



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

**“PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN UN NIÑO CON ESPINA BÍFIDA:
ESTUDIO DE CASO”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
ITZEL FLORES CRUZ**

**TUTORA:
MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ**

**COMITÉ TUTORIAL:
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
DRA. FABIOLA ZACATELCO RAMÍREZ
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

MÉXICO, D. F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, por permitirme crecer a nivel profesional, académico y personal. Por abrirme las puertas una vez más y ampliar mi perspectiva de vida en tantos sentidos.

A la Mtra. Verónica Ruíz, por sus enseñanzas y su apoyo a lo largo del proceso de maestría, por su invaluable guía y acompañamiento en la realización de este trabajo.

A la Mtra. Yolanda Santiago, por su calidez, confianza y acompañamiento en el trabajo de supervisión en el Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor”.

A la Dra. Blanca Elena Mancilla, por sus invaluable enseñanzas y guía en un espacio tan importante para mi formación como psicoterapeuta.

A todas las profesoras de la maestría, por compartir sus conocimientos y experiencia, por mostrarme su dedicación, sensibilidad, profesionalismo y entereza. Porque sus enseñanzas me permitieron formarme en muchos sentidos además del profesional y el académico.

A la Dra. Emilia Lucio, Dra. Mariana Gutiérrez y Dra. Fabiola Zacatelco por su tiempo y sus aportaciones.

A mis compañeros de la Residencia por todo lo compartido a lo largo de la maestría, por el apoyo, la amistad y la escucha que recibí de ustedes.

A todas las familias, niños y niñas con las que tuve el privilegio de trabajar, por permitirme entrar en sus vidas y aprender, reír y disfrutar...

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO UNO. Condición médica: Espina bífida	
1.1. Definición.....	9
1.2. Epidemiología.....	9
1.3. Clasificación.....	10
1.4. Diagnóstico.....	11
1.5. Etiología.....	12
1.6. Secuelas físicas.....	12
1.7. Tratamiento médico.....	14
1.8. Pronóstico.....	15
1.9. Consecuencias psicológicas.....	15
1.10. Aspectos familiares.....	18
CAPITULO DOS. INTEVENCIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS CON CONDICIÓN MÉDICA	
2.1. Enfermedades crónicas.....	20
2.2. Métodos de tratamiento psicológico para niños con enfermedades crónicas.....	25
2.3. Tratamiento psicológico en pacientes con espina bífida.....	32
2.4. Intervención pedagógica.....	38
CAPÍTULO TRES. Terapia Integrativa.	
3.1. Historia del movimiento de integración en psicoterapia	44
3.2. Antecedentes	50
3.3. Eclecticismo e integración.....	52
3.4. Terapia de juego integrativa.....	59
3.5. Rol del terapeuta.....	63
3.6. Rol de los padres.....	63
3.7. Aplicaciones clínicas.....	63
3.8. Abordaje terapéutico con enfermedades crónicas.....	63
3.9. Beneficios.....	66
3.10. Obstáculos.....	67

3.11. Futuro de la integración en psicoterapia.....	70
CAPITULO CUATRO. METODOLOGÍA DEL TRABAJO CLÍNICO	
4.1. Objetivo general.....	72
4.2. Objetivos específicos.....	72
4.3. Tipo de estudio.....	72
4.4. Escenario.....	73
4.5. Procedimiento.....	74
4.6. Presentación del caso.....	76
4.6.1. Descripción clínica del menor.....	76
4.6.2. Motivo de consulta.....	77
4.6.3. Genograma.....	78
4.6.4. Historia del desarrollo y antecedentes clínicos.....	79
4.6.5. Evaluación psicológica.....	81
4.6.6. Integración de estudios psicológicos.....	82
4.6.7. Conceptualización del caso.....	85
4.6.8. Preguntas clínicas.....	87
4.6.9. Hipótesis clínicas.....	88
4.6.10. Focos de intervención.....	90
CAPITULO CINCO. RESULTADOS.	
5.1. Fase 1: “Evaluación y establecimiento de la alianza terapéutica”	92
5.2. Fase 2: “Contacto con mi cuerpo: emociones y sensaciones”	100
5.3. Fase 3: “Condición médica e intervención quirúrgica”	108
5.4. Fase 4: “Autocuidado, reestructuración personal y cognitiva”	121
5.5. Fase 5: “Listo para despegar, luz para guiar el camino”	131
DISCUSIÓN	143
CONCLUSIONES	153
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156

RESUMEN

El presente trabajo es un Reporte de Experiencia Profesional, cuyo objetivo es describir y analizar la intervención psicoterapéutica desde el abordaje de la Terapia Integrativa, realizada con un menor diagnosticado al nacimiento con un defecto del tubo neural (DTN) o espina bífida. La Terapia Integrativa busca potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica mediante propuestas novedosas y creativas basadas en más de una orientación teórica o técnica. Esta aproximación, adecúa la aplicación de las intervenciones psicológicas al paciente en lo individual, respondiendo a sus necesidades y situación particular. El modelo de intervención llevado a cabo desde este enfoque fue la integración asimilativa, que conlleva un conocimiento firme de un sistema de psicoterapia, con disposición a incorporar selectivamente técnicas, procedimientos y formas de trabajo desde otros enfoques. Los DTN son un conjunto de malformaciones congénitas secundarias a la ausencia de cierre del tubo neural y sus consecuencias psicológicas incluyen apatía, ansiedad, miedo, apego excesivo a adultos, inhibición social y escaso desenvolvimiento autónomo. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en el Centro Comunitario Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro dentro del servicio de intervención clínica. En un primer momento se realizó una evaluación con el fin de valorar el desarrollo psicológico del menor, a través de una batería de pruebas psicométricas, técnicas proyectivas y sesiones de juego diagnóstico. Los resultados de la evaluación psicológica mostraron que la madurez perceptual del menor estaba por debajo de lo esperado para su edad y a nivel intelectual se encontraba en la categoría promedio. En el área socioafectiva se observó que presentaba distorsiones cognitivas, bloqueo en sus emociones y sensaciones, rivalidad fraterna, sentimientos de inadecuación, inseguridad, inferioridad y desconfianza básica. A partir de los resultados obtenidos en la evaluación psicológica, la revisión de evidencia teórica y empírica, se llevó a cabo la conceptualización del caso clínico y se diseñó y aplicó una intervención breve y focalizada. Los objetivos del tratamiento fueron trabajar el contacto con su cuerpo, la noción y conciencia de su condición, imagen de sí mismo, seguridad básica y fortalecimiento del yo. Asimismo, se trabajaron estrategias de relajación y reestructuración cognitiva. Las sesiones de intervención se llevaron a cabo de manera semanal y se realizaron en total 52 sesiones, 11 de evaluación, 33 de intervención y 8 sesiones de orientación con la madre. El proceso se dividió en cinco

fases para su análisis. Los resultados obtenidos muestran un avance en el desarrollo socioafectivo del menor, que se manifiesta en un tono afectivo más alto, mayor disfrute, identificación y expresión de emociones, establecimiento de relaciones positivas con sus pares y mayor grado de autonomía. Se destaca la importancia de las intervenciones psicosociales en el trabajo con pacientes que padecen una condición médica o enfermedad crónica como parte integral de su tratamiento, con el fin de promover su adaptación psicológica e incidir positivamente sobre su desarrollo y bienestar general. Asimismo se plantea la eficacia del enfoque integrativo para responder de manera efectiva ante problemas médicos particulares y el impacto psicológico que éstos tienen en población pediátrica. **Palabras clave: espina bífida, consecuencias psicológicas, intervenciones psicosociales, Terapia Integrativa.**

ABSTRACT

This document is a professional experience report which aims to describe and analyze the psychotherapeutic intervention from an integrative therapy approach, carried out on a child diagnosed since birth with a neural tube defect (NTD) or spina bifida. Integrative therapy seeks to optimize and develop therapeutic effectiveness through new and creative therapeutic proposals based on more than one theoretical and technical orientation. This approach adjusts the application of psychological intervention to the individual, taking into account the patient's own particular situation. The intervention model carried out from this approach was the assimilative integration, which entails a firm knowledge of a psychotherapy approach, with the willingness of selectively incorporating techniques, procedures and methodologies from other perspectives. The NTD are a group of congenital malformations secondary to the incomplete closure of the neural tube, and its psychological consequences include apathy, anxiety, fear, excessive clinging to adults, social inhibition and poor autonomous development. The therapeutic process was carried out in the Community Center "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro" within the clinical intervention service. A psychological assessment was performed to evaluate the child's psychological development, the latter was done using a battery of psychometric and projective tests as well as diagnostic play sessions. The psychological evaluation results showed that the child's perceptual level was below his age expectations and had an average intelligence. Within the socioemotional area the results displayed the presence of cognitive distortions, emotional and sensorial blockage, sibling rivalry, sense of inadequacy, insecurity, inferiority and basic mistrust. On the basis of the results obtained through the psychological assessment and the empirical and theoretical evidence review, a clinical case conceptualization and a brief and focused intervention was designed and applied. The treatment goals included working on the child's contact with his emotions and sensations, notion and awareness of medical condition, self image, basic trusts and self strengthening. Relaxation techniques and cognitive restructuring were implemented as well. Intervention sessions were carried out weekly with a total of 52 sessions, 11 to evaluate, 33 to intervene and 8 to give orientation to the patient's mother. The psychotherapeutic process was divided into five stages in order to analyze it. The results of the intervention showed progress in the child's socioemotional

development, manifested in a higher emotional tone, higher hedonic tone, capacity of identify and express emotions, positive peer relationship patterns and higher level of autonomy. The report highlights the relevance of psychosocial interventions, as part of global treatments for children suffering from medical conditions or chronic diseases, with the aim of enhancing their psychological adaptation and positively affect their development and general wellbeing. Additionally, this work lays out the efficacy of the integrative approach to effectively respond to specific medical problems and the psychological impact of the latter in pediatric populations. **Key concepts: spina bifida, psychological consequences, psychosocial interventions, Integrative Therapy.**

INTRODUCCIÓN

La Residencia en Psicoterapia Infantil, del Programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México ofrece una formación profesionalizante, es decir, se desarrollan habilidades y competencias profesionales y a la par se cubren los contenidos teóricos que el programa propone.

