere que los padres desarrollen habilidades nuevas, o adaptar lo que ya han hecho bien, a las nuevas circunstancias del niño y de ellos como padres.

Durante esta sesión ocurrió un hecho que me permitió comprender e integrar el proceso psicoterapéutico de José. Los padres comentaron las habilidades deportivas de José, especialmente en el Judo; el padre se lamentó de que a José no le gustara jugar fútbol –deporte que el padre practica asiduamente-. La madre hizo un señalamiento acerca de la terapia de José: “José jugó fútbol en todas las sesiones de su terapia”.

A partir de la observación de la madre, dicha en ese contexto específico y después de haber tenido la sesión con el padre de José, me surgieron nuevas líneas de análisis:

Como mencioné anteriormente, el foco para Fiorini (2002) es un eje nodal temático que surge del entendimiento entre el cliente o paciente y el psicoterapeuta. Además de los ejes que yo había previsto, auto aceptación y autorregulación emocional –que sí los trabajó-, José integró uno más: el fútbol, que en el contexto podemos traducirlo en la relación transferencial con la figura paterna que pudo desplegar durante su proceso.

José “trabajó” en la sesiones la identificación pendiente con su padre y la relación con él. El padre pudo mover también esta identificación y responder a las necesidades afectivas del niño. La madre permitió la entrada del padre y pudo tolerar los cambios de José y los celos del alejamiento de su hijo hacia la figura paterna.

3.6 Analizar y evaluar las capacidades parentales

El análisis de las capacidades parentales está basado en los conceptos de Dio (2005) quien las divide en cuatro sistemas motivacionales: 1) sistema motivacional de la regulación emocional; 2) sistema motivacional del apego y de los cuidados del



adulto; 3) sistema motivacional del narcisismo; 4) y sistema motivacional de la sensualidad/sexualidad.

Dio (2005) señala que “el psiquismo humano depende de varios sistemas que trabajan al unísono a través de muchos niveles de organización y no de un único sistema”, menciona que estos sistemas son dinámicos, complejos, y no son lineales, sino paralelos y organizan la experiencia de los cuidados del niño o la niña.

De este modo las capacidades pueden estar presentes o ausentes; a lo largo del tiempo pueden emerger o no, también las que ya estaban presentes pueden inhibirse. Encontrar esta disonancia puede aportar datos o claves para la intervención.

A continuación se presenta un análisis de las capacidades parentales de la madre y del padre de José. Se hace una comparación de las capacidades observadas en cada uno al inicio del proceso psicoterapéutico de su hijo y al final, donde se observan cambios favorables en ambos. Se mencionan las capacidades observadas en el momento del proceso, las capacidades que antes se observaban pero ya no aparecían en el momento (perdidas), y las capacidades que sí aparecen pero de manera insuficiente.

Inicio del proceso (Ver tablas 8 y 9): En cuanto a las capacidades parentales, tras las primeras entrevistas se observó que la madre de José había sido capaz de regular los estados fisiológicos del niño, se había hecho cargo hasta el momento de mantener la salud de José, detectando riesgos para la integridad física. También fue capaz de promover conciencia de dificultades psicológicas en su hijo. Con respecto al vínculo, era capaz de estar presente y disponible, aunque no había mucho disfrute del contacto, y tampoco era capaz en ese momento de proporcionar confianza y protección, como antes lo había hecho.

En cuanto a la regulación emocional, no jugaba con José, ni proporcionaba momentos de distensión; su capacidad para regular la ansiedad y para reconocer y manejar emociones displacenteras era bajo, probablemente estas habilidades habían



estado presentes con anterioridad, pero en la etapa presente del desarrollo del niño y en el contexto y situaciones relacionadas, no estaban emergiendo.

El padre parecía no haber desarrollado las capacidades de regulación emocional con el niño, no era capaz de negociar ante el conflicto, ni de reconocer y ayudar a manejar en José las emociones displacenteras. Tampoco regulaba la ansiedad del niño. En cuanto al vínculo, había capacidad de disfrutar el contacto anteriormente, pero parecía haberse perdido; al momento de acudir a consulta por su hijo, no había indicios de estar presente y disponible con el niño ni tampoco de proporcionar confianza y protección; tampoco reconocía emociones o estados mentales en su hijo.

Una vez finalizado el proceso (ver tablas 10 y 11): Al finalizar el tratamiento de José, se observan cambios en las capacidades parentales en ambos progenitores. La madre se mostró más hábil para ayudar al niño a regular sus emociones, tanto para reconocerlas, respetarlas y ayudarle a responder a ellas.

En cuanto al vínculo, se mostró más cercana y capaz de disfrutar la compañía de José; también mejoró su capacidad de estar presente y de ofrecer protección. El contacto subjetivo era más profundo, comprendía las necesidades de su hijo y promovía la autonomía tanto en tareas cotidianas, como en las relaciones del niño.

El padre avanzó considerablemente tanto en la regulación emocional como en el vínculo con José. Era capaz de identificar las emociones de José, y de reaccionar ante ellas, ofreciendo protección. Se mostró más disponible a las necesidades del niño, recuperó la capacidad de disfrutar su compañía y permitió una identificación positiva del niño hacia él.

Ambos se mostraron capaces de fomentar la estima y valoración de José, valoraron su esfuerzo y podían transmitirle orgullo y admiración. Se comenzaron a entrenar en compartir actividades. Eran capaces de poner límites sin sentir culpa. Trabajaron también la identificación de José con ambos padres, permitiéndole al niño identificarse con características de ambos sin interferir en la relación de cada uno de ellos con el niño.



Capacidades parentales de la madre al inicio del proceso

CAPACIDADES PARENTALES	Sí	No	Perd.	Insuf.
Regulación emocional (contención y entonamiento)				
Regulación de los estados fisiológicos	X			
Regular ansiedad			X	
Promocionar momentos de distensión y ocio		X		
Reconocer, respetar y entonar emociones displacenteras			X	
Negociar en momentos de conflicto			X	
Tolerar la culpa				X
Cuidados o heteroconservación (salud y crecimiento)				
Mantenimiento de la vida	X			
Conciencia de enfermedad física o trastorno psicológico	X			
Anticipar necesidades; dar medios para conseguirlos				X
Apego, vínculo afectivo (seguridad, confianza y placer de contacto)				
Estar presente, disponible y comprometido con cuidados	X			
Disfrutar en el contacto				X
Proporcionar un estado de confianza y protección			X	
Contacto intersubjetivo, reconocer sentimientos y estados mentales		X		
Equilibrio entre protección, estimulación de la independencia emocional y autonomía instrumental				X
Pedir ayuda y confiar en otros	X			
Reconocer y permitir relaciones del niño con figuras sustitutivas de apego	X			
Sensualidad/sexualidad (placer sensorial y pulsional)				
Sentir y no temer el placer en el contacto corporal y en la higiene de los órganos genitales	X			
Reconocer la excitación sexual sin sobre estimular ni inhibir sus manifestaciones				
Estima y narcisismo (espejularización)				
Regular la estima y valoración de la persona del niño: su género, su personalidad, sus sentimientos, sus actividades				X
Valorar esfuerzos, transmitir orgullo y admiración				X
Compartir actividades lúdicas interesantes y estimulantes		X		
Estimular la vitalidad de los deseos				X
Poner límites a conductas disruptivas o a demandas exageradas sin sentirse culpable		X		
Tolerar y encausar la rivalidad edípica		X		

Tabla 8

Sí: Habilidad que sí muestra. No: Habilidad que no muestra. Perd: Habilidad que aparecía en el pasado y no demuestra en el momento. Insuf: Habilidad que aparece pero no lo suficiente.



Capacidades parentales de la madre al final del proceso

CAPACIDADES PARENTALES	Sí	No	Perd.	Insuf.
Regulación emocional (contención y entonamiento)				
Regulación de los estados fisiológicos	X			
Regular ansiedad	X			
Promocionar momentos de distensión y ocio	X			
Reconocer, respetar y entonar emociones displacenteras	X			
Negociar en momentos de conflicto	X			
Tolerar la culpa				X
Cuidados o heteroconservación (salud y crecimiento)				
Mantenimiento de la vida	X			
Conciencia de enfermedad física o trastorno psicológico	X			
Anticipar necesidades; dar medios para conseguirlos	X			
Apego, vínculo afectivo (seguridad, confianza y placer de contacto)				
Estar presente, disponible y comprometido con cuidados	X			
Disfrutar en el contacto				X
Proporcionar un estado de confianza y protección	X			
Contacto intersubjetivo, reconocer sentimientos y estados mentales	X			
Equilibrio entre protección, estimulación de la independencia emocional y autonomía instrumental	X			
Pedir ayuda y confiar en otros	X			
Reconocer y permitir relaciones del niño con figuras sustitutivas de apego	X			
Sensualidad/sexualidad (placer sensorial y pulsional)				
Sentir y no temer el placer en el contacto corporal y en la higiene de los órganos genitales	X			
Reconocer la excitación sexual sin sobre estimular ni inhibir sus manifestaciones				
Estima y narcisismo (espejularización)				
Regular la estima y valoración de la persona del niño: su género, su personalidad, sus sentimientos, sus actividades	X			
Valorar esfuerzos, transmitir orgullo y admiración	X			
Compartir actividades lúdicas interesantes y estimulantes	X			
Estimular la vitalidad de los deseos	X			
Poner límites a conductas disruptivas o a demandas exageradas sin sentirse culpable	X			
Tolerar y encausar la rivalidad edípica	X			

Tabla 9



Capacidades parentales del padre al inicio del proceso

CAPACIDADES PARENTALES	Sí	No	Perd.	Insuf.
Regulación emocional (contención y entonamiento)				
Regulación de los estados fisiológicos	X			
Regular ansiedad		X		
Promocionar momentos de distensión y ocio		X		
Reconocer, respetar y entonar emociones displacenteras		X		
Negociar en momentos de conflicto		X		
Tolerar la culpa		X		
Cuidados o heteroconservación (salud y crecimiento)				
Mantenimiento de la vida	X			
Conciencia de enfermedad física o trastorno psicológico		X		
Anticipar necesidades; dar medios para conseguirlos		X		
Apego, vínculo afectivo (seguridad, confianza y placer de contacto)				
Estar presente, disponible y comprometido con cuidados				X
Disfrutar en el contacto				X
Proporcionar un estado de confianza y protección		X		
Contacto intersubjetivo, reconocer sentimientos y estados mentales				X
Equilibrio entre protección, estimulación de la independencia emocional y autonomía instrumental				X
Pedir ayuda y confiar en otros		X		
Reconocer y permitir relaciones del niño con figuras sustitutivas de apego	X			
Sensualidad/sexualidad (placer sensorial y pulsional)				
Sentir y no temer el placer en el contacto corporal y en la higiene de los órganos genitales				
Reconocer la excitación sexual sin sobre estimular ni inhibir sus manifestaciones				
Estima y narcisismo (especularización)				
Regular la estima y valoración de la persona del niño: su género, su personalidad, sus sentimientos, sus actividades				X
Valorar esfuerzos, transmitir orgullo y admiración				X
Compartir actividades lúdicas interesantes y estimulantes				X
Estimular la vitalidad de los deseos				X
Poner límites a conductas disruptivas o a demandas exageradas sin sentirse culpable		X		
Tolerar y encausar la rivalidad edípica				X

Tabla 10



Capacidades parentales del padre al final del proceso

CAPACIDADES PARENTALES	Sí	No	Perd.	Insuf.
<i>Regulación emocional (contención y entonamiento)</i>				
Regulación de los estados fisiológicos	X			
Regular ansiedad	X			
Promocionar momentos de distensión y ocio	X			
Reconocer, respetar y entonar emociones displacenteras	X			
Negociar en momentos de conflicto	X			
Tolerar la culpa				X
<i>Cuidados o heteroconservación (salud y crecimiento)</i>				
Mantenimiento de la vida	X			
Conciencia de enfermedad física o trastorno psicológico	X			
Anticipar necesidades; dar medios para conseguirlos	X			
<i>Apego, vínculo afectivo (seguridad, confianza y placer de contacto)</i>				
Estar presente, disponible y comprometido con cuidados	X			
Disfrutar en el contacto	X			
Proporcionar un estado de confianza y protección	X			
Contacto intersubjetivo, reconocer sentimientos y estados mentales	X			
Equilibrio entre protección, estimulación de la independencia emocional y autonomía instrumental				X
Pedir ayuda y confiar en otros	X			
Reconocer y permitir relaciones del niño con figuras sustitutivas de apego	X			
<i>Sensualidad/sexualidad (placer sensorial y pulsional)</i>				
Sentir y no temer el placer en el contacto corporal y en la higiene de los órganos genitales				
Reconocer la excitación sexual sin sobre estimular ni inhibir sus manifestaciones				
<i>Estima y narcisismo (especularización)</i>				
Regular la estima y valoración de la persona del niño: su género, su personalidad, sus sentimientos, sus actividades	X			
Valorar esfuerzos, transmitir orgullo y admiración	X			
Compartir actividades lúdicas interesantes y estimulantes	X			
Estimular la vitalidad de los deseos	X			
Poner límites a conductas disruptivas o a demandas exageradas sin sentirse culpable	X			
Tolerar y encausar la rivalidad edípica	X			

Tabla 11





CONCLUSIONES

A través del esquema tradicional de atención en el “Centro de Atención Psicológica Los Volcanes”, se realizó la inclusión de ambos padres en el proceso de terapia individual de José, manteniendo al niño como el paciente identificado.

Una vez finalizado el proceso, pudieron notarse cambios en la conducta de José y la de sus padres; estos cambios no ocurrieron aislados, fueron parte de un espiral de cambios donde la modificación conductual del niño repercutía en la de los padres y viceversa.

Como psicoterapeuta del niño, y a la vez a cargo del trabajo con los padres, pude observar los procesos paralelos del José y sus padres que se cruzan y combinan, en este caso, para potenciar los resultados terapéuticos. En cada fase me fue posible reconocer intervenciones y cambios psicoterapéuticos que apoyaran o repercutieron ya sea en el niño o en sus padres:

Fase I: Durante las entrevistas iniciales los padres pudieron desplegar y formular su demanda (Ortigues, M., y Ortigues, E., 1987; Blinder, Knobel y Siquier 2008), y en su momento José pudo relacionar la demanda de sus padres con la demanda propia así como darse cuenta de sus síntomas y las repercusiones que tenían (Blinder, Knobel y Siquier 2008). Ambos padres fueron capaces de observar y estar sensibles a las expectativas de José, quien mostraba su interés por asistir a la terapia, lo que promovió en ellos la capacidad reflexiva (Green, 2003) para reconocerlo como una persona distinta a ellos –capacidad de subjetivización- (Dio, 2005).