Existen diversas sedes en las que los residentes tenemos la posibilidad de formarnos como terapeutas y de atender pacientes bajo la supervisión de profesionales especializados en el área. Uno de estos escenarios es el “Centro Comunitario Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”, que se encuentra ubicado en la Colonia Ruíz Cortines, al sur de la Ciudad de México, sede que me abrió sus puertas para formarme como psicoterapeuta infantil. Dicho centro tiene dos objetivos principales: 1) profesionalizar a los estudiantes de licenciatura y posgrado (formación en la práctica, servicio social, tesis, residencias de maestría), donde mediante el trabajo en escenarios reales, las y los estudiantes pueden adquirir y consolidar distintas habilidades en diversas áreas de la psicología, 2) brindar servicio a la comunidad (servicios vinculados y contextualizados a las problemáticas reales de la comunidad, servicios preventivos y de intervención dirigidos a todos los grupos de edad: niños/as, adolescentes, adultos/as y adultos/as mayores). La población atendida en el Centro Comunitario se caracteriza por provenir de familias extensas con fuertes sentimientos de arraigo a la comunidad, de nivel socioeconómico de medio-bajo a bajo y con escolaridad promedio entre primaria y secundaria, de religión católica mayoritariamente y cuya ocupación principal es el comercio tanto formal como informal. Los usuarios que se acercan al servicio son llamados conforme a una lista de espera. En su primera cita, se realiza una entrevista inicial y se lleva a cabo un proceso de evaluación a partir del cual se decide si son candidatos a ser atendidos en el Centro Comunitario o necesitan ser canalizados u orientados para acudir a otra institución de salud.

Los pacientes atendidos durante mi formación en la Maestría como psicoterapeuta infantil fueron un total de 15. Durante mi estancia en el Centro Comunitario tuve la oportunidad de realizar intervenciones en tres modalidades psicoterapéuticas: individual, grupal y familiar; así como sesiones de orientación psicológica a padres.

Realicé un total de 13 entrevistas iniciales, con el fin de proporcionar el servicio de psicoterapia, de los cuáles nueve terminaron el tratamiento y cuatro se dieron de baja debido a que suspendieron el servicio (inasistencia, inconstancia). Los motivos de consulta atendidos estuvieron relacionados con problemas de conducta, bajo rendimiento académico, consecuencias psicológicas derivadas de una condición médica, violencia intrafamiliar y trastornos de ansiedad. Asimismo, trabajé con un grupo de cinco niños con problemas de conducta durante el último semestre de la residencia. Como parte del programa profesionalizante, atendí dos pacientes en coterapia en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila y Sánchez Navarro”, donde se trabajó por medio de un equipo terapéutico, integrado por las psicoterapeutas en formación y una docente de la Residencia, especialista en el área.

De todos los casos atendidos durante mi formación como psicoterapeuta, dos llamaron mi atención por ser canalizados por una Institución del Sector Salud y ser derivados por las consecuencias psicológicas de una condición médica, específicamente, una malformación congénita. Elegí uno de estos casos en particular pues me di cuenta de la complejidad de las secuelas tanto psicológicas como familiares que una condición médica genera y de la importancia de incidir sobre las mismas como parte de un tratamiento global, al que todo individuo que sufre de un padecimiento de este tipo tiene derecho.

Las consecuencias psicológicas o emocionales que devienen de una condición médica afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes y su familia. Según Jongsma (2006), los síntomas psicológicos que caracterizan a los pacientes que presentan alguna condición médica pueden ir desde un afecto melancólico o triste, retraimiento social, ansiedad, pérdida de interés en actividades y baja energía, hasta la ideación suicida. Asimismo, este autor propone algunos objetivos a tratar a largo plazo con pacientes que presentan alguna condición médica, algunos de ellos son: aceptar la enfermedad y adaptar los cambios necesarios en su vida, resolver crisis emocionales y enfrentar las implicaciones de su condición, trabajar a través del proceso de pérdida y enfrentar la realidad, aceptar apoyo emocional y resolver la depresión, miedo y ansiedad derivados de la condición particular con la que se enfrentan. Teniendo como antecedente lo anterior y conociendo las características de Alex, el menor con quién se trabajó, diagnosticado al nacimiento con un defecto

del tubo neural (espina bífida), me pareció importante generar una alternativa de tratamiento particular y específica con el fin de asegurar su desarrollo armónico y apoyarlo a transitar por las diferentes situaciones, retos y etapas por las que fue pasando a lo largo de su enfermedad.

Al ir avanzando dentro del proceso psicoterapéutico, me percaté de la necesidad de abrir mi perspectiva a diferentes enfoques de psicoterapia con el fin de responder a la situación particular del menor. Esto me permitió adentrarme en el enfoque de la terapia integrativa, al advertir la utilidad de emplear herramientas terapéuticas desde diferentes enfoques en el proceso de psicoterapia (Psicoeducación, Terapia de Juego Centrada en el Niño, Terapia Gestalt, Terapia Cognitivo-Conductual), dependiendo de las necesidades del paciente y teniendo en cuenta los objetivos del proceso. A partir de esto, decidí realizar mi reporte acerca de la Terapia Integrativa aplicada a un niño con condición médica, en la que se propone un trabajo basado en más de una orientación teórica o técnica. La Terapia Integrativa busca adecuar la aplicación de las intervenciones psicológicas a los clientes en lo individual, que correspondan a sus necesidades y situación particular, buscando incorporar en el trabajo terapéutico diversos enfoques, de tal manera que se facilite el desarrollo de estrategias de tratamiento específicas para el cliente (Schaefer, 2005).

El presente reporte tiene como objetivo describir el proceso psicoterapéutico de Alex desde la perspectiva del enfoque integrativo de psicoterapia. Este trabajo constituye una propuesta de intervención con población pediátrica para incidir sobre las consecuencias psicológicas de una condición médica desde una aproximación innovadora y eficaz. En este sentido, representa una aportación al campo de la Psicología de la Salud y Psicoterapia Integrativa y al mismo tiempo una contribución al campo de la Salud Pública.

Para facilitar la comprensión de este trabajo, se organiza en seis capítulos, cuyo título y contenido se describen a continuación.

El **Capítulo I “Condición médica: Espina bífida”** está dedicado a la descripción de la condición médica que presenta Alex: espina bífida, en lo que se refiere a definición, sintomatología, prevalencia, diagnóstico, etiología, pronóstico y tratamiento, con el objetivo de tener una mayor comprensión de su padecimiento.

En el **Capítulo II “Intervención psicológica en niños con condición médica”** se hace una descripción general de las propuestas de intervención psicoterapéutica en niños con condición médica y se habla específicamente de las intervenciones que se han llevado a cabo con niños con espina bífida.

En el **Capítulo III “Terapia Integrativa”** se abordan los antecedentes y definición de la Terapia Integrativa, así como los diferentes modelos derivados de ésta. Asimismo, se describen los beneficios de este enfoque y los desafíos a los que se enfrenta siendo un modelo nuevo de psicoterapia.

El **Capítulo IV “Metodología del trabajo clínico”** incluye el estudio de caso, en el que se describe y analiza el proceso psicoterapéutico de Alex.

Posteriormente, en la **Discusión** se hace un resumen de los resultados obtenidos a partir del trabajo desarrollado con el menor, destacando los beneficios, alcances, limitaciones y ventajas encontradas a lo largo del proceso terapéutico. Se incluyen reflexiones y sugerencias generadas a partir del trabajo desarrollado.

Por último en las **Conclusiones** se presenta un resumen de la experiencia obtenida como parte de mi formación dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil, así como reflexiones personales derivadas del aprendizaje obtenido durante el proceso del Programa de Maestría en la Facultad de Psicología, UNAM.

CAPITULO I. CONDICIÓN MÉDICA: ESPINA BÍFIDA

Arco y Fernández (2004) **definen** los defectos del tubo neural (DTN) o espina bífida como un grupo de padecimientos, producto de un déficit congénito (prenatal) que se manifiesta por un desarrollo incompleto del cierre del canal óseo de la columna vertebral con la posible afección a la médula espinal. Estos defectos resultan del desarrollo anormal de las estructuras adyacentes mesodérmicas y ectodérmicas durante la embriogénesis (Josan, Morokoff & Maixner, 2008). Como resultado, el conducto óseo en el que se ubica la médula espinal no queda completamente cerrado y presenta una abertura de pronóstico variable. La lesión o el defecto tiene lugar en el momento de estructuración original del tubo neural, lo que se produce en el primer mes de gestación.

En cuanto a la **epidemiología**, se reporta que este padecimiento, suele resultar en un número de fetos afectados que son espontáneamente abortados, por ello establecer la incidencia real representa una dificultad. Para evaluar la incidencia de forma exacta sería necesario incluir datos acerca de toda la ocurrencia de trastornos del tubo neural, incluyendo los nacimientos, abortos espontáneos y realizados a elección. Los estudios epidemiológicos han revelado una gran variación en la prevalencia de espina bífida basándose en la etnicidad, raza, geografía y tendencias temporales (Josan, Morokoff & Maixner, 2008).