El trato con los padres fue siempre de total respeto, sin culpabilizarlos por las situación que llevaron a consulta, rescatando sus habilidades actuales y permitiendo que se cuestionaran acerca de la subjetividad del niño (Reca, 1976; Klein, 1987; Dio, 2005; Aberastury 1962).

Fase II: En la devolución de resultados, José pudo verse a sí mismo de una manera distinta, expresó orgullo por sus habilidades y los padres las reconocieron. Esta



devolución de resultados permitió a los padres verlo de una manera distinta, y a él reconocerse habilidades y cualidades que no había reconocido (Blinder, Knobel y Siquier 2008). Los padres desarrollaron mayor empatía y pudieron ver a su hijo de una manera renovada –capacidad reflexiva-. Incluso se asombraron de la seguridad que mostraba el niño.

Fase III. En la primera parte de la terapia, la conducta de José empeoró según lo reportaba la madre, en las sesiones era algo desconfiado e incluso retador. De acuerdo con West (2000), es común que suceda este “empeoramiento” de la conducta, así lo manejé con la madre, quien se tranquilizó y pudo tolerar esta etapa.

En la primera sesión de juego familiar, los padres pudieron ver su dinámica familiar, la madre pudo observar que ante la ausencia de decisiones del padre ella tomaba esa responsabilidad, el padre pudo ver la necesidad de afecto de su hijo. José vio en sus padres un modelo de juego para simbolizar. A través de la sesión de juego familiar, los padres pudieron reconocer la “parte” que de ellos contribuía a la situación que presentaba José y en general, a la dinámica familiar; este tipo de “insight” es al que Blinder, Knobel y Siquier (2008), se refieren cuando hablan del “influjo analítico” mencionado por S. Freud.

A partir de esa sesión José comenzó a usar el juego simbólico. El ejemplo de los padres y la interacción nueva a través del juego despertó en él otras habilidades que posteriormente puso en acción durante las sesiones subsecuentes.

En la etapa intermedia, José reconoció sus habilidades y defendió su espacio terapéutico. Esto causa asombro en sus padres, especialmente en su madre quien lo ve más independiente y capaz de defender sus puntos de vista. La madre de José continuaba desarrollando su capacidad reflexiva (Green, 2003; Dio, 2005), ahora fuera de las sesiones y en la dinámica de la vida cotidiana.

José empezó a llorar por situaciones por las que antes no lo hacía y las cuales aparentemente no le importaban. La madre se mostró preocupada. Identificó que el llanto aparecía por coraje o frustración. Le comenté que al inicio de la terapia ella



estaba preocupada porque él no expresaba sus emociones, y ahora que lo hace, le preocupaba que llorara.

Ella reflexionó sobre lo que le provocaba el llanto de su hijo, lo relacionó con debilidad, la cual dijo que la identificaba en el padre. Pudo tolerar mejor el llanto de José, entendiéndolo como un medio para expresar sus emociones. De esta manera se trabajó la separación de los sentimientos de la madre con los del niño, y ella pudo identificar situaciones personales que adjudicaba o con las que se explicaba las reacciones del niño. José fue cambiando el llanto por expresiones verbales de sus estados de ánimo, cambios que la madre observó con beneplácito.

En la segunda sesión de juego familiar se muestra asertivo, más confiado y su relación con ambos padres era más fluida. Después de esta sesión señaló que jugaba más en casa con sus padres y con su hermano. Como lo señalan Gil y Sobol (2000), estas sesiones fueron una oportunidad para promover nuevas formas de relacionarse, más alegres y lúdicas que conducen al cambio.

Hacia el final de esta etapa y antes del cierre, José utilizó con mayor frecuencia el juego simbólico. Jugando a las espadas elige como personajes a Eragon y al maestro que le enseña a dominar dragones. En esta etapa el padre reporta una relación más estrecha con José, y ambos padres señalan que José dice lo que piensa y lo que siente.

La relación de José con sus padres fue cambiando paulatinamente. Me di cuenta que la tarea del terapeuta de conocer la relación del niño o niña con sus padres no se limita a las sesiones iniciales. El terapeuta requiere la habilidad para identificar los pequeños cambios en esta interacción, que siempre es dinámica, y promover en los padres este constante reconocimiento.

De la misma manera, las capacidades parentales no son un sistema estático, por el contrario, son capacidades que se mueven, se inhiben y surgen. Estas habilidades emergen de un proceso interno de los padres pero activado por la intersubjetividad



que se da en la relación con su hijo (Dio, 2005). Otra labor del terapeuta es estar al pendiente de estas habilidades para dejar que emerjan, y apoyar a que se instalen.

Ambos padres, cada uno en diferente medida, fueron capaces de transferir autocontrol al niño y de modificar su relación con él (Freud, A., 1976).

En las sesiones con ambos y la sesión de cierre se les hizo hincapié en que requieren de distintas habilidades como padres en cada etapa de sus hijos (Freud, A., 1976).

Por otra parte, el niño puede identificarse con la parte paterna o materna del terapeuta. El terapeuta debe permitir estas identificaciones inconscientes, entenderlas y desentrañarlas. A través de la psicoterapia, el niño encuentra una nueva forma de relacionarse fuera de la díada parental. Ensayar nuevas formas de relacionarse le da la oportunidad de satisfacer sus necesidades y construir relaciones interpersonales con otros adultos –maestros, familiares- y con pares –compañeros de escuela y amigos de su colonia- más satisfactorias.

En síntesis, la labor del psicoterapeuta infantil requiere de habilidades para trabajar con los padres respetando la condición de paciente del niño, necesita formar una alianza con cada uno de ellos, conocer y respetar la relación del niño con sus padres, promover la aceptación de los cambios del niño, formar equipo con los padres a favor del niño, ayudarlos a comprender su papel como padres y a aceptar y tolerar los cambios del niño no sólo en la psicoterapia sino los cambios del desarrollo que lo van constituyendo como una persona cada vez más independiente física y psíquicamente.



DISCUSIÓN

A través de este caso, la investigación teórica que generó y los resultados observados, me llevaron a realizar las siguientes reflexiones:

Como lo señala Estrada-Inda (2001), intervenir con un niño o niña es intervenir con toda la familia. El trabajo inicial a través de las entrevistas y la psicoevaluación nos lleva a la decisión de aceptar al niño en psicoterapia, o brindar alternativas como la terapia filial, de la relación padres-hijos, familiar, de los padres –en pareja o individual-, o una combinación de ellas.

Decidirse por una intervención con el niño o la niña no significa dejar fuera a los padres. Como lo menciona Rustin (2003), dejarlos fuera puede resultar una terapia inefectiva, o bien llena de escollos totalmente evitables si se planea un esquema de trabajo con ellos.

La psicoterapia infantil es un campo propicio para la integración terapéutica, todos los enfoques revisados utilizan el juego y en todos los enfoques existe una reflexión sobre la participación de los padres en los procesos psicoterapéuticos de sus hijos o hijas.

El enfoque integrativo representa una respuesta a la interrogante de cómo intervenir con los padres ya que ofrece el marco y las herramientas necesarias para abordarlos, respetando al niño como el paciente indicado en la psicoterapia. Lo importante de una intervención o una técnica es saber por qué la hacemos, de dónde parte, y qué se espera de ella.

Conviene que cada plan de trabajo sea hecho a la medida del niño, sus padres y sus circunstancias. Las técnicas de intervención pueden darnos este matiz que cada familia necesita, por su puesto, bajo una base teórica sólida que sostenga y justifique estas intervenciones. Por ello, la psicoterapia integrativa nos permite reconocer aspectos comunes en la intervención con los padres presentes en diversos enfoques y usarlos a favor de la psicoterapia del niño.



Entre estos elementos subyacentes que involucran a los padres podemos mencionar algunos de los observados en el caso presentado.

Así como damos un lugar al niño o la niña en la psicoterapia, respetando la confidencialidad, forjando una alianza terapéutica y entablando una relación paciente o cliente y terapeuta, es indispensable colocarnos psíquicamente frente a los padres (Gammil, 2003). No sólo para darles un lugar sin o también para darnos a nosotros mismos un lugar frente a ellos, si ese lugar es para formar un equipo (Dio, 2005), el trabajo tiene más posibilidades de fluir.

Entender el trabajo con los padres como una relación basada en el respeto (Klein, 1987), incluye no tomar partido consciente o inconscientemente por ninguna de las partes, no juzgar la situación de los padres antes bien ayudarlos a comprenderla y a darle un sentido en la dinámica familiar en la que está inserto su hijo y la problemática que refieren.

Los padres colaboran en la sintomatología de su hijo, generándola a veces, sosteniéndola otras, pero como lo señala Winnicott, es importante tratar de identificar qué es del niño y qué es de los padres.

El terapeuta debe respetar este sistema diádico y dinámico, tratar de entenderlo para poder intervenir en él a través de dos flancos, el del niño en psicoterapia y el de los padres, promoviendo una terapia más efectiva (Aznar, 2009). Integrar a los padres ayuda a no “sobrepateologizar” al niño o la niña, ni colocarle toda la responsabilidad de mejoría (Naidu y Behari, 2010), además puede hacer que los padres se reconozcan no sólo como parte del problema, sino también de la solución (Aznar, 2009).

Los cambios que operan en la psicoterapia no sólo modifican al niño o niña, también influye en sus padres y en su sistema familiar. Es indispensable preparar a los padres para que toleren estos cambios, que no siempre son hacia el lado o hacia el sentido que ellos quieren. A medida que rechacen la independencia del niño o la niña, mayor será su resistencia a estos cambios.



La función o capacidad reflexiva de los padres (Green, 2003), permite este movimiento de aceptación mutua ya que genera relaciones más auténticas, desligadas en la medida de lo posible, de proyecciones e identificaciones que pudieron ir cayendo o desvaneciéndose en el proceso terapéutico del niño y en el de acompañamiento con los padres.

Mención importante merece la participación de los padres varones en el proceso psicoterapéutico de su hijo o hija. Como lo señala Meth (2000), las creencias internalizadas sobre los padres como proveedores y exentos de la crianza pueden llevar al psicoterapeuta a hacerlos a un lado, consciente o inconscientemente.

En comunidades como “Los Volcanes” pude observar una participación activa de algunos padres en los procesos de crianza, que como este autor menciona, son patrones que han cambiado en los últimos 30 años y de los cuales debemos estar atentos.

Acercar al padre a la psicoterapia de sus hijos nos da la oportunidad de deconstruir el sistema patriarcal hegemónico que en ocasiones perpetramos inconscientemente. El trabajo dentro de la psicoterapia infantil incluye a veces la labor de deconstrucción y reconstrucción de roles de género, movimiento que puede devenir en ajustes positivos para la dinámica familiar y para la construcción que va haciendo el niño y la niña de estos roles.

Resulta importante también observar detenidamente los procesos de transferencia y contratransferencia, que en el caso de la psicoterapia infantil se da en dos vías, la del niño y la de los padres. Lo anterior pone al psicoterapeuta en contacto con sus propias experiencias infantiles, sus identificaciones parentales y puede evocar también sus deseos o fantasías maternas o paternas. El proceso psicoterapéutico del psicoterapeuta y la supervisión del clínico infantil son elementos esenciales para una práctica sana, profesional y fluida.

Por otra parte, la psicoterapia del infante, puede ser un espacio privilegiado para el encuentro del niño o niña con sus padres. Aunque éste no sea el objetivo principal,



en mi experiencia, encontré que este encuentro se ha dado como parte del proceso psicoterapéutico cuando ellos se involucran en la terapia de su hijo o hija.

Cuando hablo de encuentro, no me refiero sólo al momento en el que eventualmente comparten el espacio físico de un consultorio o de un cuarto de juegos. Me refiero a un encuentro psíquico, afectivo, donde ambas partes, niño (a) y padres, puedan conocerse y entenderse mejor, y puedan acompañarse en los cambios psíquicos que cada uno va experimentando; en el caso del niño, su devenir como adulto; en el caso de los padres, el paso de su parentalidad hacia nuevas etapas.

Este encuentro trasciende los cambios que los padres solicitan al inicio de la terapia, y permite al niño o niña, una mayor libertad de ser y crecer. Esta es la riqueza del trabajo con los padres en la terapia individual del niño, cuando este trabajo es posible. Cuando no lo es, la relación del niño con los adultos a su cargo se convierte en la relación a fortalecer, si esto también es posible.

Como lo señala Dio (2005, p. 421), “el poder de influencia y cambio de la técnica terapéutica sobre los padres y el niño dependerá, sobre todo, si el terapeuta usa la técnica para potenciar los factores de crecimiento tanto en los padres como en el niño”.



REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1962) *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. México: Paidós.
- Association of Play Therapy. (2012) About play therapy. Recuperado el 10 de agosto del 2012 en <http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158>
- Aznar, M. (2009) Intervención con padres en clínica de niños. *Clínica y salud*, 20 (3), 291-300.
- Axline, V. (1975) *Terapia de juego*. México: Diana
- Bailey, E., & Ford, C. (2000). Involving parents in children's therapy. En Everett Bailey (Eds.), *Children in therapy, using the family as a resource*, (pp. 383-406). Estados Unidos: Norton.
- Bellak, L. (1996). *T.A.T., C.A.T., y S.A.T. Uso clínico*. México. Manual Moderno.
- Bléandonu, G. (1999). *Las consultas terapéuticas padres-hijos*. España: Síntesis.
- Blinder, Knobel & Siquier. (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. España: Síntesis.
- Brazelton, B., & Cramer, B. (1993) *La relación más temprana*. España: Paidós.
- Bromfield, R. (2005) Terapia de juego psicoanalítico. En Ch. Schaefer, (Ed.), *Fundamentos de terapia de juego*, (1ª ed.) México: Manual Moderno.
- Buck, J. (1995). *H-T-P Manual y guía de interpretación de la Técnica de Dibujo Proyectivo*. México. Manual Moderno.
- Burlingham, D. (1973). El análisis infantil y la madre. En G. Biermann, (Ed.) *Tratado de psicoterapia infantil-2* , pp 670-675. España: Espaxs.
- Cornejo, L. (1997). *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Desclée De Brower.
- Cueli, J. (1989). *Psicoterapia social*. México: Trillas.



- Delgado G., Porrás, K. & Rodríguez, E. (2008). *La terapia de juego centrada en el niño (a), experiencias y reflexiones*. Prometeo n. 56.
- Dio, E., (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. España: Paidós.
- Dolto, F. (1974) *Psicoanálisis y pediatría*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (1987a) *Seminario de psicoanálisis de niños Vol- 1*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (1987b) *Seminario de psicoanálisis de niños Vol- 2*. México: Siglo XXI.
- Drewes, A. (2012) Terapia de juego integrativa. En Ch. Schaefer, (Ed.) *Fundamentos de Terapia de Juego*, (2ª ed.) (pp. 349-362) México: Manual Moderno.
- Dührssen. A. (1984). *Psicoterapia de niños y adolescentes*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Epston, D. (1997). I am a bear: Discovering discoveries. En C. Smith y D. Nylund, (Eds.) *Narrative therapies with children and adolescents*, (pp. 53-70). Estados Unidos: The Guilford press.
- Esquivel, A.; Heredia, C.; & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México: Manual Moderno.
- Estrada-Inda, L. (2001) El papel de los padres en el tratamiento de los niños. En M. Salles, (Ed.). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*, (pp. 313-337). México: Plaza y Valdés.
- Feixas. H., & Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. España: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H., & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. España: Paidós.
- Fiorini, H. (2002) El concepto de foco. *En Teoría y técnica de psicoterapias*. (pp. 1-5) Argentina: Nueva vision.



-
- Flanagan, D., & Kaufman, A. (2010) *Essential of WISC-IV Assessment*. Estados Unidos: Series Editors.
- Flesler, A. (2011) *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Argentina: Paidós
- Freeman, J; Epon, D; & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños* España: Paidós.
- Freud, A. (1979). *Normalidad y patología en la niñez*. México: Paidós.
- Freud, S., (1972) *Tres ensayos sobre teoría sexual*. España: Biblioteca Freud.
- Freud, S., (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años. Obras completas X. Argentina: Amorrortu.*
- Friedberg, D., & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. México: Paidós.
- Gammill, J. (2003). Contratrtransferencia hacia los padres. En Claudine Geissmann y Didier Housel, (Eds.), *Psicoterapia del niño y del adolescente*, (pp. 549-571). Madrid: Síntesis.
- Geissmann, C., & Geissmann, P. (1992). Historia del psicoanálisis infantil. España: Síntesis.
- Green, V., (2003). El trabajo con los padres. En C. Geissmann y D. Housel, (Eds.), *Psicoterapias del niño y del adolescente*, (pp. 573-586). Madrid: Síntesis.
- Gil, E., & Sobol, B., (2000) Engaging families in therapeutic play. En Evverett Bailey, (Eds.), *Children in therapy, using the family as a resource*, (pp. 341-382). Estados Unidos: Norton.
- Hammer, E. (1992) Interpretación del contenido de la técnica proyectiva gráfica Casa-Árbol-Persona. En E. Hammer, *Tests proyectivos gráficos*. México. Paidós.
- Houzel, D. (2000). Convertirse en padres. En C. Geissmann y D. Houzel, *El niño, sus padres y el psicoanalista*, (pp. 311-327). Madrid: Síntesis.



- Jardón, L. P. (1997) *El papel de los padres en la terapia del juego no directiva*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kazdin, A., Whitley, M., & Marciano, P. (2006) Child-therapist and parent-therapist Alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. Inglaterra. *En Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47 (5), 436-445.
- Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. España: Paidós
- Knell, S., (2012) Terapia de juego cognitivo-conductual. En Ch. Schaefer, (Ed.), *Fundamentos de Terapia de Juego*, (2ª ed.). (pp. 331-328). México: Manual Moderno.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy, the art of the relationship*. Estados Unidos: Bruner-Routledge.
- Laplanche J., & Pontalis J. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. México: Paidós.
- Levy, A., (2012) Enfoque psicoanalítico de la terapia de juego. En Ch. Schaefer, (Ed.), *Fundamentos de Terapia de Juego*, (2ª ed.), (pp. 41-58). México: Manual Moderno.
- López, M., & León, N. (2001). Historia y orientación del tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes. En M. Salles, (Ed.). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*, (pp. 19-60). México: Plaza y Valdés.
- Lluis, J., (2006). *Test de la Familia*. España. Oikos-Tau ediciones.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (2002). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*: Enlace Editorial.
- Mannoni, M., (1965) *La primera entrevista con el psicoanalista*. Argentina: Gedisa.



-
- Meth, R. (2000). Involving fathers in children's therapy. En Everett Bailey, (Ed.), *Children in therapy, using the family as a resource*, (pp. 383-406). Estados Unidos: Norton.
- Mijolla, A., & Mijolla-Mellor, S. (2003). *Fundamentos del psicoanálisis*. España: Síntesis.
- Naidu, T., & Behari, S. (2010). The parent-child-therapist Alliance. *En Journal of child and adolescent mental health*, 22 (1); 41-50. Sudáfrica.
- Norcross J., Karpiak C., & Lister K. (2005) *What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologist*. *Journal of Clinical Psychology* Vol. 61 (12) 1587-1594.
- Nuricumbo, R. (2006). *La intervención de los padres en el proceso psicoterapéutico de niños y un preadolescente*. Tesis de maestría, Programa de Posgrado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ortigues, M., y Ortigues E. (1987) *Cómo se decide una psicoterapia de niños*. Argentina: Gedisa
- Palacio, F. (2003). Las psicoterapias padres-hijos. En C. Geissmann y D. Housel, (Eds.), *El niño, sus padres y el psicoanalista*, (pp. 863-878). Madrid: Síntesis.
- Reca, T. (1976). *Psicoterapia en la infancia*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Ruberman, L. (2009). Working with parents: implications for individual psychotherapeutic work with children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 63 (4), 345-362.
- Rustin, M. (2003). El diálogo con los padres. En C. Geissmann y D. Housel, (Eds.), *Psicoterapias del niño y del adolescente*, (pp. 587-604). Madrid: Síntesis.
- Simons, V., & Freedman, J. (2000). Witnessing bravery: narrative ideas for working with children and families. En E. Bailey, (Ed.), *Children Therapy, using the family as a resource*, (pp. 20-45). Estados Unidos: W-W. Norton & Company.



-
- Smith, C. (1997). Comparing traditional therapies with narrative approaches. En C. Smith y D. Nylund, (Eds.) *Narrative therapies with children and adolescents*, (pp. 1-52). Estados Unidos: The Guilford press.
- Solís-Pontón L., Lartigue, T., & Maldonado-Durán M., (2006) *La cultura de la parentalidad*. México: Manual Moderno.
- Sweeney, D., & Landreth, G. (2012) Terapia de juego centrada en el niño. En Ch. Schaefer, (Ed.) *Fundamentos de Terapia de Juego*, (2ª ed.), (pp. 129-152). México: Manual Moderno.
- Sutton, A., y Hughes, L. (2005). The psychotherapy of parenthood: towards a formulation and evaluation of current work with parents. *Journal of child psychotherapy*, 31 (2), 169 – 188.
- Taylor, A. (2012). La terapia de juego narrativa. En Ch. Shaefer, (Eds.) *Fundamentos de terapia de juego*, (2ª ed.), (pp. 239-249). México: Manual Moderno.
- West, J. (2000) *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- Winnicott, D. (1993) *Clínica psicoanalítica infantil*. Argentina: Lumen.
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y juego*. Argentina: Gedisa.



ANEXO 1. Evaluación psicodignóstica

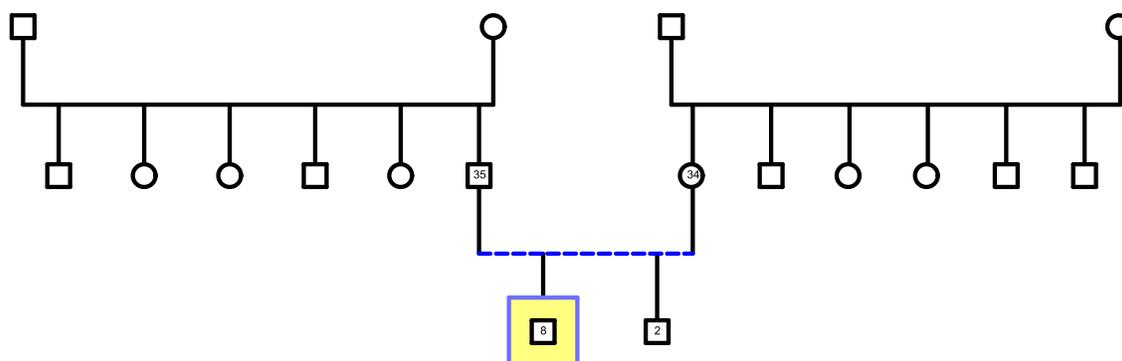
I. Ficha de identificación

Nombre	José
Edad	8 años 7 meses
Fecha de nacimiento	25 de agosto del 2002
Escolaridad	3 ^o de Primaria
Sexo	Masculino
Lugar en la familia	Primogénito

Datos de los padres

	Madre	Padre
Nombre	A	S
Edad	34 años	35 años
Ocupación	Hogar	Agricultor
Escolaridad	Técnica en enfermería	Primaria

Familiograma



II. Motivo de consulta

La madre de José refiere que él presenta conductas agresivas, le han hablado en dos ocasiones de la escuela porque golpea a compañeros. Ha bajado de calificaciones en la escuela, su promedio bajó de 9.8 a 7 y 6. Se niega a hacer sus tareas, pierde los útiles, no pone atención en clase. Al respecto, refiere la madre que José le ha dicho que “por más que me quiero concentrar, no puedo”.



Sus padres le llaman constantemente la atención pero “parece que no le importa”. La conducta agresiva y desafiante de José empezó a presentarse hace dos años con el nacimiento de su hermano. Anteriormente era un niño tranquilo, según refiere la madre. José se come las uñas, le sigue con “los pellejitos”, se jala las uñas de los pies. Sus padres platican con él sobre su comportamiento. Con su hermano se muestra agresivo, su mamá dice que lo quiere, pero que juega brusco y se desespera porque no juega como él, “no entiende que lo puede lastimar”.

A José le cuesta trabajo socializar con las niñas, no le gusta juntarse con ellas, desde el kínder no le gustaba que estuvieran niñas en la mesa de trabajo donde él estaba; relata la madre que en una ocasión golpeó a una niña. Refiere también que le cuesta trabajo expresar su afecto.

A pregunta expresa de qué es lo que esperaban ambos padres de la terapia, respondieron que ayudar a guiar a su hijo, que se les oriente y saber qué origina su conducta agresiva.

III. Estructura familiar

José es el mayor de los dos hijos, su hermano M tienen 2 años de edad. Los padres de José son S (de 35 años) y A (de 34). Su hermano M tiene 2 años. Sus papás viven en unión libre desde el 2002, hasta hace dos años vivían en la casa de sus abuelos, actualmente viven en una casa los cuatro.

La mamá de José estudió una carrera técnica en enfermería y ejerció durante 5 años, primero en práctica privada, posteriormente en Médica Sur, dejó de trabajar cuando se casó (sic) con S.

El papá de José es agricultor, su horario de trabajo es variable según la temporada. Hay días que llega temprano a casa, trabaja del amanecer a las 10 u 11, otras ocasiones trabaja todo el día. Cuando tiene tiempo libre lo comparte con su familia.



IV. Historia del desarrollo

Prenatal

La madre de José tenía 25 años durante su embarazo. Había tenido quistes en los ovarios por lo que “no se quería ilusionar” con el embarazo. El padre tenía predilección porque fuera varón, ella pensaba que iba a ser niña, incluso ya tenía algunas cosas de color rosa. A los 6 meses de embarazo sufrió de gripe. Tuvo atención médica desde el primer mes y tomó ácido fólico y vitaminas.

Perinatal

El parto fue por cesárea ya que se le detuvieron las contracciones y le dijeron que ya había sufrimiento fetal. Pesó 2.700 kg. No recuerda la puntuación Apgar. Se atendió en una clínica pública en Topilejo.

Postnatal

José presentó reflejo de succión, reaccionó positivamente al arrullo y no presentó problemas de alimentación.

Desarrollo

Logró el control de esfínteres a los 3 años y 6 meses, relata la madre que no quería aprender y que lo dejó con la ropa interior mojada hasta que aprendió a avisar.

Desarrollo motriz

Equilibró la cabeza al año, se rodó a los 8 meses y logró sentarse con apoyo a los 6 meses. No se arrastró ni gateó. Logró la bipedestación a los 9 meses y la marcha al año 6 meses. No se caía con frecuencia, tampoco caminó de puntillas. Arrojó una pelota a los 8 meses, pedaleó un triciclo a los 2 años, se puso los zapatos a los 3 años, e abrochó las agujetas a los 4 y a los 6 logró abotonarse la ropa. La madre considera que su coordinación motora es buena aunque en ocasiones era torpe para el juego.



Lenguaje

Pronunció sus primeras palabras a los 10 meses y habló inteligiblemente al año y 2 meses. No presentó ningún problema en la adquisición del lenguaje y no lo presenta actualmente.

Sueño

José duerme solo en una cama, en el cuarto de los papás. No presenta ningún problema para dormir. Tiene miedo a la oscuridad.

Antecedentes de salud

A los 3 años presentó rotavirus; la madre no reporta ninguna otra enfermedad. Fue intervenido quirúrgicamente a los 3 años por un absceso de grasa. Actualmente no se encuentra bajo ningún tratamiento médico y cuenta con todas las vacunas.

Antecedentes escolares

Asistió a la guardería a los 2 años, reportan los padres que le jalaba el pelo a otros niños. Ingresó al kínder a los 4 años pero no le gustaba porque la maestra les gritaba, por lo que sus padres lo cambiaron a otro jardín de niños. Presenta bajo promedio escolar, hace las tareas por exigencia ya que no le gusta hacerlas. Se le dificulta español, cursa 3 grado.

Conducta

Sus padres lo describen como un niño activo, alegre, sociable, independiente, afectuoso, distraído, enojón, terco y que en ocasiones inventa cosas o cuenta mentiras. Relatan que es agresivo, responde a los padres –que no quiere realizar actividades que le piden, por ejemplo-, es opositorista –reta a los padres-, prefiere que le peguen (nalgadas) a que sus padres lo regañen y lo sermoneen. Presentó enuresis secundaria hace un año, la madre señala que se presentó en cuatro ocasiones. Actualmente presenta onicofagia.



Socialización

José busca la compañía de niños de su edad, defiende a los pequeños, hace amigos con facilidad, se lleva bien con sus compañeros de la escuela. En ocasiones pelea en el juego. Le gusta la bici y el futbol. Practica judo.