Los DTN se presentan ocasionalmente en forma epidémica, en donde las tasas ascienden hasta 50 a 100 casos por cada 10 000 nacimientos registrados. En estos casos, se observan dos indicadores: uno es la razón mujer-hombre, que habitualmente es de 3 o 4 mujeres por cada hombre, y en el caso de una epidemia se duplica a 6 a 8 anencéfalos femeninos por cada anencéfalo del sexo masculino; otro indicador se refiere a la proporción anencefalia-meningocele, que habitualmente presenta una razón estable, pero que se rompe durante las epidemias de anancefalia (Manual para la vigilancia epidemiológica de los defectos del tubo neural, 2010).

A nivel mundial, de los nacimientos anuales registrados, la frecuencia de DTN incluye 400,000 casos de anencefalia (AC) y 300,000 casos de espina bífida (EB) (razón de 1.3:1 AC:EB). En los EE.UU, las tasas de DTN, oscilan entre 4 y 10 casos por 10,000

nacidos vivos (National Birth Defect Prevention Network, 1997). En México, la tasa de anencefalia en el periodo de 1985-1991 fue de 19.4 por cada 10, 000 nacidos registrados (Manual para la vigilancia epidemiológica de los defectos del tubo neural, 2010).

La espina bífida puede ser **clasificada** en los tipos abierta o cerrada de acuerdo a la presencia o ausencia de tejido neural expuesto, éstas se denominan espina bífida abierta y espina bífida oculta, respectivamente (Josan, Morokoff & Maixner, 2008). Se pueden diferenciar cinco expresiones fundamentales de los trastornos que se agrupan bajo la denominación de DTN: a) espina bífida oculta, b) lipomeningocele, c) meningocele, d) mielo-meningocele y e) enfalocele, presentándose en orden de gravedad (Fernández Castillo, 2001).

Espina bífida oculta. En esta expresión del DTN, podemos encontrar una fisura o abertura en el canal óseo que envuelve las estructuras neurales medulares, lo que supone que una zona vertebral no se encuentra completamente fusionada. La peculiaridad circunstancial en este caso estriba en que la medula y sus cubiertas no presentan afectación, se encuentran intactas. Es de esperar, por tanto, que posiblemente no haya ninguna manifestación observable a simple vista en la espalda del paciente. De hecho, algunas personas pueden pasar toda su vida sin haber detectado la presencia del DTN. Se trata, de la forma más benigna de expresión del trastorno.

Lipomeningocele. En esta circunstancia, se puede observar externamente una protuberancia en el nivel de la columna vertebral donde se encuentra el DTN. Dicha prominencia es debida a una expresión lipídica o tumoración de grasa que se encuentra cubierta por la piel, normalmente en la región lumbo-sacra.

La presencia de esa acumulación de grasa, y a la abertura en el canal óseo, puede derivar en la afectación neuronal consiguiente, de forma que los niños con esta variante del trastorno pueden sufrir problemas en relación con las funciones músculo-esqueléticas de las extremidades inferiores, así como una disfuncionalidad esfinteriana.

Meningocele. En esta variante de los DTN, podemos observar igualmente una protuberancia o hernia fuera de la columna vertebral, pero, a diferencia del caso anterior, el bulto está formado por las meninges o cubiertas de la médula espinal. El pronóstico y las manifestaciones de esta expresión dependerán de la cantidad de tejido nervioso incluido en la protuberancia. Si no se registra la presencia de nervios en la bolsa, los problemas asociados a esta variante no son excesivamente graves, aunque sí será necesario el cuidado y la vigilancia con el fin de evitar golpes o lesiones posteriores en la zona. En este caso no hay que descartar la posibilidad de disfuncionalidad esfinteriana.

Mielo-meningocele. En esta expresión de espina bífida, las circunstancias son más negativas, debido al virtual hecho de que, además de las meninges, la médula espinal se va a encontrar fuera de su posición normal en el interior del tubo óseo correspondiente. Por tanto, es de esperar una afectación del tejido nervioso y las consecuentes manifestaciones que hacen de este caso una de las formas más severas del padecimiento.

Dada la alteración estructural del contenido del tubo neural, con toda seguridad podrá estar presente una obturación en el flujo del líquido cefalorraquídeo por sus canales habituales de drenaje, dándose por lo tanto, la hidrocefalia. Además de ésta, se darán también en casi la totalidad de casos de esta variante los problemas intestinales y de control de esfínteres.

Encefalocele. Por último, la variante menos frecuente de DTN en la cual los problemas en el cierre del canal óseo se encuentran ubicados en el nivel cervical. Cuando el defecto se halla en la nuca, se da la posibilidad de que parte del encéfalo prorrumpe la fisura, con las consiguientes derivaciones negativas.

El **diagnóstico** de los DTN debe realizarse con estudios clínicos, epidemiológicos y genéticos. Para diagnosticarse, existen dos métodos principales: el tamizaje bioquímico y los estudios de imagen, que incluyen la identificación de alfa-fetoproteína en el líquido amniótico, ultrasonografía, fetoscopia y radiografía. La determinación de alfa-fetoproteína es el método más sensible y se ha dicho que esta prueba es de utilidad desde la semana 14 del embarazo, pero se considera que el

ultrasonido es la prueba determinante en los casos de anencefalia (Manual para la vigilancia epidemiológica de los defectos del tubo neural, 2010).

Los defectos de cierre del tubo neural, al igual que la mayoría de las malformaciones congénitas, son un grupo de afecciones de **etiología** multifactorial, producto de la interacción de factores genéticos y ambientales. Los factores genéticos actúan en un sistema poligenético, en el que se tienen que considerar los riesgos de recurrencia, cálculos de heredabilidad, la frecuencia de consanguineidad y las variaciones raciales, los factores ambientales, las infecciones virales, agentes físicos como la hipertemia (temperatura mayor a 40°C) durante el primer trimestre del embarazo, deficiencia o alteraciones en el metabolismo del ácido fólico, así como la exposición a diversas sustancias químicas (Manual para la vigilancia epidemiológica de los defectos del tubo neural, 2010).

Diversos estudios han señalado algunos factores predisponentes de los padres, como el bajo nivel económico, el embarazo en mujeres jóvenes, el uso de anticonvulsivantes como el ácido valpróico, la deficiencia de ácido fólico y zinc en la dieta y el exceso de nitratos en el agua de consumo. Otros factores que se han asociado son el descenso en las reservas o una relativa dificultad en la fijación del ácido fólico, asociada a su vez, con determinados tratamientos hormonales, radiaciones ionizantes, productos para el acné, medicamentos antiepilépticos, ingesta de alcohol o drogas, dieta pobre en folatos, o a enfermedades en la madre como diabetes mellitus, obesidad, entre otros (Manual para la vigilancia epidemiológica de los defectos del tubo neural, 2010; Fernández & Arco, 2004).

Es sabido que la existencia de síndromes cromosómicos, teratogénicos o malformaciones mendelianas pueden ser identificadas en una minoría de individuos con mielomeningocele. La espina bífida ocurre más frecuentemente en la trisomía 13 y 18. La influencia genética de la ocurrencia de esta malformación se hace evidente en la presencia de un patrón recurrente entre familias y grupos étnicos. Una historia familiar de espina bífida es uno de los factores de riesgo más fuertes para el desorden (Josan, Morokoff & Maixner, 2008).

Las **secuelas físicas** derivadas de este padecimiento, dependen de la extensión de las lesiones y la altura o nivel en el que se producen con respecto a la medula espinal. De

este modo, cuanto más alto y extenso es el trastorno más graves son las secuelas. Las secuelas orgánicas de la espina bífida son variadas; Navas y Castejón, (2002) encontraron las siguientes:

- Hidrocefalia. Aumento de volumen del cráneo producido por la obstrucción de la circulación del líquido cefalorraquídeo en los ventrículos cerebrales. Se precisa una intervención quirúrgica para implantar válvulas que deriven el líquido cefalorraquídeo a través de un catéter hacia el corazón o hacia el abdomen. Se presenta en el 95% de los casos de espina bífida mielomeningocele.
- Alteraciones neurológicas. El nivel de alteración depende de la zona medular afectada. Si se produce a nivel de la región sacra las secuelas se localizan en los pies, en la vejiga y en el ano, con las consiguientes incontinencias. Si se origina en la región lumbo-sacra se producen limitaciones en la movilidad de la rodilla y deformaciones en los pies. Si se producen en la región lumbar aparecen luxación de cadera y deformaciones en los pies. Y si el origen está localizado en la región dorso-lumbar hay parálisis en el suelo de la pelvis y en las extremidades inferiores, que carecen de sensibilidad. A su vez, algunas de estas consecuencias tróficas pueden originar cianosis y ulceraciones en talones y dedos de los pies.
- Problemas ortopédicos. Incluyen malformaciones de la columna vertebral, que están relacionados con la alineación. De destacarse están la lordosis, que consiste en la curvatura hacia delante de la columna que se asocia a la cadera flexa, la escoliosis que es la desviación lateral de la columna del tipo paralítica con grandes curvas dorso-lumbares y la cifosis que supone una curvatura en el plano sagital de la columna con concavidad anterior que da lugar a una sedestación inestable. Los problemas ortopédicos que afectan a la cadera son: luxación paralítica (puede ser alta o teratológica y cadera inestable), deformidad de flexión y deformidad de rotación. Y por último, las deformaciones de los pies más frecuentes son: pie equino, en que la punta del pie mira hacia abajo, pie equinovaro, en que la punta del pie se orienta hacia

abajo y hacia adentro, y pie talo en que la actividad de los músculos se conserva y está ausente la actividad de los músculos de la pantorrilla.