Disciplina

La disciplina no es constante por parte del padre, él tampoco castiga y lo sobreprotege. Ambos coinciden en que se apoyan en la disciplina. Ambos le brindan a José afecto y protección, también lo regañan a gritos. Los dos incumplen con castigos y amenazas.

José no tiene tareas en el hogar, juega futbol con su papá y con su mamá hace la tarea. En familia salen de compras.

V. Pruebas

WISC-IV

Calificación

Las puntuaciones obtenidas en las diferentes subpruebas del WISC-IV son las siguientes:

Puntuaciones por Índices

Escala	Punt. compuesta	Categoría	Percentil	Int. de confianza
Escala total	97	Promedio	42	92-102
Comprensión verbal	93	Promedio	32	87-100
Razonamiento perceptual	92	Promedio	30	85-100
Memoria de trabajo	99	Promedio	47	91-107
Velocidad de procesamiento	91	Promedio	27	92-102



Puntuaciones por subíndices

Índice	Subpruebas	Puntuación escalar	Categoría
Comprensión verbal	Semejanzas	7	Promedio bajo
	Vocabulario	10	Promedio
	Comprensión	9	Promedio
Razonamiento perceptual	Diseño con cubos	8	Promedio
	Concepto con dibujos	11	Promedio
	Matrices	7	Promedio bajo
Memoria de trabajo	Retención de dígitos	9	Promedio
	S. números y letras	11	Promedio
Velocidad de procesamiento	Claves	7	Promedio bajo
	Búsqueda de símbolos	10	Promedio

Interpretación

En el WISC-IV José obtiene un CI de Escala Total que se ubica en la categoría de Promedio. Se observa en todos los índices igualmente se encuentran en la categoría de Promedio lo que indica un desempeño aproximadamente uniforme.

Al valorar las subpruebas con mayor puntaje observamos que éstas son Concepto con dibujo, Números y letras y Vocabulario. La primera indica la capacidad de razonamiento abstracto, la segunda evalúa la capacidad de atención, memoria auditiva a corto plazo y la velocidad de procesamiento. La última evalúa la reserva de conocimientos del niño, su capacidad de aprendizaje, memoria a largo plazo y el grado de desarrollo del lenguaje.

Al aplicar la revisión de Flanagan y Kaufman (2010) se encontró que los cuatro índices así como la Escala Total son consistentes e interpretables. Con respecto a las habilidades cognitivas, se marcaron como interpretables la de Razonamiento fluido no verbal (Gf no verbal) y la de Memoria a corto plazo-adquisición y recuperación a corto plazo (Gsm).



El Gsm evalúa la habilidad para aprender y retener información inmediata y usarla en pocos segundos. Mide también la memoria de trabajo, la habilidad de retener temporalmente la información y realizar operaciones cognitivas que requieren atención dividida. Califica también la capacidad de recuperación inmediata y temporal de elementos ordenados tras una presentación simple. Relacionando lo anterior con los resultados de José, puede decirse que él cuenta con estos recursos antes descritos.

En el caso del Razonamiento fluido no verbal, puede decirse que José es capaz de procesar y utilizar información visual cuando se enfrenta a nuevas tareas. Esta habilidad cognitiva puede decirnos que José es predominantemente visual, por lo que una estrategia de aprendizaje para él sería permitirle que haga dibujos o diagramas cuando aprenda nueva información, proveerle de herramientas visuales como gráficas, tablas o dibujos cuando le enseñen conceptos verbales.

Test Gestáltico visomotor de Bender

(Revisión con Koppitz)

Puntuación: 5

Edad equivalente: 7 años 6 meses a 7 años 11 meses

Diferencia: 10 meses

Calificación

Errores	5
Círculo por puntos	Figuras 1, 3 y 5
Desintegración	Figura 5
Curvas por ángulos	Figura 6



DFH

1. Instrucciones

“Quiero que en esta hoja dibujes a una persona completa. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura o una figura hecha con palitos” (Fayne, Heredia y Lucio, 2007).

Indicadores del desarrollo

Indicador	Presente (√) o ausente (X)
Cabeza	√
Ojos	√
Nariz	√
Boca	√
Cuerpo	√
Piernas	√
Brazos	√
Cabello	√
Pies	X
Brazos 2 dimensiones	√
Piernas dos dimensiones	√
Puntuación obtenida (5-1)	4



Descripción de signos cualitativos

Indicador	Presente (√) o ausente (X)
Integración pobre de las partes	X
Sombreado de la cara	X
Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos	X
Sombreado de las manos, cuello o ambos	X
Asimetría marcada por las extremidades	X
Figuras inclinadas	√
Figura pequeña	X
Figura grande	X
Transparencias	X

Detalles especiales

Indicador	Presente (√) O ausente (X)
Cabeza pequeña	X
Ojos bizcos o desviados	X
Dientes	X
Brazos cortos	X
Bazos largos	X
Brazos pegados al cuerpo	X
Manos grandes	X
Manos omitidas	√
Piernas juntas	√
Genitales	X
Monstruo de figura grotesca	X
Dibujo espontáneo de tres o más figuras	X
Nubes	X



Omisiones

Indicador	Presente (√) o ausente (X)
Omisión de los ojos	X
Omisión de la nariz	√
Omisión de la boca	X
Omisión del cuerpo	X
Omisión de los brazos	X
Omisión de las piernas	X
Omisión de los pies	√
Omisión del cuello	√

2. Aplicación

¿A quién dibuja?

José señaló que el dibujo era él, que estaba jugando, pero no quiso dar más información. Tampoco quiso escribir una historia. Esta fue la segunda prueba aplicada, la primera de ellas fue el Bender. Sobre la segunda tampoco quería dar información, a la pregunta de que quién era dijo no saber, y al preguntarle a quién se parece o a quién le recordaba, dijo que a su mamá.

La simpleza de los dibujos puede estar relacionada con la actitud oposicionista que mostró durante la prueba.

¿Qué está tratando de decir?

Al dibujarse él mismo, se puede inferir que José busca autoafirmación. La carencia de detalles y la manera simple en la que realizó el dibujo puede reflejar su autoimagen, que se presenta como pobre e inadecuada. Relacionó el dibujo femenino con la figura materna, y por sus características podría decirse que se percibe hipervigilado por ella.



3. Interpretación

Según la revisión de Elizabeth Koppitz, la prueba del DFH de José muestra lo siguiente:

Área intelectual

De acuerdo con los indicadores esperados para su edad, José se encuentra en un nivel de maduración normal a normal bajo. Por otro lado, en la prueba del WISC-IV obtuvo una escala total de 97, que equivale a la categoría de promedio. Esquivel, Heredia y Lucio (2007) señalan que de acuerdo con los estudios de Koppitz, cuando el coeficiente intelectual de una prueba de inteligencia no corresponde a las calificaciones del DFH -que son más bajas-, podría pensarse que el niño está inmaduro o que puede tener problemas emocionales. Al respecto, los indicadores emocionales están presentes tanto en el DFH como en otras pruebas de José, como el HTP, Dibujo de la familia y C.A.T.

Lo anterior puede indicar que los fallos cognitivos reflejados en el DFH pueden responder a factores emocionales.

Emocional

Hay varios signos que se relacionan con una falta de equilibrio o inestabilidad, refleja la falta de una base firme que le dé seguridad emocional. Hay sentimientos de inadecuación. Es impulsivo, agresivo y muestra una falta de controles internos – pobre autorregulación-.

El dibujo muestra un conflicto latente entre el ello y el superyó, ya que José omite las manos en ambos dibujos, lo que indica un esfuerzo por contener la agresividad. Por una parte el ello busca descargar estos impulsos agresivos, y el superyó trabaja para reprimirlos.



HTP

Instrucciones

Se utilizó la instrucción de Buck: “Quiero que hagas el dibujo de una casa. Puedes dibujar el tipo de casa que quieras, hazlo lo mejor que puedas. Puedes borrar cuantas veces quieras. Puedes tomar el tiempo que necesites”.

La consigna se repitió con el árbol y la persona (en este orden).

Revisión de Buck / Hammer

Interpretación

Casa

José dibuja una puerta muy pequeña y despegada de la base de la casa, lo que indica según Buck (1995) aislamiento, inaccesibilidad, reticencia o inadecuación. Las ventanas sin vidrio pueden indicar hostilidad. El humo en la chimenea muestra la percepción de un ambiente familiar con ciertos problemas. La posición del dibujo muestra rigidez.

De acuerdo con Hammer (1992), el dibujo de la casa puede mostrar tres aspectos de la persona en el caso de los niños. El primero de ellos habla de la constitución de la persona, en este caso José proyecta aislamiento social e inaccesibilidad, rasgos que ha presentado en las sesiones de evaluación, ya que se muestra inaccesible, se rehúye contestar preguntas sencillas acerca de él mismo. El dibujo muestra inadecuación y hostilidad, que son motivos de consulta expresados por los padres.

En segundo lugar, el dibujo puede expresar la percepción del ambiente familiar según Hammer (1992) y Buck (1995). En el caso del dibujo de José el humo de la chimenea puede indicar la percepción de un ambiente familiar turbulento o con problemas, aunque José dibuja poco humo, no se descarta que el niño perciba así su ambiente, de acuerdo con su historia del desarrollo. En tercer lugar, el dibujo puede dar indicios de su relación con sus padres, en este caso el dibujo es pobre en



detalles y el sol fue dibujado pequeño y lejano, lo que puede indicar la percepción de una figura paterna alejada y disminuida.

Árbol

El árbol refleja según Hammer (1992), los sentimientos más profundos de la personalidad, señala que el tronco refleja la fortaleza básica de la personalidad y las ramas los recursos del individuo para obtener satisfacciones del medio. Koch (1952, citado en Hammer, 1992) habla de la línea de desarrollo del árbol desde abajo hacia arriba como un paralelo del desarrollo psíquico.

Tomando en cuenta lo anterior, puede decirse que José muestra fortaleza yoica, que se corrobora atendiendo a la historia del desarrollo y su actitud en las sesiones, donde muestra un buen sentido de la realidad, de juicio y de sí mismo; los resultados del WISC-IV, confirman a su vez procesos de pensamiento adecuados para su edad (memoria, concentración, conceptualización). Es quizá el control de impulsos uno de sus puntos débiles, rasgo que otros dibujos como el DFH, corroboran.

Con respecto al desarrollo psíquico revelado por el dibujo, puede verse un tronco fuerte, una estructuración yoica firme en los primeros años, pero una inadecuación para satisfacer sus necesidades que refleja en una copa pequeña. Lo anterior puede relacionarse con su historia de desarrollo, ya que los síntomas regresivos y el *acting out* –reflejado en su hostilidad, agresividad y oposicionismo- aparecen desde el nacimiento de su hermano hace dos años, cuando José tenía 6 años.

De acuerdo con la revisión de Buck, el dibujo de José muestra rigidez, necesidad de apoyo, aislamiento, dependencia, regresión e inadecuación. Elementos observados también en el dibujo de la casa.

Un dato importante es que en el interrogatorio, José señaló que el dibujo era femenino, y que las ramas parecían el cabello de una mujer, lo que puede hablar de una identificación inconsciente con la madre, quien sustenta la autoridad en su ambiente familiar.



Persona

En el dibujo de la persona en niños, Hammer (1992) señala dos posibilidades, la proyección de su autoconcepto o bien, la proyección de su deseo o de alguien que admire. En el caso de José dibujó a un primo de 10 con el que se identifica.

Según la revisión de Buck, el dibujo de José muestra rigidez (piernas juntas), tensión (intensidad del trazo) y agresión reprimida (manos en pétalo). Aspectos que concuerdan con el resto de los dibujos y con su historia de desarrollo. En el caso de la agresión, al parecer está presente en la vida del niño, y es además uno de los motivos de consulta, por lo que podría pensarse que no sería en todo caso reprimida, pero explorando este tema con José, al parecer sí hace un esfuerzo por tener estos impulsos, objetivo que en ocasiones logra y en otros no.

Un detalle importante del dibujo son los brazos abiertos, que podrían indicar necesidades afectivas y de contacto insatisfechas, lo que se corrobora en otros dibujos como el de la casa donde proyecta aislamiento, y en el de la familia, donde refleja distancia afectiva y problemas en la comunicación.

Área intelectual

Los indicadores de desarrollo obtenidos en la prueba del DFH son distintos a los que podría dar el dibujo de la figura humana del HTP -donde no omite ningún elemento esencial para su edad y donde se colocaría en un nivel normal de desarrollo . Lo anterior podría corroborar la hipótesis de que sus habilidades cognitivas y su nivel de desarrollo se ve limitado por la situaciones emocionales por las cuales atraviesa José.

Área emocional

De acuerdo con la interpretación de la prueba, José se muestra como un niño con fortalezas yoicas, refleja agresividad, hostilidad y represión de la agresividad, lo que puede mostrar conflictos en el ello y el superyó.



Su estado de ánimo es alegre, muestra expansión y buen nivel de energía, refleja también cierta rigidez. Entre los conflictos que más sobresalen en la prueba son el aislamiento social o afectivo, en especial con los miembros de su familia, también la dificultad para controlar sus impulsos, en especial la agresividad. Muestra también dificultad para obtener la satisfacción de sus necesidades.

HTP INTERROGATORIO POSTERIOR

CASA

¿cuántos pisos tiene la casa? Uno.

¿De qué está hecha la casa? Ladrillo.

¿Es tuya? ¿De quién es? Mía.

¿En la casa de quién estabas pensando cuando la dibujabas? Nada.

Si fueras el dueño de la casa y pudieras hacer lo que quisieras con ella ¿qué cuarto escogerías para ti? ¿Por qué? El de arriba. Porque es en el que hay más sombra.

¿Quién te gustaría que viviera en esa casa contigo? Mi hermano, mi papá, mi mamá, porque sí.

Cuando miras la casa ¿te parece que se encuentra lejos o cerca? Más o menos cerca.

¿Qué te hace pensar o recordar esta casa? Nada.

¿Es una casa feliz y amistosa? Sí.

¿Qué hay en la casa que te da esa impresión? Hay una familia unida.

¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensas eso? Sí. Porque algunas sí están iguales.

¿Cómo es el clima en el dibujo? Sábado, primavera, de día.



¿Qué tipo de clima te gusta? Cuando es de día, cuando hace calor.

¿Qué es lo que más necesita esta casa? Nada.

Si esto fuera una persona ¿Quién sería? Mi papá.

ÁRBOL

¿Qué clase de árbol es? Mejor hubiera hecho un pino. Es un manzano.

¿Dónde se encuentra realmente este árbol? En el campo.