- Alteraciones urológicas e intestinales. La más frecuente es la vejiga neurógena, producida por la lesión medular que supone la mielomeningocele, que consiste en alteraciones de la vejiga (los sujetos afectados no sienten la necesidad de vaciar la vejiga y no pueden vaciar totalmente el volumen vesical, lo que puede conllevar a deterioros progresivos de la funciones renales) y alteraciones del esfínter uretral (ausencia de control esfinteriano y, en consecuencia, incontinencia de orina). A causa de los problemas medulares, se originan también alteraciones de las funciones intestinales, que básicamente consisten en estreñimiento crónico, diarrea y, en los casos más severos, incontinencia de las heces.

El **tratamiento médico** que conlleva este padecimiento en los niños, comienza desde el inicio mismo de su vida, cuando se realiza el diagnóstico (pre o postnatal). La cirugía es llevada a cabo dentro de las primeras 48 horas de vida, la cual consiste en el cierre quirúrgico del defecto. El objetivo principal de la corrección es disminuir el riesgo de infección, proteger la médula y restablecer la integridad del sistema nervioso central, así como no permitir la pérdida de fluido cerebroespinal y recuperar la parte estética del bebé. Otra cuestión crítica es reconocer tempranamente la presencia de hidrocefalia con el fin de tratarla en caso de estar presente (Antolovich & Wray, 2008).

Dentro de las consecuencias a nivel esfinteriano, es usual que el funcionamiento de la vejiga esté alterada en los niños con espina bífida. Existen numerosas consecuencias secundarias, incluyendo incontinencia, retención urinaria, infecciones del tracto urinario y problemas renales con morbilidad asociada. La utilización de la cateterización para la vejiga neuropática se ha aceptado como un manejo efectivo a largo plazo, pues mantiene cierto grado de continencia y resulta en la protección del tracto urinario reduciendo la morbilidad secundaria debida a infecciones y a problemas renales. El uso de antiespasmódicos de la vejiga, tanto orales como intravesicales –oxibutinina- es común y efectivo, ya que la hiperactividad es neuropática de origen. El riesgo de problemas renales se contrarresta con cuidados

urológicos activos, con el uso apropiado de la cateterización, agentes antimuscarínicos e intervenciones quirúrgicas, cuando se requieren son posibles para preservar la función renal (Borzyskowski, Cox, Edwards & Owen, 2004).

En cuanto al manejo médico de la incontinencia fecal, se requiere el desarrollo de un hábito predecible del intestino, por medio de la creación de un patrón de defecación que reduzca los riesgos de ensuciarse. La prevención del estreñimiento es crítica y en este caso el uso de laxantes son de utilidad. Existen alternativas quirúrgicas para manejar tanto la incontinencia como el estreñimiento crónico (Antolovich & Wray, 2008).

El **pronóstico** de los pacientes con espina bífida es variable. En la actualidad y gracias sobre todo al avance de las cirugías específicas, podemos ubicar la esperanza de supervivencia en torno al 85 o 90 por ciento de los nacidos con estas anomalías congénitas. Junto con la cirugía dirigida a paliar el DTN, la intervención sobre la hidrocefalia compondría otro pilar del abordaje médico del trastorno. En el caso de que la hidrocefalia esté presente, habitualmente se interviene implantando una derivación o tubo flexible entre las cavidades neuronales en las que ha sido interrumpido el flujo de líquido cefalorraquídeo. De esta forma, el tubo derivador facilita y controla el flujo de líquido espinal y lo drena hacia otra región del cuerpo, reduciendo la presión en el cerebro. Sin este tratamiento la presión intracraneal puede incrementarse hasta niveles perjudiciales y los bebés pueden sufrir daño cerebral irreversible o morir. Teniendo en cuenta estas circunstancias primarias de intervención y la posterior atención educativa y psicológica adecuada, la capacidad mental del niño y su vida pueden alcanzar niveles de normalidad equivalentes al resto de los niños (Fernández & Arco, 2004).

Dentro de las **consecuencias psicológicas** encontradas en los niños con espina bífida, se observa que las alteraciones motrices derivadas de los problemas neurológicos y ortopédicos mencionados con anterioridad tienen influencias indirectas sobre el desarrollo cognitivo (esquema corporal, relaciones espaciales, integración perceptiva de formas, coordinación visomotriz, etc.), lo que, asimismo, repercute en la adquisición de la lecto-escritura.

Una revisión realizada por Wills (1993) sugiere que los niños con espina bífida e hidrocefalia tienden a funcionar en el rango promedio de inteligencia, usualmente sus habilidades verbales, especialmente aspectos “cristalizados del lenguaje” y su capacidad de memoria están intactos. Sin embargo, tienden a presentar dificultades en las tareas que implican percepción visoespacial y táctil, tareas que involucran movimientos rápidos, precisos o secuenciados, calculo aritmético, ortografía y comprensión de lectura. Asimismo, se encuentran con dificultades al realizar tareas que implican control ejecutivo, como la capacidad de establecer un foco de atención y sostenerlo, la habilidad de inhibir conductas irrelevantes o inapropiadas y cambiar de forma flexible entre respuestas o modulaciones de conducta, de acuerdo a las demandas situacionales.

Algunos autores han observado que los niños con espina bífida presentan disminución en algunas capacidades cognitivas, como memoria y atención (Arcas, Naranjo y Ponce, 1991, citado en Navas y Castejón, 2002), que retrasan la adquisición del proceso de simbolización y dan lugar a dificultades en el aprendizaje de conceptos abstractos (Navas y Castejón, 2002). Estas dificultades en el área cognitiva frecuentemente desembocan en retraso o fracaso académico.

Dentro del área socioafectiva, se ha observado en los niños con espina bífida, cierta apatía y desinterés por lo que les rodea, ansiedad, angustia y miedo a circunstancias sociales y ambientales inofensivas, falta de iniciativa para jugar y relacionarse, apego excesivo a adultos, retraimiento e inhibición social y escaso desenvolvimiento autónomo (Fernández & Arco, 2004). Asimismo, se han observado trastornos de la autoestima, dificultades para desarrollar su imagen corporal, al contar con menos experiencia en el manejo de su cuerpo (Maiz Lozano y Güereca Lozano, 2006), bloqueo de la autonomía psíquica, síntomas internalizados y rasgos como la regresión, frustración, agresividad y negación (Arcas, Naranjo y Ponce, 2002). Varias de estas manifestaciones pueden ser atribuidas a un miedo de causarse daño en la zona dorsal afectada, unido a problemas motores y esfinterianos que pueden ocasionar dificultades de inserción en contextos educativos y sociales. Holmbeck, Westhoven, Philips, Wendy, Bowers, Gruse, Nikolopoulos, Totura & Wienke, (2003) encontraron que los preadolescentes con espina bífida tienden más a aislarse socialmente, depender de la guía de los adultos y ser menos asertivos acerca de sus

puntos de vista y/o toma de decisiones que los adolescentes con desarrollo normoevolutivo.

Espina y Ortego, (2003) refieren que la ansiedad y depresión suelen estar asociadas a los sentimientos de indefensión y fracaso vinculados a la cronicidad del trastorno y a la ruptura de sus proyectos de vida. Asimismo, mencionan que la alexitimia suele ser secundaria y es utilizada como forma de defenderse de los sentimientos desagradables.

Según Korff-Sausse (2000) el cuerpo de un niño discapacitados es, desde que nace, una fuente de sufrimientos, frustraciones y decepciones. Es manipulado por parte de los adultos con fines de cuidado, terapias, exámenes, entre otros, y al mismo tiempo es un cuerpo que no se ajusta al modelo que se tiene pensado, ni a la imagen del niño ideal, ni al deseo de sus padres. Es por ello que a los niños con espina bífida les es difícil simbolizar una realidad como la que viven, pues resulta decepcionante, despersonalizante y les dificulta integrar su propio cuerpo, que conlleva a una disociación de la personalidad, una disyunción entre el cuerpo y la psique.

Se habla de que los niños afectados con espina bífida son “sujetos pasivos”, sin embargo al observarlos detenidamente son niños que oscilan entre estados de pasividad y momentos de actividad. A consecuencia de su incontinencia son necesarias intervenciones que constituyen momentos de intrusión repetida a su intimidad, en general el niño suele presentarse ante estas atenciones con pasividad ante las manipulaciones de los adultos; de esta forma desinvisten su cuerpo y lo entregan al otro, como si su cuerpo ya no les perteneciera. Sin embargo después de un tiempo, vuelven a mostrarse enérgicos y animados, estas son algunas de las consecuencias de la escisión. Las intervenciones médicas, tan frecuentes en la vida de los niños afectados por algún tipo de discapacidad motora, representan para el niño una experiencia abrumadora. Cada intervención reactiva los miedos y experiencias corporales anteriores, que para ellos carecen de sentido y son violentas, además de acentuar la impresión de extrañeza que de por sí perciben en sus cuerpos, dando lugar así a una experiencia despersonalizadora y hasta psicotizante (Korff-Sausse, 2000).

La malformación física que padecen los niños con espina bífida les obliga a sufrir diversas intervenciones quirúrgicas desde muy temprana edad, con los períodos de

hospitalización que ello implica y la consecuente privación de una normal situación familiar. Estas circunstancias suponen una drástica restricción en los estímulos tanto afectivos como sensomotores, retrasando la adquisición de las habilidades básicas, en cada una de las áreas de desarrollo (Arcas, et al., 2002).

La espina bífida, por otro lado tiene serias **implicaciones en el ámbito familiar**, pues no solo se incrementa la demanda de cuidados médicos intensivos, sino también se encuentra involucrado el estatus psicológico de la familia en diferentes niveles, incluyendo la familia como un todo y los subsistemas marital, parental, fraterno e individual (Kemal & Cankaya, 2008). La perspectiva de desarrollo sostiene que la familia se ve afectada de diferente manera dependiendo de los periodos de desarrollo transicional tanto en la familia como en el niño (Holmbeck, Greenley, Coakley, Greco & Hagston, 2006).

Debido a su condición crónica y a la severidad de la condición, los niños con espina bífida generalmente dependen de la familia como el principal recurso para su rehabilitación física y su bienestar psicológico. Esto implica que estas familias experimentan mayor estrés al encontrarse con retos muy distintos a los que enfrentan familias con hijos con un desarrollo normal (Holmbeck, Gorey-Ferguson, Hudson, Seefeldt, Shapera & Uhler, 1997). Uno de los estresores consiste en la necesidad de interacción continua con instancias médicas que implican realizar constantes cambios como resultado de frecuentes hospitalizaciones, visitas médicas, estrictos regímenes de tratamiento, toma de decisiones concerniente a la medicación, fisioterapia y otros tipos de intervenciones más intrusivos. Por otro lado, estas familias, se encuentran en niveles elevados de estrés financiero derivado de las continuas consultas en los sistemas de salud (Kemal & Cankaya, 2008) y tienden a tener significativamente menos horas de sueño, reportan menor bienestar, mayores sentimientos de tristeza y tienden a realizar actividades recreativas con menos frecuencia en comparación con los padres de familia con niños sin dificultades médicas (Grosse, Flores, Ouyan, Robbins & Tilford, 2009).

Generalmente, cuando un niño nace con discapacidad, no se tiene la posibilidad de brindarle atención y cariño durante las primeras semanas de vida (ya sea porque el bebé es sometido a tratamientos de diversa índole o por el impacto que tiene su

condición en la madre). Asimismo, los sentimientos de la familia al enterarse del diagnóstico de su hijo suelen ser de miedo, negación, culpa y en algunos casos, depresión (Maiz Lozano y Güereca Lozano, 2006).

Algunos estudios hechos con familias de niños con espina bífida sostienen que éstas manifiestan un nivel de disfunción familiar a nivel clínico significativo, presentando dificultades en el mantenimiento de límites, roles y responsabilidades dentro la familia (Wiegner & Donder, 2000), mayores niveles de estrés parental psicológico y mayores niveles de estrés parental particularmente para madres, padres o madres solteros, padres de mayor edad, con niveles socioeconómicos bajos o provenientes de grupos étnicos minoritarios (Holmbeck, et al., 2006). Asimismo, presentan menor cohesión familiar y menos acuerdos entre la madre y el hijo con respecto a preferencia de actividades (Holmbeck, Coakley, Hommeyer, Saper & Westhoven, 2002). Otros estudios indican que los padres de hijos con espina bífida manifiestan menor grado de satisfacción parental y mayores síntomas psicológicos, así como menor uso de estilos de afrontamiento activos y mayor negación cuando experimentan situaciones estresantes; por otro lado, se muestran menos adaptables a los cambios en diferentes ámbitos de su vida (Holmbeck, et al., 1997).

La espina bífida tiene consecuencias crónicas de salud para los individuos en diferentes niveles de funcionamiento, incluyendo el desarrollo biológico, neurológico, psicológico y cognitivo (Kemal & Cankaya, 2008), es por ello que el manejo postnatal de estos pacientes requiere el cuidado coordinado de pediatras, médicos en rehabilitación, neurocirujanos, urólogos, cirujanos ortopedistas, terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje, ortodontistas y psicólogos (Antolovich & Wray, 2008).

Se hace evidente que este tipo de pacientes requieren de un trabajo interdisciplinario e integral, que dé atención a sus necesidades en todos los ámbitos pertinentes. En el siguiente capítulo se hará referencia a las intervenciones psicológicas con niños que padecen una condición médica crónica o una discapacidad como es el caso de los niños con espina bífida.

CAPÍTULO II. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS CON CONDICIÓN MÉDICA.

Las **enfermedades crónicas** constituyen un importante problema de salud a nivel mundial. Aunque la mayoría de los niños sufren episodios agudos y breves de enfermedad, es significativo el número de pacientes pediátricos afectados por enfermedades crónicas. Las estadísticas indican que de alrededor de 15% de las personas menores de 18 años de edad padecen de una o más enfermedades crónicas (UNICEF, 2004; Van der Lee, Mokkink, Grootenhuis, Heymmans & Offringa, 2007).

La enfermedad crónica y discapacidad física (problemas crónicos de salud), se refieren a estados de enfermedad que muestran síntomas con un curso prolongado y que afectan a uno o más sistemas de órganos, con posibilidad de perjudicar el estado de salud o el funcionamiento psicológico (Brown, 2006, citado en Brown, Daly & Rickel, 2008). La cronicidad de la enfermedad se da cuando persiste por más de tres meses en un año, afectando las actividades normales del niño y demandando una atención continua por parte de uno o más profesionales de la salud (Brown, et al., 2008).

La condición médica crónica y lo que ello involucra es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo del niño (Kern de Castro y Moreno- Jiménez, 2007). Diversos autores refieren que los niños con enfermedades crónicas presentan mayor probabilidad de presentar problemas emocionales, conductuales, psicosociales y educativos (Meyers y Weitzman, 1991; Weiland, Pless & Roghmann, 1999; Pinguart & Shen, 2011; Martínez, Carter y Legato, 2011).

Cuando un niño enfrenta una enfermedad crónica presenta una serie de cambios y/o consecuencias tanto a nivel intersíquico (autoimagen, autoconcepto, conducta) como intrapsíquico (relaciones familiares, interacción con sus pares, relación con la escuela) que afectan su vida y la de su familia.

Por un lado, la enfermedad crónica representa para el menor pérdida de confianza en la propia salud y en el funcionamiento normal de su cuerpo y es vivida como una traición, con los sentimientos que esto conlleva: confusión, angustia, envidia, desesperación, entre otras (Espina y Ortego, 2003). La enfermedad es experimentada como un cambio en el cuerpo, que puede ir acompañado o no de dolor, fatiga más o menos acentuada, estado de angustia que puede derivar de la misma enfermedad o

de lo que el niño se imagina de su condición (Ajuriaguerra, 1983). Meyers y Weitzman (1991) refieren que los niños con una enfermedad crónica son influidos constantemente por los adultos, que por medio de mensajes abiertos o encubiertos les hacen saber que sufren una alteración y que se espera menos de ellos en comparación con los niños sanos. De esta manera, los niños interiorizan una imagen de sí mismos distorsionada, que da pie a que surjan problemas conductuales, emocionales y/o funcionales. Muchas veces los adultos, al pensar en el sufrimiento tan grande que la enfermedad o discapacidad le representa al niño, preferimos creer que no es consciente de ella e imaginar que carece de las capacidades necesarias para pensar en su situación. Sin embargo, el niño toma conciencia de los estímulos externos que recibe constantemente, en donde se conjugan la reacción de los padres y la mirada de los demás, las percepciones internas, entre otras cosas, dando lugar a que perciba el desfase entre sus capacidades físicas y/o mentales y la referencia que tiene del desarrollo normal en los demás (Korff-Sausse, 2000).

Por otro lado, la investigación reporta que aunque no se ha encontrado correspondencia entre el problema específico o la intensidad de la enfermedad y el tipo de prevalencia o gravedad del trastorno (emocional o de conducta), estudios de metanálisis dirigidos a investigar los problemas conductuales de niños y adolescentes con enfermedades crónicas, han encontrado que los niños que padecen alguna enfermedad de este tipo presentan mayores niveles de problemas internalizados y externalizados, así como mayores problemas de conducta en comparación con sus coetáneos saludables (Pinquart & Shen, 2011). Asimismo, estos autores encontraron que además de los problemas somáticos, los niños con enfermedades crónicas se encuentran en mayor riesgo de padecer problemas a nivel atencional.

Aunado a las consecuencias a nivel personal, están las modificaciones que se realizan en los hábitos del niño y el establecimiento de una nueva forma de relacionarse con la familia y con el núcleo social (Ajuriaguerra, 1983). Un estudio realizado por Martínez, Carter y Legato (2011), que incluye un metanálisis, reporta evidencias de que los niños con enfermedades crónicas presentan dificultades en cuanto a competencias sociales, especialmente aquellos niños con trastornos a nivel neurológico y los que padecen de obesidad.

Existen algunos elementos que pueden minimizar el impacto de las consecuencias que la enfermedad médica conlleva, éstos son denominados factores de resistencia, e incluyen *componentes intrapersonales* como el temperamento del niño, la capacidad social y académica, la motivación, la autoestima, el estilo de afrontamiento, el locus de control y las aptitudes para la solución de problemas; así como el *funcionamiento familiar*, como la adaptación de sus miembros, sistemas de apoyo social, cohesión familiar, recursos de la familia -familias intactas, con divorcio, recursos financieros, responsabilidades parentales, presencia de hermanos, entre otros- (Brown, Daly & Rickel, 2008). Ajuriaguerra (1983) afirma que la reacción del niño frente a la enfermedad dependerá del carácter agudo o progresivo y de la duración de la enfermedad, de la actitud familiar, del lugar de tratamiento y del clima emotivo en el que se encuentra tanto el niño como los padres, así como del grado de evolución afectiva del niño.