¿Aproximadamente qué edad tiene el árbol? 8 años.

¿Esta vivo este árbol? Sí.

¿Qué hay en él que te da la impresión de estar vivo? Porque está verde.

¿A qué se parece más este árbol, a un hombre o a una mujer? Una mujer.

¿Qué hay en el árbol que te da esa impresión? Por las hojas, se parecen al cabello de una mujer.

¿Si fuera una persona en lugar de un árbol ¿hacia dónde estaría mirando? Al frente.

¿Cómo es el clima en este dibujo? Soleado, de día, en la mañana.

¿Es un árbol sano? ¿Qué te da esa impresión? Ya lo vi muchas veces.

¿Es un árbol fuerte? ¿Qué te da esa impresión? No lo tumbas tan fácil.

¿Qué es lo que más necesita este árbol? Nada.

¿A quién te recuerda este árbol? Nadie.

¿Alguien ha lastimado alguna vez a este árbol? ¿Por qué? Sí, porque unos niños le dan de patadas y le avientan piedras a los pajaritos.

Si esto fuera una persona quiñen sería? Mi mamá.



PERSONA

¿Es un niño hombre o una mujer? Hombre.

¿Qué edad tiene? 10 años.

¿Quiénes es? Mi primo Sergio.

¿Qué está haciendo? Jugando a correr.

¿En qué está pensando? En que le lastima el sol.

¿Cómo se siente? Bien.

¿Está sana esta persona? Sí.

¿Es feliz esta persona? A veces.

¿Qué te da esa impresión? Cuando juega.

¿Es así la mayoría de la gente? Sí.

¿Por qué? Con él es con el que juego.

¿Cómo es el clima en el dibujo? Calor.

¿Qué es lo que más necesita esta persona? Nada.

¿Alguien ha herido alguna vez a esta persona? Sí. ¿Cómo? (No contestó)

DIBUJO LIBRE

1. Instrucciones

“Te voy a pedir que en esta hoja hagas un dibujo, como tu quieras, de este material (se señalaron colores, crayolas y acuarelas) puedes utilizar el que gustes.”



2. Interpretación

Qué trata de expresar

José se mostró reacio a realizar el dibujo libre. Se le dio la consigna y titubeó, preguntó que qué podría dibujar y dijo no saber qué hacer, que no le gustaba dibujar. Se le animó a expresar lo que él quisiera. Es probable que este opositorismo se haya reflejado en la simplicidad del dibujo.

De forma retadora dijo que dibujaría un cerdo, daba la impresión de esperar un comentario de rechazo a su propuesta. Se le animó a dibujar lo que él quisiera y dibujó un cerdo con el pelo parado y de color morado.

José relata una historia donde señala que era un puerquito rebelde al que rechazaban sus amigos, el puerquito se preguntaba por qué no le hacían casos sus amigos, cambió y ya le hicieron caso. De acuerdo con el dibujo y la historia, José se siente diferente, rebelde e incomprendido. Tiene que cambiar para ser aceptado.

Realiza un dibujo antropomórfico por lo que desplaza hacia la figura de un animal sus propios impulsos y su sentido de inadecuación. Un cerdo es comúnmente visto como sucio o negativo, pero a la vez es un animal parecido al humano.

Nivel de madurez

José realiza un dibujo primitivo, que pareciera ser de un niño más pequeño. Estos rasgos regresivos aparecen en otras pruebas proyectivas.

Control de impulsos

Según el tema del dibujo y la historia narrada, José muestra impulsos agresivos y tiende a ser impulsivo, rasgo que puede verse también por la rapidez de los trazos realizados.



Rasgos de personalidad

Se muestra impulsivo, inadecuado, rebelde, inconforme, distinto a los demás y rechazado.

Cómo se comporta o relaciona frente a los demás

La historia muestra a un personaje desafiante, rebelde, defensivo pero que tiene que cambiar o ceder para ser poder ser aceptado.

Autoconcepto

Su autoconcepto además de verse como agresivo e inadecuado, en este dibujo se muestra devaluado (por identificarse con la figura del cerdo) e incompleto, José sólo dibujó la cara del cerdito.

Manejo de afectos

José parece estar al pendiente de lo que dicen los demás. Por una parte le importa la aceptación y le preocupa sentirse inadecuado, por otra busca diferenciarse, conservar características únicas o distintas, estas partes se muestran en conflicto puesto que tiene que renunciar a algo, ceder, cambiar para poder ser aceptado.

Colores

El uso de colores es pobre, hay adecuación del color rosa con el que se identifica al cerdo, pero hace un uso no convencional con el morado, con el que pintó el cabellos del cerdito y con el verde con el que le pintó un cuerno.

3. Conclusiones

Área intelectual

El dibujo es simple, carente de detalles, por lo que puede verse como un dibujo regresivo. Lo anterior concuerda con las discrepancias del DFH y el HTP, donde en el primero muestra un nivel de maduración menor a la que muestra en el segundo.



Esta regresión también es incongruente con la capacidad intelectual mostrada en los resultados del WISC-IV.

Área emocional

José muestra un autoconcepto pobre, se ve a sí mismo como rebelde, inadecuado y rechazado. Muestra impulsividad y agresividad, tanto por la manera de los trazos como por lo inferido en la historia.

En el dibujo habla de una capacidad de adaptación al renunciar a algo, al tener que cambiar para ser aceptado, esto puede ser una habilidad que tiene, o una habilidad que desea o busca desarrollar. Los principales conflictos mostrados son la dificultad de relacionarse, debido tal vez a su poca capacidad en el control de sus impulsos.

Esta inadecuación y la agresividad reprimida es una constante en las pruebas gráficas, rasgos observados también en las sesiones, como el oposicionismo y la negativa al darle las instrucciones de las pruebas.

DIBUJO DE LA FAMILIA

1. Instrucciones

“En esta hoja voy a pedirte que dibujes a tu familia” . La instrucción va en el sentido que sugieren Esquivel, Heredia y Lucio; y Lluís, Porot y Korbman (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).

2. Aplicación

Observaciones: Se le repite la instrucción porque dice no entenderla. Se le repiten exactamente las mismas palabras y dice ya entender. Verbaliza “¿cómo puedo dibujar a mi mamá?”. Borra a la figura que representa a la mamá . Marca los trazos con fuerza.

Cuestionario posterior: José responde que la persona más buena en su familia es su abuelito porque los saca a pasear, y no hay alguien que no sea bueno. Refiere que le gustaría que su abuelita cambiara, que no fuera tan regañona, refiere que él y



su hermano “hacen algo” y ella les grita. Quisiera que su abuelito no estuviera enfermo y le gustaría que su papá fuera más alegre. Cuando los padres se pelean él y su hermano se van a ver la televisión. Dice que su hermano es el más feliz porque juega con sus juguetes (los de José). Refiere que su papá es el menos feliz porque él y su hermano le hacen maldades (le brincan en la cama o le avientan la pelota) y llega muy tarde de trabajar.

2. Interpretación de acuerdo con Lluís Font

A. Características generales del dibujo:

a) Tamaño: José realiza dibujos pequeños.

b) Emplazamiento: el emplazamiento del dibujo de José es peculiar, ya que no dibujó a los miembros de su familia de manera lineal, sino que lo hizo en tres niveles, en el primero de ellos colocó a su papá, su mamá y a su hermano (en ese orden), en el segundo a sus abuelos (abuelo y abuela) y en el tercero a él. Los integrantes de la familia se extienden abarcando la mayor parte de la hoja.

c) Sombreado: El sombreado aparece en algunos de los integrantes, como el papá, el abuelo y la abuela. Las partes sombreadas son todas en el cabello, lo que puede indicar ansiedad, quizá con esos miembros de la familia.

d) Distancia entre los personajes: En este caso la distancia es considerable entre todos los miembros, en especial él, quien se dibuja separado del resto, lo que puede indicar la distancia afectiva que percibe. Los personajes están representados en planos distintos, que indica una falta de comunicación entre ellos.

B. Valorización

Dibuja al padre en primer lugar, lo esperado para niños en etapa de latencia como él. Es posible que lo vea como una figura principal, y que trate de identificarse con él. Se dibuja a sí mismo en el último lugar y en un tercer nivel, lo que indica desvalorización.



C. Componentes jerárquicos

No dibuja a los padres en bloque parental y los representa con una distancia considerable entre ellos, lo que puede reflejar la manera en la que él los percibe: distantes, poco unidos y separados afectivamente. No sigue el orden esperado en el bloque fraterno; dibuja a su hermano menor en el mismo nivel que sus padres, y él se representa al final, lo que indica rivalidad fraterna de la cual la madre hizo referencia en la historia del desarrollo.

3. Interpretación con los indicadores de Louis Corman

Plano gráfico

- a) Fuerza del trazo: José imprime fuerza en sus trazos lo que puede indicar pulsiones poderosas, audacia y agresión.
- b) Amplitud: En este dibujo predominaron los trazos cortos que indican una inhibición de la expansión vital y una tendencia a replegarse en sí mismo. Estos trazos cortos se observaron en los dibujos de la familia y familia en movimiento, a diferencia de otros dibujos como el libre, de la figura humana y del Casa, Árbol, Persona, donde los trazos son amplios, lo que podría indicar que esta constricción en la expansión vital está relacionada con su entorno familiar.
- c) Ritmo: José repite trazos de las figuras humanas, como la rigidez en los brazos extendidos, las piernas juntas y las manos como pétalos e incompletas. Esta repetición puede hablar de una pérdida en su espontaneidad. A pesar de tener un “ritmo” similar, no son exactamente iguales ni del mismo tamaño, tampoco la posición revela rasgos obsesivos marcados.
- d) Sección de la página: El dibujo de José se extendió en toda la página.

Plano estructural



El dibujo de José muestra un predominio en las líneas rítmicas y estereotipadas, los dibujos tienen escaso movimiento y son colocados de manera aislada, lo que indica un tipo de estructura racional.

4. Conclusiones

Área intelectual

El dibujo refleja un nivel normal bajo, de acuerdo con los indicadores de Koppitz, ya que cuatro de las figuras no presentan pies, y dos de ellas sí. Tomando en cuenta los indicadores emocionales, se podría inferir que esta discrepancia se debe a estos factores, ya que en la prueba del DTVP-2 los resultados también se vieron influenciados por los aspectos emocionales y por la actitud ante la prueba. Con respecto a su madurez cognitiva en la escala Weschler para niños (WISC-IV) José obtuvo un puntaje normal, lo que puede confirmar la influencia emocional sobre su rendimiento en la prueba de la familia y del DFH.

Área emocional

De acuerdo con la revisión de la prueba, José se muestra como un niño con pulsiones poderosas, con energía y audacia, lo que corrobora lo observado en las sesiones así como su actitud en casa, según el reporte de sus padres. Contrario a este nivel de energía mostrado, el dibujo también refleja constricción en el área vital, por la baja amplitud de sus trazos, lo que puede indicar que la vida familiar es precisamente una de las áreas de conflicto. Para apoyar este punto podemos agregar dos observaciones: 1) su tono afectivo bajó durante elaboración del dibujo; 2) algunas de sus respuestas al cuestionario posterior giraron en torno al descontento con su familia, en especial con su padre a quien preferiría “ver más feliz”.

José percibe las relaciones en su familia como poco afectivas y con una comunicación escasa. Se observa a sí mismo en un lugar relegado y percibe preferencia de sus padres hacia su hermano menor, lo que refleja una rivalidad fraterna que tiende a encubrir. Percibe a sus padres como distantes y no los coloca



en un bloque parental, como es lo esperado. A pesar de dibujarse al final (muestra de desvalorización), lo hace al centro de la hoja, lo que da la impresión de que su dibujo está al centro del círculo familiar, lo que puede reflejar la atención que actualmente recibe, al buscarle asesoría psicológica.

Al dibujarse lejos del resto de los miembros de la familia, puede indicar que José se diferencia de ellos en busca de autoafirmación, que se relaciona con su actitud opositora.

Familia kinética

José dibuja a todos los miembros de la familia en la misma actividad. Los coloca en la mesa comiendo. Este dibujo es peculiar ya que lo hace tridimensional, la perspectiva es de ojo de pájaro (Buck), ya muestra la escena vista desde arriba, lo que puede indicar una sensación de omnipotencia, que en el caso de José puede verse de dos puntos: 1) su percepción de control relación con los miembros de la familia; 2) su deseo de entender la situación familiar.

A todos los dibuja comiendo. Los padres no figuran en primer lugar, a la cabeza de la mesa está la abuela, alrededor de la cual se junta el resto de la familia. En los segundos puestos (a la derecha y a la izquierda) coloca a su papá y a su hermano. Enseguida de su papá coloca a su mamá, y enseguida de su hermano se coloca él.

Las figuras son pequeñas, incompletas, sin rasgos, sólo dibuja esquemas cuadrados (parecen cruces con cabeza). El dibujo está emplazado en el centro de la hoja (como lo esperado).



Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A)

1. Descripción de las láminas

LAMINA 1

Había una vez unos pollitos que tenían hambre y sus mamá fue a buscar qué comer y al regresar les trajo de comer, y se fue a dar un paseo, y los pollitos empezaron a comer. Al ver que no llegaba su mamá se pusieron a jugar y después se empezaron a pelear. Uno se fue para un cuarto y los otros se fueron para el otro y ahí inventaron sus propios juegos, y el que estaba solito veía la televisión. Y ya.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
Los pollitos tenían hambre y la mamá les buscó comida	La figura materna cubre necesidades	
Se va de paseo y no vuelve	Pero también abandona	
Pollitos pelean, uno se va a su cuarto a ver TV y los otros inventan sus juegos	Agresividad lleva al aislamiento	

Notas clínicas: Cuando se le dieron las instrucciones del test puso resistencia verbal, dijo que no le gustaba hacer historias. No se le dijo nada y accedió a hacerlas cuando se le presentaron los estímulos

LÁMINA 2

Aaaah. Había una vez tres osos que estaban jugando a jalar la cuerda. Un día apareció, se encontraron a otro oso más pequeño y les dijo que si podía jugar. Le dijeron que no porque estaba muy chiquito, entonces él sin que lo dejaran jugar empezó a jalar y tiró y tiró al que estaba jalando. Fin. (T: ¿A quién tiró?). A este menso.



Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
No dejan jugar al oso pequeño por estar chico	Relegan al oso por ser pequeño, desestiman su fuerza	
Cuando lo dejan jugar gana y vence a otro oso	Cuando le permiten participar demuestra supremacía y vence	
Que es un menso	Denosta al oponente	
Notas clínicas: Se le pidió que señalara al personaje que había tirado el oso pequeño, señaló a uno de los osos grandes y dijo, “a este menso”, como denostándolo		

LÁMINA 3

Ese si no se. Había una vez unos animales, y una vez unos animales de la selva. El rey era un león viejo y ya le iba a dejar su trono a alguien, y todos se reunieron y escogió al león, después la rata empezó a chillar y el león se espantó y la rata se sentó en el trono, después llegó el gato y espantó al ratón y se sentó, después llegó el perro y espantó al gato y se sentó el perro, después llegó el caballo asustó al perro y se fue y desde entonces, y vino el león y espantó al caballo y se volvió a quedar en el trono (T: ¿el mismo león?). Sí, el mismo.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
El león era viejo e iba a ceder su trono	Figura paterna débil, que tiene que ser reemplazada	Dificultad para identificarse con la autoridad de la figura paterna por ser débil
Elige otro como él	No quiere reemplazarlo, sólo cambiar su debilidad	
La rata espanta al león	El personaje indefenso tiene poder sobre la autoridad, la “espanta”	
La rata es espantada, también el gato, el perro y el caballo	Este personaje no puede sustentar el poder	Formación reactiva: restituye a la autoridad en su lugar
El león vuelve al trono	Que le pertenece a la figura de autoridad y es restituido	



Notas clínicas: En un principio verbalizó su resistencia al decir “esa sí no sé”

LÁMINA 4

Había una vez dos hermanos canguros. Al más chiquito le gustaba ir en bicicleta y al más grande le gusta ir por fruta. Un día se separaron y se había perdido el más pequeño, al otro día fue su mamá y su papá a buscarlo y lo encontraron en una casa y estaba comiendo helado, se lo trajeron a su casa y vivieron felices para siempre.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
El canguro chico va en la bicicleta	Se identifica con el más pequeño	Regresión
Se separan y se pierde	Separación, distancia emocional, abandono	Aislamiento
La madre y el padre lo buscan	Rescate, resarcen abandono	
Estaba comiendo helado	Parece no importarle	
Lo llevan a casa y son felices	Desenlace esperado, estereotipado	

Notas clínicas: A pesar de ser el mayor (le lleva 6 años a su hermano) se identifica con el menor.

LÁMINA 5

¿Qué es eso? ¿Qué son? ¿Qué son? ¿topos? (No sé, ¿qué parecen?). Mm no sé. ¡Ranas! (Inventa la historia que tú quieras) Había una vez unos osos que estaban jugando en una casa prohibida y los dos, como eran traviosos se metieron a la casa y al ver que había una cuna y una cama se acostaron en la cama primero y dijeron que estaba muy dura. Y se sentaron en la otra cama y este, y ahí se quedaron a dormir. Cuando llegó la dueña, los hecho a patadas. (T: ¿Cómo es una casa prohibida?) Así, que no pueden jugar, que no pueden jugar cerca de ahí. (T: ¿De quién era la casa?) De una mujer.



Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
Los osos juegan en una casa prohibida	Se burla y resta importancia a las prohibiciones	
Eran traviosos	Se identifica como trasgresor	
Se acuestan en la cama y luego en la cuna.		
Los echan de la casa	Reciben castigo	

Notas clínicas: Menciona en varias ocasiones no saber qué son los personajes. No se le dice nada, hasta la tercera vez que pregunta, se le responde que qué cree que son. Da una respuesta ilógica. Al no recibir retroalimentación, señala lo que realmente son.

LÁMINA 6

Había una vez dos osos, un día tuvieron un hijo, y su hijo era muy travieso. Un día su mamá y su papá fueron a buscar comida y entonces el osito se salió y cuando regresaron sus papas no lo vieron y lo empezaron a buscar. Entonces fueron a buscar por todo el bosque, y lo encontraron arriba de una rama colgando. Lo bajaron y lo llevaron a su casa y fueron felices para siempre. Ay ya me cansé.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
Hijo travieso	Autoconcepto	Regresión
Papás salen a buscar comida y el hijo se sale	Abandono de los padres (abandono afectivo)	Aislamiento
Los papá lo buscan y estaba colgando de una rama	Padres lo rescatan, enmiendan su error	
Lo rescatan y son felices	Final feliz	

Notas clínicas: Esta es la tercera vez que refiere al personaje como travieso



LÁMINA 7

Oh oh oh oh. Yaaaa. Había una vez un tigre muy feroz, un día unos changuitos lo fueron a torear. Entonces él fue contra uno de los changuitos, el changuito le pegó, el tigre se le aventó y entonces se lo comió y desde ese día los changuitos ya no han vuelto a jugar con el tigre.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
Tigre feroz	Autoconcepto de fortaleza	Regresión
Los changuitos lo molestan y el tigre se comió a uno	Castiga, agrede a quien lo agrede	Agresión reactiva, defenderse (puede ser temperamento o conductas aprendidas)
Changuitos no molestan más al tigre	Agresión da resultado	Agresión reafirma su imagen fuerte

Notas clínicas: En su escuela identifican como agresivo, él se identifica con el tigre.

LÁMINA 8

Había una vez, cuatro changuitos. Uno de ellos era el papa, otro era la mamá, el otro era el hermano mayor y otro el hermano menor. Un día, el changuito chiquito se salió y se raspó toda la cara y entonces su hermano al llegar lo empezó a criticar, entonces el changuito fue a su cuarto y empezó a jugar a sus muñecos, y fue su hermano y le pidió disculpas y ya no le volvió a hacer nada.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
Los changuitos son familia	Identifica roles y límites	
El menor se sale y se raspa, el mayor lo critica	Agrede al hermano (rivalidad fraterna)	
Hermano le pide perdón	Le pide disculpas	Anulación retroactiva



LÁMINA 9

¿Qué es eso? Había una vez, tres conejitos, un día dejaron a su bebé en la cuna, y dejaron la puerta abierta. El bebé se bajó de la cuna y se puso a jugar con ella, la estaba aventando hasta que se machucó, y la llevaron al doctor y estaba llorando porque le estaban poniendo una venda, desde ese día ya no ha vuelto a jugar con la puerta.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
Papás dejan al bebé indefenso en la cuna	Padres descuidan y abandonan al niño	Aislamiento
Bebé se baja y juega con la puerta	Bebé transgrede normas, Hacer algo prohibido	
Se machuca la mano Los papás lo llevan a curar	tiene consecuencias dolorosas Padres reparar daño	
No vuelve a jugar	Aprende el castigo	

LÁMINA 10

¿Qué es eso? ¿Le están pegando? (T: No sé, tu cuéntame la historia) Había una vez dos perritos, un día un perrito se salió a jugar y se empezaron a pelear entonces su mamá lo metió y lo regañó y le dijo que si se volvía a pelear no lo iba a dejar jugar, entonces el perrito se volvió a salir, y entonces se volvieron a pelear su mamá lo metió y ya no lo dejó jugar. Y ay. Ya no se qué más. Ya se me fueron las ideas.

Tema descriptivo	Tema interpretativo	Nivel diagnóstico
Perritos juegan y se pelean Mamá los regaña y amenaza Se sale de nuevo y se pelea	Pelea Desobedece y vuelve a pelear Lo castigan	
La mamá lo castiga		



Resumen

1. Muestra preocupación por quedarse solo. Pese a que sus necesidades de alimentación están cubiertas, siente inseguridad de que se resuelvan sus necesidades efectivas. Teme al abandono. Responde a su ansiedad con peleas y agresividad. Considera a la madre como figura de autoridad.
2. Refleja temor al rechazo y miedo al abandono. Se muestra agresivo y busca compensar este miedo viéndose a sí mismo como vencedor.
3. Considera como débil la figura paterna. Revela deseos de cambiarla, luego la restituye en su lugar.
4. Se defiende del temor al abandono, restándole importancia. Muestra a figuras parentales que no lo cuidan, pero que lo salvan resarciendo su negligencia.
5. Transgrede normas, recibe castigo pero parece no haber arrepentimiento. La figura de autoridad es femenina, aunque sí hay castigo éste parece no ser severo.
6. Siente abandono y descuido, pese a que cubren sus necesidades de alimentación parece que las necesidades afectivas quedan insatisfechas.
7. Aprende a defenderse de los ataques con agresión. Se identifica con las figuras fuertes.
8. Refleja la rivalidad fraterna burlándose, pero luego pide disculpas. Se burla del hermano y le pide disculpas. Las figuras parentales no ejercen presión en él para discursarse, lo que habla de un superyó que en relación con su hermano funciona de manera severa, o de una fuerte introyección del rol fraterno.
9. Temor al abandono el que minimiza mostrando oposicionismo.
10. Ve a la figura materna como autoridad. No muestra temor al castigo y se observa a sí mismo como agresivo.



Impresiones diagnósticas del C.A.T.

Las historias revelan a un niño con un nivel de inteligencia promedio, que se ve a sí mismo como fuerte y agresivo. Prevalece en él un estado de ánimo alegre, aunque en ocasiones puede mostrarse ansioso.

Le preocupa el abandono y el rechazo, y utiliza el aislamiento como defensa a estos temores; también puede responder con agresividad o actuando contra las reglas y normas establecidas. Ve a la madre como figura de autoridad y a la figura paterna como débil, la cual le gustaría cambiar en algunos aspectos.

Refleja un pobre control de impulsos, especialmente los agresivos y pese a tener problemas con las figuras de autoridad, no le causa mucha culpa romper las reglas. Puede mostrarse regresivo especialmente cuando no siente que sus necesidades afectivas son satisfechas. Responde a la rivalidad fraterna a través del mecanismo de anulación.

José se presenta a sí mismo con un niño agresivo, opositor y que busca defenderse de agresiones, en sus historias abundan las peleas del personaje principal (láminas 1, 2, 8 y 10).

Se muestra regresivo y se identifica con la posición de hermano menor (lámina 4); desvaloriza a la figura paterna la cual le gustaría cambiar (lámina 3). Su preocupación por el abandono puede verse en las láminas 1, 4, 6 y 9, donde también presenta a unos padres que no lo cuidan lo suficiente, especialmente en sus necesidades afectivas. Transgrede las reglas para ser luego “rescatado” por sus padres (láminas 6 y 9). Utiliza la anulación reactiva con su hermano (lámina 8) y con la figura paterna (3).

José desvaloriza al bloque parental, el cual omitió en la lámina 2 y a pesar de que los menciona en la lámina 8, no tienen participación activa en la historia. Entre sus principales recursos se encuentra su capacidad cognitiva y su inteligencia observada en su manera de contar las historias y la resolución de las tramas (capacidades corroboradas con el WISC-IV).



Conclusiones

De acuerdo con las pruebas aplicadas y las observaciones hechas durante la evaluación, puede decirse que José es un niño con un nivel de inteligencia promedio, aunque en ocasiones sus capacidades cognitivas pueden verse disminuidas por factores emocionales. Cuenta con recursos cognitivos, es capaz de mantener una imagen de sí mismo y tienen buen sentido de la realidad. También maneja un buen nivel de energía, prevalece en él un estado de ánimo alegre, aunque en ocasiones puede mostrarse ansioso.

Un indicador común en las pruebas es la agresividad y la dificultad que muestra en el control de impulsos. José hace esfuerzos por contener esta agresividad, y aunque a veces lo logra, otras veces emerge esta agresividad en forma de peleas o riñas – principalmente con sus compañeros- o mostrando oposicionismo ante las demandas de sus padres.

José refleja sentimientos de inadecuación, tal vez por esta falta de control de impulsos. Se puede sentir rechazado por lo que es capaz de ver la necesidad de cambiar o ceder para obtener reconocimiento social.

Proyecta también una falta de equilibrio, inestabilidad e inseguridad emocional, especialmente cuando se trata de su vida familiar, donde percibe las relaciones como poco afectivas y con una comunicación escasa.

José puede sentirse incomprendido o que no tiene un lugar importante en su familia, aunque le gustaría tener un lugar preponderante, lo que puede relacionarse con la rivalidad fraterna que presenta desde el nacimiento de su hermano. José fue hijo único durante 6 años, y al parecer la llegada del hermano ha apartado la atención de él, lo que le causa conflicto.

Ante la rivalidad fraterna reacciona de diversas maneras. En ocasiones puede tener un temor al rechazo y el abandono, donde utiliza el aislamiento como defensa. En otras puede afrontar la situación de forma regresiva, queriendo obtener privilegios del



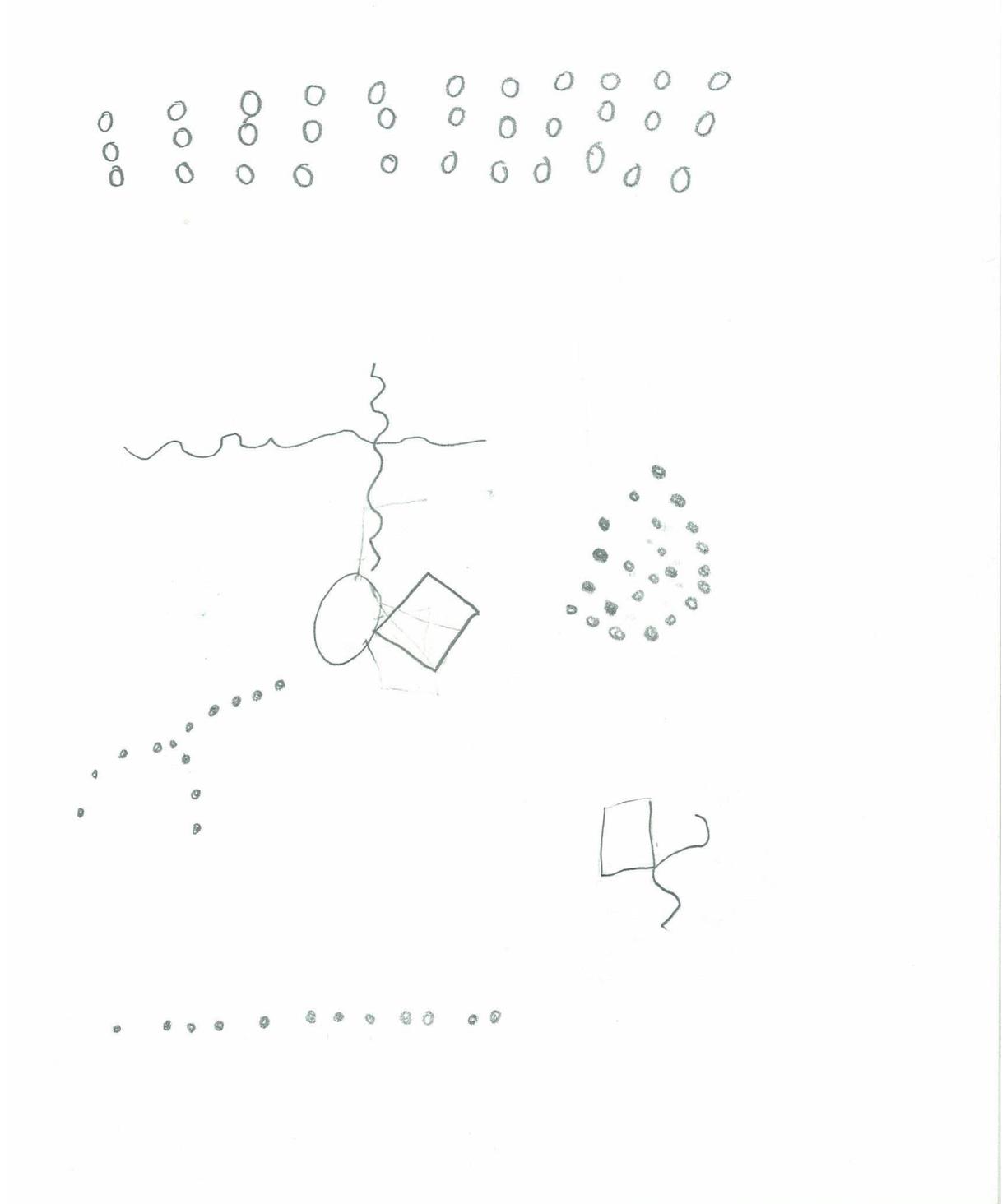
hermano menor; otras utiliza la formación reactiva, preocupándose por el cuidado del hermano.