Los niños y adolescentes con enfermedades crónicas viven y significan la enfermedad de forma distinta a una persona adulta. En este sentido, Ruíz, Alba, Rodríguez y Vargas (2005) sostienen que cuando se atiende a población infantojuvenil es necesario considerar que se trata de seres en desarrollo, cuya maduración física y psicológica atraviesa diferentes estadios durante los cuales no es igual ni la representación de la enfermedad ni la satisfacción de sus necesidades. Asimismo, recalcan que es importante tener en cuenta que la actitud del niño ante su enfermedad y lo que ésta significa o representa para él es un elemento decisivo para el tratamiento y para su ajuste emocional y psicológico.

Ante el panorama anteriormente expuesto, se hace evidente, que la enfermedad crónica se acompaña de distintas alteraciones psíquicas en el niño que es necesario atender. Asimismo, es importante tener en cuenta que no únicamente es el niño el que se ve afectado por las consecuencias de la enfermedad, sino también su familia.

Diversos autores concluyen que ante los elevados niveles de problemáticas psicológicas y sociales asociadas a padecimientos de índole médico, es necesario realizar un tratamiento con aproximación colaborativa entre personal médico y psicológico. Asimismo, manifiestan que es prioritario, además de tratar la enfermedad somática, llevar a cabo intervenciones a nivel psicológico y social, con el fin de prevenir y tratar los problemas psíquicos asociados a la condición médica y con

el objetivo de incrementar las habilidades sociales y las redes de apoyo social tanto del paciente como de la familia (Pinquart & Shen, 2011; Martínez, Carter y Legato, 2011).

En este aspecto, Kern de Castro y Moreno-Jiménez (2007) manifiestan que el tratamiento médico para las enfermedades ha tenido un desarrollo importante recientemente, sin embargo, los estudios que investigan el impacto de la enfermedad sobre el bienestar y salud mental del niño son escasos. Roberts, 1992 (citado en Kibby, Tyc & Mulhern, 1998) reporta que la mayoría de las intervenciones tienen como objetivo mejorar el estado de salud de los niños o reducir las secuelas de la enfermedad, dejando de lado las consecuencias psicológicas de los tratamientos médicos o los problemas emocionales comórbidos a las condiciones pediátricas. En este sentido, Lorenzo, Alba y Rodríguez (2005) consideran de gran relevancia la atención psicológica de niños y adolescentes que padecen enfermedades crónicas. Estos autores destacan la importancia de estudiar el desequilibrio salud-enfermedad como un proceso que debe analizarse desde el niño, la familia, el tipo de enfermedad y los servicios de salud.

La atención psicológica proporcionada a población pediátrica implica la intervención desde diferentes áreas y niveles, donde es necesario tomar en cuenta la evolución de la enfermedad y los recursos tanto del niño como de la familia para hacer frente a la condición por la que atraviesan. En este sentido, Ruíz, et al. (2005) recalcan la importancia de que los niños reciban asesoría y orientación en cuanto a su enfermedad, tratamiento y manejo, tanto por parte de la familia, como por el médico, el maestro y las personas involucradas de forma cercana. Estos autores refieren que las funciones del equipo de salud incluyen el adiestramiento del paciente y sus familiares, que implica brindar la información adecuada acerca de la enfermedad (acorde con la edad del niño y su capacidad de comprensión), su tratamiento y la prevención de trastornos mayores. Asimismo, acompañarlos en la aceptación de la enfermedad, escuchar sus necesidades y sentimientos, cuidar su autoestima, tomar una actitud de aceptación y apoyo hacia el niño y actuar como vigilantes de la satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales. Por otro lado, estimular su independencia, fomentar su cooperación ante los tratamientos, modificar si es necesario, conductas y estilos de vida y fomentar su socialización.

Asimismo señalan la importancia de no demostrarles lástima ni propiciar que su enfermedad sea un vehículo para liberarse de sus responsabilidades.

Una de las disciplinas que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de niños que presentan problemáticas asociadas a una condición médica es la Psicología Pediátrica. Esta área de la psicología trabaja desde distintas dimensiones; por un lado, se dedica a estudiar el desarrollo infantil, área de conocimiento básica para entender la salud y la enfermedad en la práctica clínica, la investigación y la teoría del desarrollo, reconociendo que los patrones de desarrollo normal son el punto de referencia primaria de la práctica psicológica. Por otro lado, utiliza procedimientos sistemáticos para recolectar, evaluar e interpretar la conducta infantil, y por último, evalúa y trata las conductas de salud y enfermedad (Harper, 1997). En este sentido, trabaja desde la prevención primaria hasta el cuidado terciario durante la etapa de desarrollo correspondiente. La Psicología Pediátrica incide sobre los sentimientos de los niños ante las situaciones que les generan estrés, como por ejemplo una operación quirúrgica, la ansiedad asociada al tratamiento de la enfermedad, el sentimiento de pérdida de control personal entre otros (Donovan, 1988).

En el área de psicología de la salud, dentro de la cual se encuentra la psicología pediátrica, el tratamiento consta de intervenciones clínicas con el fin de entender, aliviar y resolver trastornos, ya sean emocionales, conductuales, preocupaciones personales u otros. Según Jurado (en Méndez y Maya del Moral, 2011) la actividad del psicólogo de la salud, debe entenderse como intervención, más que como tratamiento en sentido estricto, es decir, un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema, previamente identificado y analizado, de forma indirecta. Asimismo, la intervención también puede consistir en organizar un sistema para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer, perturbar o ambos efectos, la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad.

En las últimas décadas la psicología de la salud ha tenido injerencia sobre el tratamiento de distintas enfermedades crónicas que afectan a la población. A pesar de que esta área es nueva dentro de la psicología, la investigación al respecto da cuenta de una variedad de intervenciones y estrategias dirigidas a incidir sobre las consecuencias socioafectivas de la enfermedad y/o discapacidad en población

pediátrica. Estas intervenciones han estado dirigidas hacia el trabajo con el paciente y su familia y apoyan el proceso de adaptación a la enfermedad y a los cambios y consecuencias que ésta conlleva. Estos tratamientos se han llevado a cabo desde diferentes abordajes teóricos, metodológicos y desde modalidades individuales, grupales y/o familiares. A continuación se abordan algunos de los tratamientos y/o intervenciones psicológicas significativas realizadas con población pediátrica con enfermedades crónicas y se da una visión general de las mismas, su aplicación y las investigaciones que han dado cuenta de sus beneficios.

Los **métodos de tratamiento psicológico para niños y adolescentes** con enfermedades crónicas se han llevado a cabo desde una variedad de enfoques y aproximaciones que han contribuido a mejorar las condiciones de vida de los pacientes. Algunas de ellas incluyen terapias conductuales, cognitivo-conductuales y basadas en la familia, intervenciones psicoeducativas y psicofarmacológicas y una combinación de dos o más de estos enfoques de intervención (Brown, et al., 2008), así como terapia de grupo de apoyo o terapia individual (Carlson & Bultz, 2003) y terapia espiritual o existencial (Cunningham, 1995, citado en Carlson & Bultz, 2003). Ruíz, et al. (2005) proponen recursos psicoterapéuticos utilizando la psicoterapia breve y la de apoyo, como son: el psicotítere, el psicodrama, la terapia testimonio, el cine-debate, las lecturas comentadas, los convenios terapéuticos, la ludoterapia, la pictoterapia, musicoterapia, entre otros.

Algunos autores han agrupado las intervenciones pediátricas en aquellas que apoyan la adaptación emocional/conductual a las enfermedades crónicas y aquellas que se enfocan en el manejo de la enfermedad, abordando los síntomas de la condición así como tratamientos para reducir el dolor asociado o intervenciones para mejorar la adherencia (Kibby, Tyc y Mulhern, 1998). Estos autores clasificaron las intervenciones en cuatro grandes categorías: a) conductual, que incluye intervenciones cognitivo conductuales, modificación conductual (técnicas operantes, aproximaciones conductuales, desensibilización sistemática), biofeedback, relajación/imaginería y distracción, b) no conductual que incluye terapia psicodinámica, hipnosis y terapia familiar y c) didáctica que comprende la psicoeducación. De acuerdo con LaGreca & Varni (citado en Kibby, Tyc y Mulhern, 1998) las intervenciones en psicología pediátrica cubren una variedad de cuestiones y se pueden categorizar en cuatro dominios que describen las áreas meta de las intervenciones: manejo de la

enfermedad, concomitantes conductuales de la enfermedad, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

A continuación se abordarán distintas modalidades de intervención para el trabajo con niños que padecen alguna enfermedad crónica, algunas de ellas incluyen el trabajo desde el enfoque cognitivo-conductual, conductual, la terapia de juego, la terapia de grupo y la intervención familiar, cada una de ellas con sus diferentes variaciones.

Las intervenciones abordadas desde el **enfoque cognitivo-conductual** buscan modificar las conductas inadaptativas y ayudan a los niños y adolescentes a afrontar su enfermedad y desarrollar conductas y estrategias que coadyuven a aliviar los síntomas. Según Van de Venn (2003) el entrenamiento en habilidades de afrontamiento es la aproximación terapéutica más común en pacientes con enfermedades crónicas, que es un elemento básico de las intervenciones cognitivo conductuales.

Los componentes típicos de una intervención bajo este enfoque incluyen entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, autorregulación, educación afectiva y manejo del estrés (ejercicios de respiración, relajación muscular progresiva, imaginación guiada), ejercicios de distracción (contar en voz alta, soplar un espantasuegras, jugar con juguetes o rompecabezas) entre otros. Estos componentes se llevan a cabo a través de modelamiento, reforzamiento o incentivos, ensayos conductuales, role playing, etc. Usualmente, el entrenamiento es proporcionado por un psicólogo, personal médico o los padres, que han recibido previamente preparación. Powers (1999) realizó una investigación con el fin de probar si los procedimientos anteriormente mencionados cumplían con los criterios para los tratamientos con sustento empírico ("The Chambless Criteria"), concluyendo que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento "bien establecido" para los procedimientos médicos que implican dolor en niños y adolescentes (quemaduras, procedimientos médicos dolorosos, quimioterapia, inyecciones intravenosas, vacunas).

Las intervenciones cognitivo conductuales han mostrado ser eficaces en una variedad de condiciones médicas. En niños y adolescentes con diabetes mellitus se ha demostrado la efectividad de los programas dirigidos al manejo del estrés (Brown, et

al., 2008), a la mejora en habilidades de resolución de problemas (Cook, et al. 2002, citado en Brown, et al., 2008), a la disminución del pensamiento negativo y disminución del dolor en niños con anemia por células falciformes (Gil, et al., citado en Brown, et al., 2008), así como a mejoras en variables como la autoeficacia, el automanejo de la enfermedad, el funcionamiento familiar, el bienestar psicosocial, el aislamiento reducido, la competencia social, la esperanza, el dolor -jaqueca crónica-, la función pulmonar -asma-, el ausentismo escolar -asma-, la fatiga -síndrome de fatiga crónica- y el control metabólico -diabetes- (Barlow & Ellard 2004).

Kibby, Tyc y Mulhern (1998) reportaron, como resultado de un metanálisis de 42 estudios, que las intervenciones psicológicas en población pediátrica ante una variedad de condiciones, mejoraron efectivamente el ajuste a la enfermedad y redujeron problemas relacionados con el padecimiento. Los resultados también indicaron que las intervenciones cognitivo conductuales, de modificación de conducta y de relajación/imaginería resultaron efectivas en el tratamiento de problemas emocionales y conductuales relacionadas con la enfermedad. La mayoría de los estudios se enfocaron en reducir las secuelas adversas de la enfermedad, como reducción del dolor y manejo de los síntomas, manejo de estrés debido a procedimientos médicos y mejora en el ajuste psicológico, observándose que los resultados se mantuvieron hasta el seguimiento de un año. Se encontró que el enfoque cognitivo conductual fue la aproximación más frecuentemente usada y con los resultados más sólidos, sugiriendo un énfasis en las terapias a corto plazo cuando se trata de problemas típicos asociados con una enfermedad crónica.

Otra aproximación desde la cual se trabaja la condición médica crónica con población infantil, es la **intervención conductual**, que está orientada hacia metas y su objetivo es cambiar conductas específicas observables que se estiman son problemáticas en uno o más entornos. Algunos componentes son el reforzamiento positivo y negativo, el castigo, el costo de respuesta y la extinción, así como la desensibilización sistemática, la capacitación en relajamiento y el manejo de contingencias (Brown, et al., 2008). Estas intervenciones han sido utilizadas en diferentes enfermedades crónicas presentando resultados benéficos. En niños asmáticos resultó en menos problemas de adaptación y síntomas de internalización menos frecuentes (Perrin, et al. 1992, citado en Brown, et al., 2008); en niños con anemia por células falciformes dio lugar a menos pensamientos negativos, menores niveles de dolor y en más

intentos de afrontamiento (Gil, et al., citado en Brown, et al., 2008); así como en la reducción de efectos secundarios adversos asociados con la quimioterapia y náusea (McQuaid & Nassau, 1999). Powers (1999) encontró que las técnicas conductuales de manejo de dolor y relajación son tratamientos válidos empíricamente para reducir la ansiedad y el dolor derivado de procedimientos médicos intensivos.

Otra forma de intervención que ha representado una forma de ofrecer a los niños con condición médica la oportunidad de trabajar cuestiones individuales con niños que viven y padecen una situación similar a la suya es la **terapia de grupo**. Los principales objetivos de esta terapia consisten en que los niños desarrollen habilidades de solución de problemas, de comunicación y de habilidades sociales, funcionando como terapias psicoeducativas y terapéuticas (Brown, et al., 2008). Plante, Lobato & Romy Engel, (2001) clasificaron en cuatro categorías las intervenciones grupales para trabajar con población pediátrica crónica: *apoyo emocional, psicoeducación, desarrollo de habilidades-adaptación y reducción de síntomas*. De acuerdo con estos autores, la meta de los *grupos de apoyo emocional* es incidir sobre la adaptación psicológica a la enfermedad por medio del acercamiento y discusión con niños que atraviesan una experiencia similar. Los *grupos psicoeducativos* tienen como fin la adaptación psicológica a la condición médica proporcionando información acerca de la enfermedad y su manejo y focalizando la adherencia a procedimientos médicos. Promueven las habilidades de afrontamiento, un mayor número de redes sociales y el mejor funcionamiento familiar. Asimismo se llevan a cabo discusiones acerca de las dificultades sociales y psicológicas que la enfermedad conlleva (Gaudet & Power, 1989, citado en Barakar & Boyer, 2008; Plante, et al., 2001). A este respecto, Last, Stam, Onland-van Nieuwenhuizen & Grootenhuis (2007) reportan la eficacia de este tipo de intervenciones en niños con diversas condiciones médicas en lo que se refiere a dificultades socioemocionales, competencia social, búsqueda de información, relajación y pensamientos positivos. Dentro del *desarrollo de habilidades/adaptación* se tiene como objetivo la adaptación psicosocial a la condición médica así como la mejoría de los síntomas físicos a través de mejorar habilidades específicas. Los *grupos de reducción de síntomas* son aquellos en los cuales la meta es reducir o eliminar los síntomas físicos a través del cambio conductual.

Los campamentos de verano son otra forma de intervención grupal y constituyen una oportunidad para que los niños afronten las necesidades psicosociales asociadas con su enfermedad y reciban apoyo de sus pares, quienes experimentan preocupaciones y experiencias similares. La investigación referente a los campos de verano reporta mejorías en los niños en cuanto a conocimiento respecto a su enfermedad y en cuanto a ansiedad, autoestima, actitudes hacia la enfermedad y manejo de la misma. Asimismo, una revisión de investigaciones llevaba a cabo por Martiniuk (citado en Brown, et al., 2008) reporta eficacia a corto plazo en población oncológica infantil en el aumento de autoestima, amistades, conocimiento acerca de la enfermedad, nivel de actividad, estado de humor positivo, locus de control y funcionamiento familiar.

De manera general, las intervenciones grupales dirigidas a población pediátrica con enfermedades crónicas reportan resultados positivos, entre ellos, mejorías en cuanto a apoyo social y mayores respuestas de afrontamiento (Wallander & Barni, 1998, citado en Brown, et al., 2008). Plante et al. (2001) llevaron a cabo un importante metaanálisis entre 1979 y 2000, que describe intervenciones de grupo dirigidas a población pediátrica con enfermedades crónicas. Estos autores concluyeron que las intervenciones para la adaptación y el desarrollo de habilidades para la reducción de síntomas físicos están bien establecidas y representan una buena intervención en cuanto a resultados psicosociales en población infantil con diabetes y asma. Asimismo, encontraron que los grupos de reducción de síntomas son prometedores para padecimientos como la obesidad pediátrica y la diabetes. Estos autores reportan que a pesar de que existen intervenciones grupales bien establecidas para el desarrollo de habilidades para la adaptación y la reducción de síntomas, no hay suficiente evidencia para apoyar la efectividad de los grupos de apoyo emocional o psicoeducativo. Asimismo, concluyen que existe una brecha importante entre lo que existe en cuanto a intervención grupal en población infantil y la investigación basada en evidencias.

Como se hace mención en el capítulo anterior, las familias de los niños con enfermedad crónica se ven afectadas de manera directa en menor o mayor grado ante el diagnóstico del menor. Es por ello que se hace necesario tomar en cuenta al núcleo familiar y su dinámica cuando se realizan intervenciones con niños aquejados por una condición médica crónica. Las **terapias familiares** buscan cambiar los patrones de relación dentro de la familia con el objetivo de que sean más

armoniosas, asimismo, mejorar la adaptación a la enfermedad y la respuesta al estrés asociado con la misma (Brown, et al., 2008).

Dentro de las intervenciones de esta índole, se encuentra la *terapia conductual de sistemas familiares* (BFST del inglés Behavioral Family Systems Therapy), que se enfoca a las relaciones familiares y a la resolución de conflictos. Esta terapia ha demostrado ser eficaz en lo que se refiere a conductas de salud, mejorías en la relación entre padres y adolescentes en relación con la enfermedad, adherencia terapéutica y resultados psicosociales en adolescentes con diabetes (Wysocki, Greco & Harris, 2001). Por otro lado, la *terapia familiar estructural* resultó ser benéfica en casos de inadaptación grave a la enfermedad crónica y mejoró de forma significativa la adaptación del niño a la condición médica, así como la gravedad de la misma (Sargent, 1983, citado en Brown, et al., 2008). Según Brown, et al., (2008) la investigación indica que la *terapia familiar multisistémica* y la *terapia conductual de sistemas familiares* han dado evidencia de ser eficaces en cuanto a conductas de adherencia, salud y resultados psicosociales en niños y adolescentes con enfermedades crónicas.