La agresividad y el oposicionismo pueden relacionarse también en esta respuesta ante el temor de abandono que le causa la presencia y la atención que se le da al hermano menor. José puede intentar diferenciarse y autoafirmarse, aunque para ello utilice formas agresivas que desfavorecen su relación tanto con los padres como con sus pares, acentuando su sentido de inadecuación.



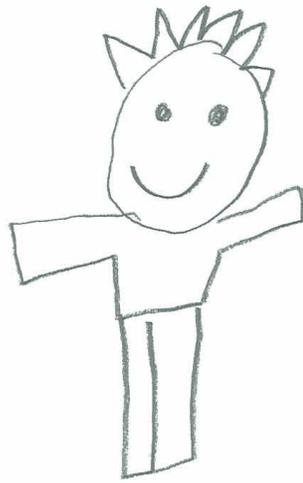
ANEXO 2 PRUEBAS GRÁFICAS

Bender





Dibujo de la figura humana. Dibujo 1



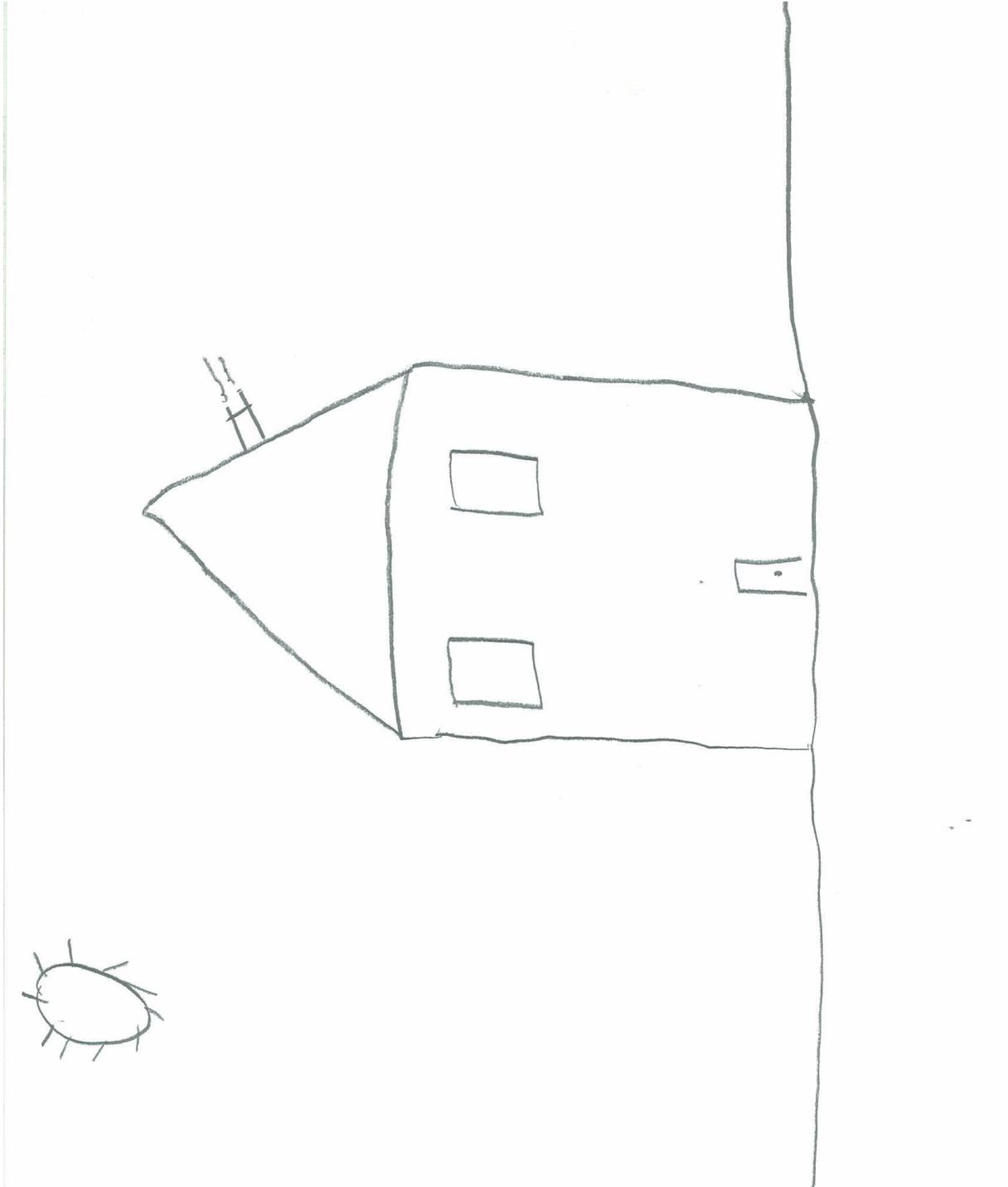


Dibujo de la figura humana. Dibujo 2



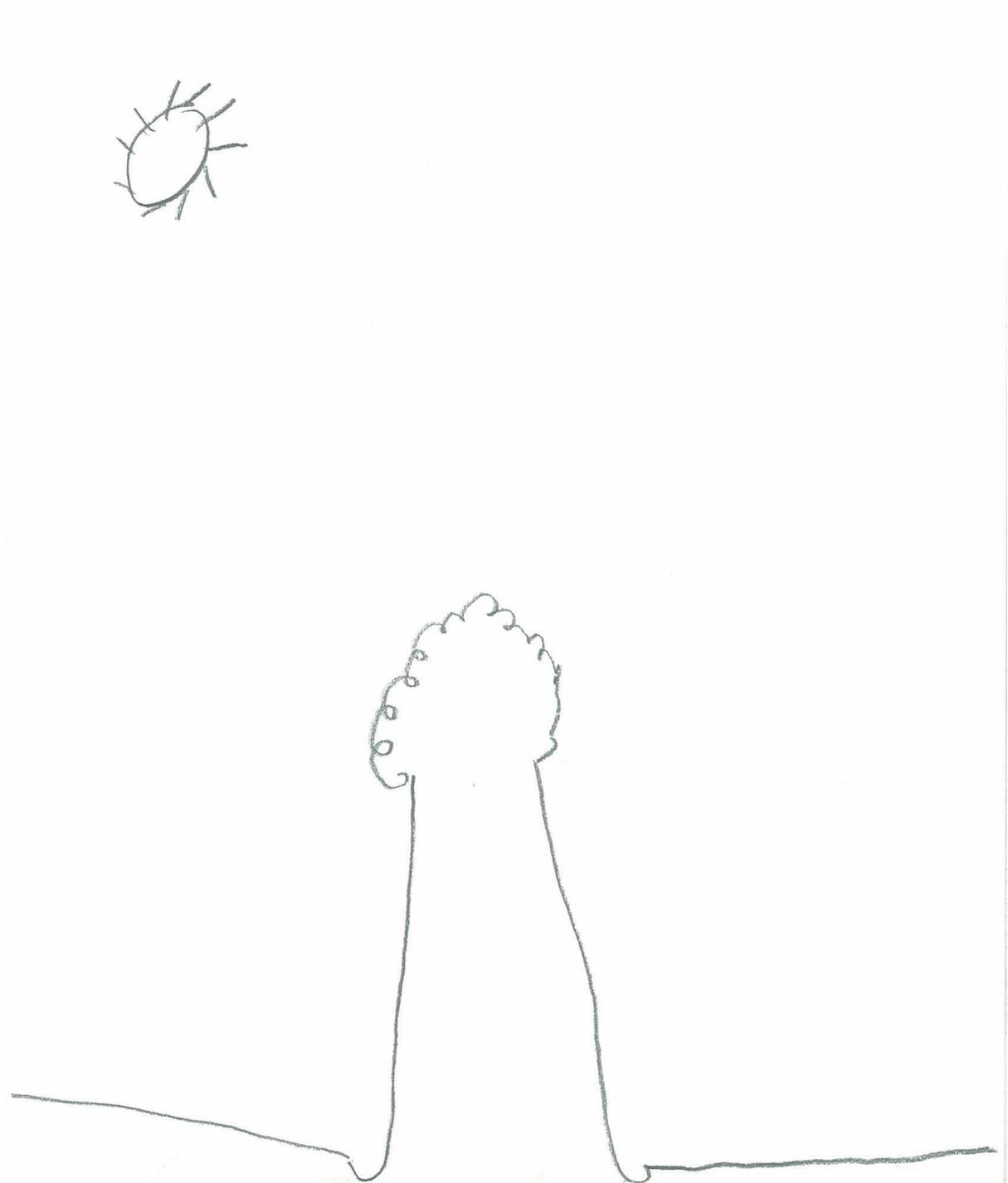


Casa-Árbol-Persona Dibujo de la casa



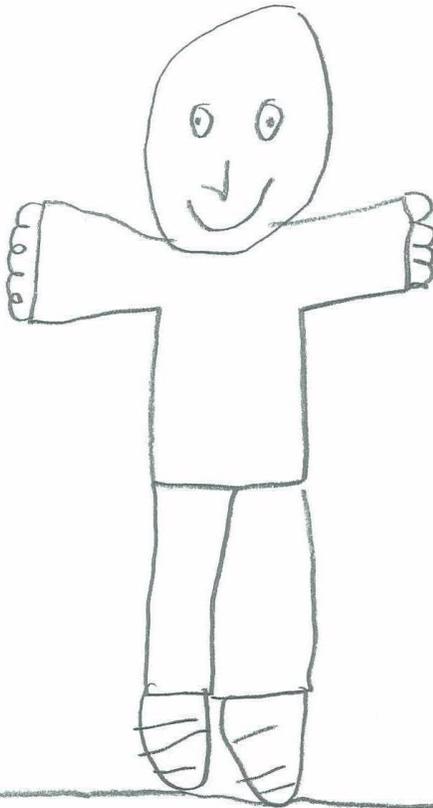
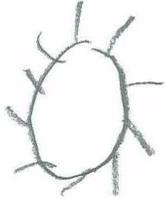


Casa-Árbol-Persona. Dibujo del árbol



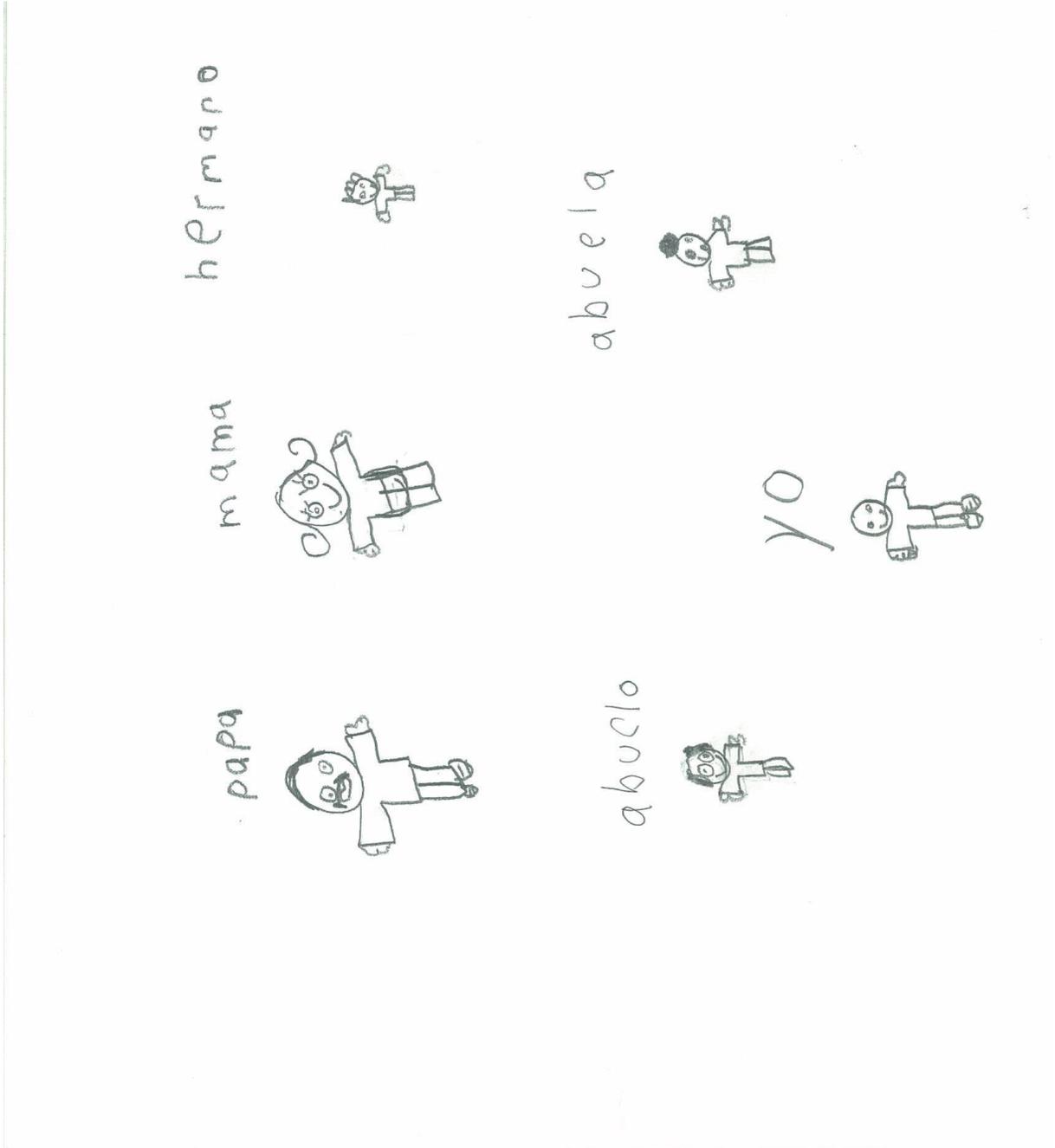


Casa-Árbol-Persona. Dibujo de la persona



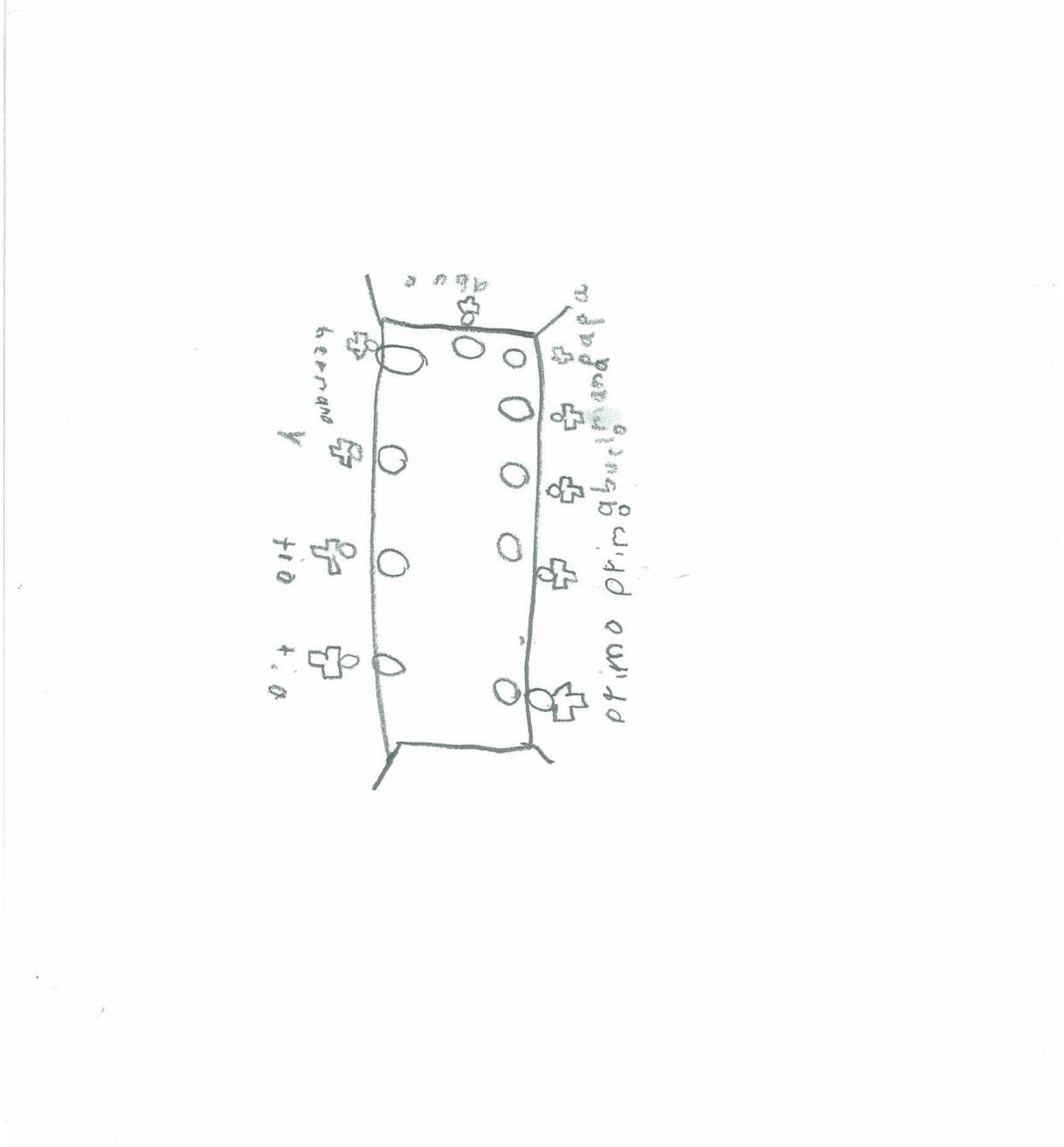


Dibujo de la familia



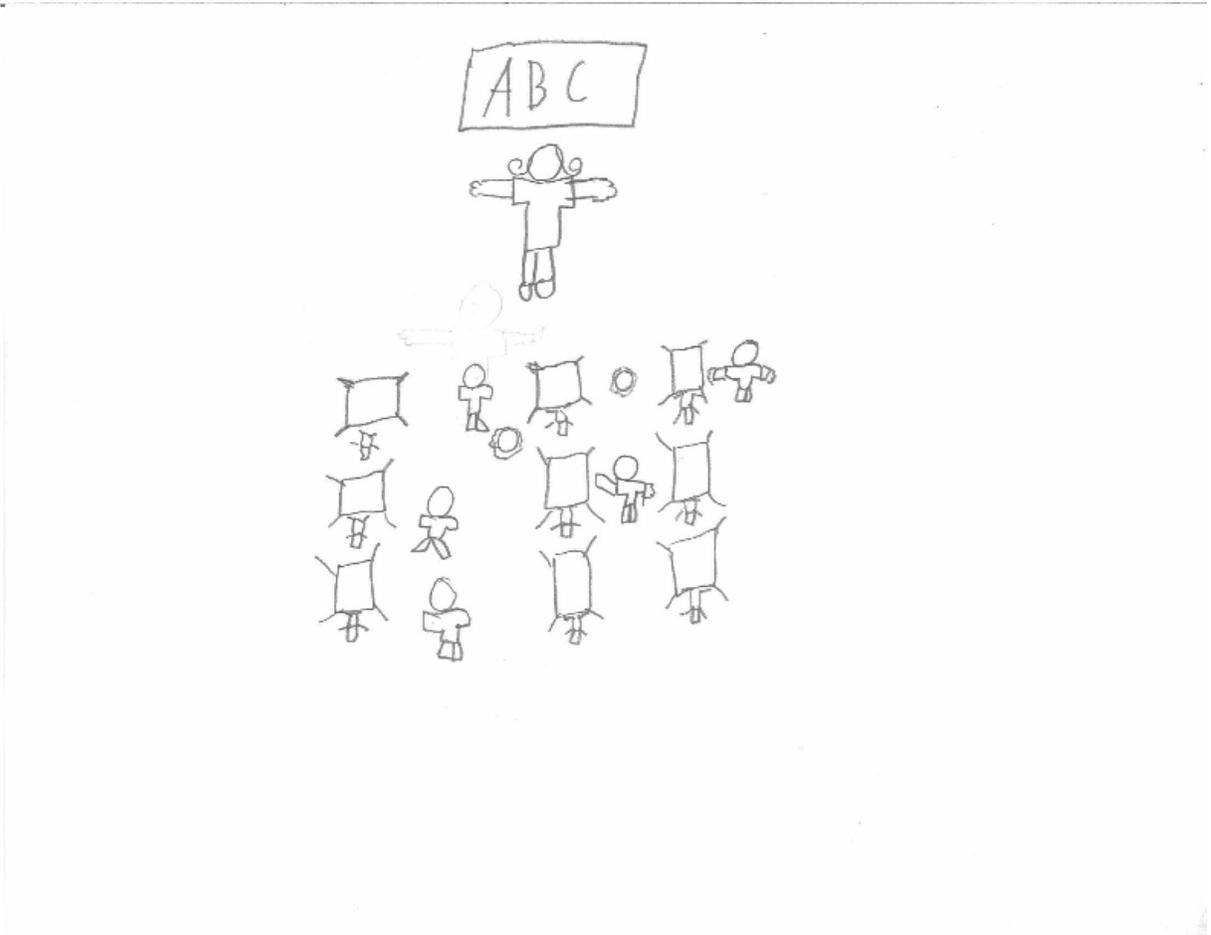


Dibujo de la familia kinética



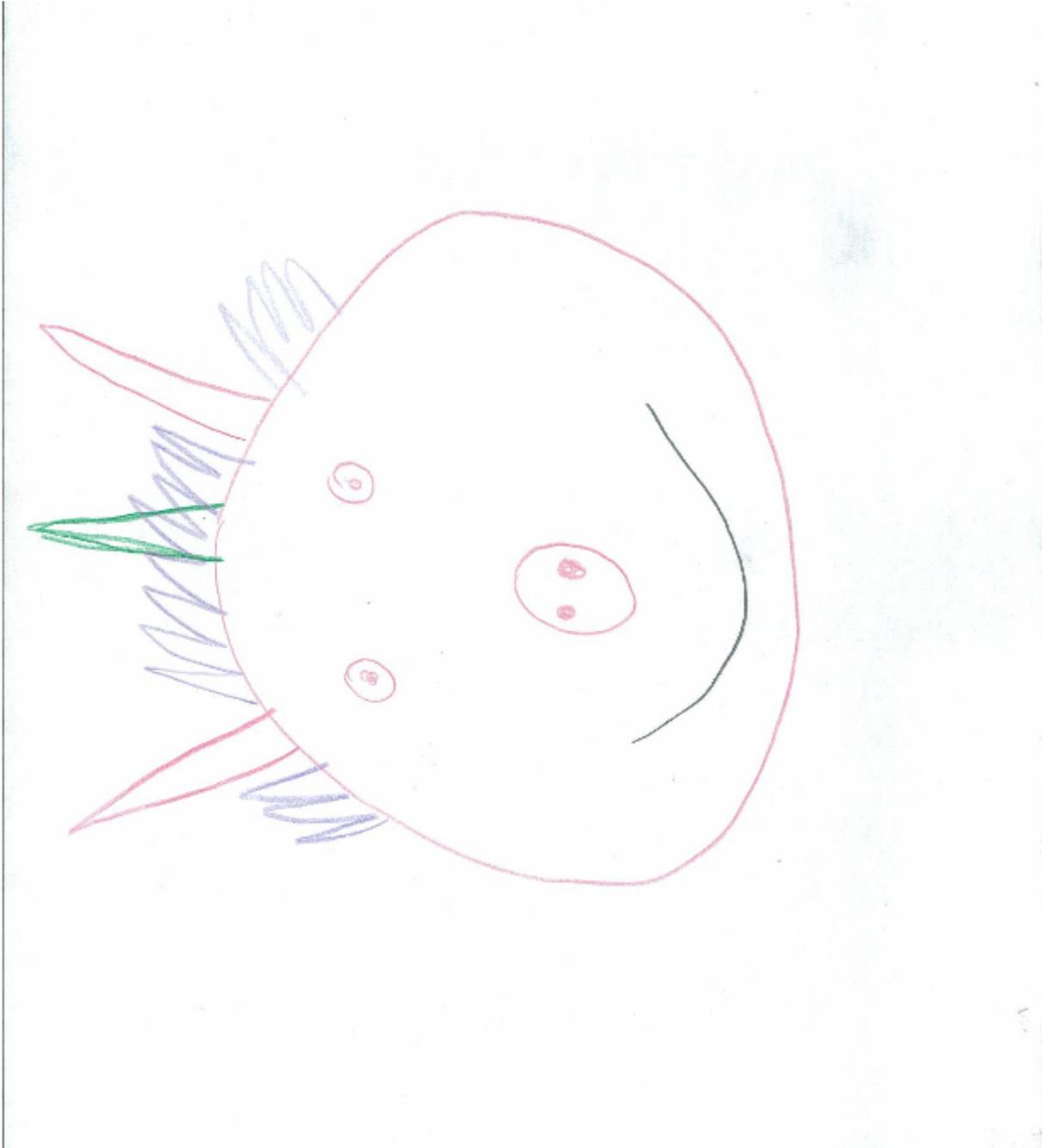


Motivo de consulta





Dibujo libre. "El puerquito rebelde"





ANEXO 3 Diploma





ANEXO. 4 Carta

México D.F. a 14 de marzo del 2012

Hola José

Hace poco más de un año te conocí, cuando iniciaste tu terapia. Después de las primeras sesiones me di cuenta que eres un niño listo, activo, que le gusta jugar y competir.

Recuerdo también que a veces te enojabas, en casa o en la escuela, y te costaba trabajo saber qué hacer con ese enojo, lo cual en ocasiones te traía dificultades con tus papás o con tus maestros.

Durante tus terapias pude ver que poco a poco podías darte cuenta de tus sentimientos, podías escucharte a ti mismo. A veces te podías sentir alegre, otras preocupado, otras triste o enojado, pero cualquiera que fuera tu emoción, la sabías reconocer, que me parece que es el primer paso para saber qué hacer con ellas. Después pudiste expresarlas, decir cómo te sentías y eso te ayudó a decidir qué hacer o qué no hacer.

Me parece que has crecido mucho, no sólo por fuera, sino también por dentro. Te diste cuenta de que posees creatividad, que al observar a los demás puedes imaginar qué es lo que otros sienten, y que puedes hacer algo con ello.

Ahora eres un niño más seguro de sí mismo, que sabe muchas de sus cualidades, y que también reconoce las cosas no tan buenas. También estoy seguro que seguirás descubriendo muchas cualidades más, y que podrás aprovecharlas en tu beneficio.

Tus sesiones llegan a su fin, pero eso no significa que todo esté hecho, al contrario, creo que seguirás creciendo, aprendiendo cosas nuevas de ti y sobre todo, disfrutando de la vida, y creo que lo harás muy bien por tu cuenta, porque has demostrado ser fuerte, valiente y lleno de energía.



Te doy las gracias por dejarme conocerte, y dejarme acompañarte en este espacio de tu vida. Me has enseñado a ser un mejor psicólogo, a entender mejor lo que un niño siente y piensa. Me voy a acordar de ti, estoy seguro de que si te encontrara en un futuro, me encontraría con una persona segura de sí misma, orgullosa de quien es, y que está dispuesta a enfrentar nuevos retos con valentía y mucho entusiasmo.

Con aprecio

Salvador