Existen modelos terapéuticos que conciben la enfermedad crónica y/o discapacidad de un niño como un trauma para la familia. Estos modelos actualmente son llevados a la práctica y refieren usar un rango ecléctico de intervenciones, que combinadas forman un modelo de servicio. Comprenden terapia individual, de pareja y familiar (con una variedad de técnicas que van desde la terapia de juego hasta las discusiones generales), primeros auxilios psicológicos, proyectos en los que los participantes hablan de sus historias en espacios públicos adecuados, terapia de grupo, padres mentores (que son entrenados como voluntarios para apoyar a otros padres), eventos sociales y educación comunitaria. Estas intervenciones tienen como principios trabajar sobre ciertas dinámicas psicológicas como el empoderamiento, la reconexión, la resiliencia/estilos de afrontamiento y reencuadre (Morrison, Bromfield & Cameron, 2003).

Otra modalidad, que no ha sido tan ampliamente investigada en esta población es la **terapia de juego** con niños. A pesar de que existen escasas publicaciones en la literatura acerca de su efectividad, la terapia de juego en el tratamiento de niños con enfermedades crónicas es una herramienta que se utiliza con frecuencia en el ámbito

hospitalario (Golden, 1988). Jones & Landreth (2002) examinaron la efectividad de este tipo de intervención para niños diagnosticados con diabetes, encontrando mejoras en la adaptación a la enfermedad, adherencia terapéutica y en cuanto a problemas de conducta. Las observaciones cualitativas de este estudio revelaron que los niños con esta condición tienen la capacidad de resolver cuestiones de ansiedad, depresión y otras dificultades emocionales relacionadas con la enfermedad por medio de la terapia de juego.

Además de incidir directamente sobre las consecuencias de la enfermedad, las intervenciones psicosociales también han estado dirigidas a preparar a los niños ante una hospitalización. Éstas en general incluyen el brindar información al niño acerca de la operación y el hospital, informándoles específicamente acerca de lo que va a suceder durante la hospitalización y las sensaciones que vivirán. La demostración o el modelamiento se utilizan para brindar esta información. De acuerdo con Harbeck-Weber y McKee (citado en Powers, 1999) la ansiedad y el estrés tienden a reducirse después de la preparación y el modelamiento. Bursteina y Meichenbaum, 1979 (en Golden, 1988), reportan la utilización de la **terapia de juego** como intervención ante casos de hospitalización o realización de procedimientos médicos. Refieren que si el niño elige jugar con juguetes cargados a nivel simbólico de contenido médico, tenderán a pensar y fantasear sobre los procedimientos del hospital, y esto les dará la oportunidad de desarrollar una visión distinta del estímulo que temen, creando mecanismos para enfrentarse a la situación. De igual manera, el sentimiento de seguridad del salón de juegos les permite confrontar sus miedos a través de la exploración, manipulación de material médico, representación de roles y esto les ayuda a generar estrategias para afrontar de mejor manera la hospitalización o el procedimiento médico al que son sometidos (Golden, 1988).

De manera general la literatura que reporta resultados derivados de intervenciones psicosociales llevadas a cabo con población pediátrica, refieren beneficios de diversa índole. Muchos de estos autores no especifica un modelo de trabajo, algunos otros obtienen sus resultados de revisiones o de estudios de metanálisis, encontrando resultados positivos. Algunos de los resultados publicados y de relevancia incluyen entre otros, mejorías sobre el conocimiento y manejo de la enfermedad, la reintegración de niños enfermos a instituciones educativas, el apoyo y coordinación de cuidados entre padres e hijos, mejorías significativa en cuanto a autoestima,

autoeficacia, competencia social, locus de control y funcionamiento familiar (Bauman, Drotar, Leventhal, Perrin & Pless, 1997); disminución de la angustia psicológica -diabetes- (Winkley et al., 2006, citado en Brown, et al., 2008); reducciones significativas en cuanto a síntomas, mejoras en la calidad de vida y menos visitas a hospitales y a urgencias –asma- (Walders et al., citado en Brown, et al., 2008), alivio en los niveles de estrés en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas –cáncer- (Carlson & Bultz, 2003), menos problemas conductuales y menor ansiedad –cáncer- (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1993).

Como se puede observar, la revisión de la literatura ha documentado la eficacia de las intervenciones para niños, adolescentes y sus familias, en lo que se refiere a las consecuencias psicológicas y sociales derivadas de una condición médica crónica. Según LaGreca & Varni, (citado en Kibby, Tyc y Mulhern, 1998), la efectividad de estas intervenciones varía dependiendo del tipo de intervención, del tipo y severidad de la condición médica y de variables demográficas que median la efectividad del tratamiento.

Recientemente el énfasis se ha puesto en probar y utilizar tratamientos empíricamente validados y se ha ampliado la investigación en psicología pediátrica con el fin de dar validez externa al ampliar el entendimiento de qué aspectos del tratamiento funcionan, con quién, bajo qué condiciones y en qué contextos (Levant, 2005, citado en Barakar & Boyer, 2008). Algunos autores han sugerido que la evidencia de la eficacia de las intervenciones psicosociales son suficientemente fuertes, al grado que se deberían considerar en el mismo nivel que otro tipo de terapias coadyuvantes (Cunningham, 2000).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON ESPINA BIFIDA

A pesar de que existen investigaciones enfocadas a estudiar las intervenciones y los factores psicosociales asociados a diversas enfermedades médicas crónicas, existe relativamente poca literatura que se enfoque específicamente en los defectos del tubo neural o espina bífida.

La poca investigación que se ha realizado al respecto, muestra resultados desalentadores. Un importante estudio realizado por Holmbeck, Greenley, Coakley, Greco & Hagston, (2006) con la intención de llevar a cabo una revisión de las

intervenciones existentes para familias de niños con espina bífida no arrojó resultados de estudios publicados en la búsqueda. Estos autores concluyeron en la fecha de su publicación que no había evidencia que diera soporte al uso de intervenciones para mejorar el funcionamiento familiar de estos pacientes.

Diversos autores refieren que en cuanto al tratamiento de la espina bífida los esfuerzos se han enfocado tanto en el dominio físico como neurocognitivo, con menor atención a las consecuencias tanto psicosociales como educativas (Gluckman & Barling, 1980; Holmbeck & Devine, 2010). Lo anterior se confirma al encontrar en la literatura escasa información respecto a intervenciones psicosociales que coadyuven a la mejoría de la serie de consecuencias socioemocionales que aquejan a los niños nacidos bajo esta condición. A pesar de lo anterior, Fletcher & Brei (2010) refieren que se ha hecho un esfuerzo por moverse del modelo enfocado estrictamente en aspectos médicos para evaluar y apoyar la calidad de vida de los pacientes afectados por dicho padecimiento.

Antolovich & Wray (2008) sostienen que el cuidado de los niños y adolescentes con espina bífida se extiende más allá de las necesidades médicas y quirúrgicas. La rehabilitación de niños con discapacidades físicas o intelectuales es un proceso que busca mejorías tanto en el desarrollo como en la autodeterminación y autovalía, con el fin maximizar la independencia y el bienestar tanto físico como emocional. En el caso de la espina bífida, el tratamiento incluye ambos, tanto el manejo de las consecuencias neurológicas como el manejo de las necesidades del paciente de una manera holística. Según estos autores, los pacientes son mejor atendidos cuando existe un equipo coordinado, que incluye tanto la rehabilitación pediátrica como una intervención multidisciplinaria, que asegure una salud y una calidad de vida óptimas, así como la presencia de un bienestar físico, mental y social.

El tratamiento de pacientes con espina bífida representa un reto para el sistema de salud pues como se hace mención en el capítulo anterior, es necesario el trabajo conjunto de pediatras, médicos en rehabilitación, neurocirujanos, urólogos, cirujanos ortopedistas, terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje, ortodontistas y psicólogos. Desafortunadamente en México y en muchos otros países no se tiene aún la infraestructura necesaria para proporcionarle una atención integral y un seguimiento cercano al paciente con este padecimiento. Aún dentro de la literatura

internacional, Liptak & ElSamra (2010) recalcan la falta de investigación actual en lo que se refiere a la incorporación a actividades y a la participación social por parte de las personas con espina bífida. Estos autores refieren modelos de manejo de la enfermedad en otras condiciones médicas pediátricas como ejemplos de estrategias que pueden ser aplicables a la espina bífida, hecho que da cuenta del poco trabajo e investigación que se ha llevado a cabo alrededor de este padecimiento, en comparación con otros. Enlistan áreas en las cuales es necesario realizar investigación, como cuidados de salud enfocados en el paciente y basados en evidencia, así como iniciativas para mejorar la calidad de vida.

Dentro de la investigación concerniente a las enfermedades crónicas y específicamente en espina bífida se han identificado múltiples factores y contextos que influyen tanto directa como indirectamente en el desarrollo del niño y el funcionamiento de la familia. Por su parte, Holmbeck & Devine (2010) proponen un modelo bioneuropsicosocial del ajuste psicológico en niños, adolescentes y adultos emergentes con espina bífida. Ellos estipulan que el ajuste de estos pacientes está determinado por múltiples factores biológicos, neuropsicológicos, sociales (incluyendo el funcionamiento familiar) y factores contextuales que interactúan entre sí. Asimismo, refieren que estos factores pueden tener una relación causal entre ellos y que cada uno va evolucionando y cambiando con el tiempo. Toman como ejemplo a la familia y manifiestan que este factor tiene múltiples sub-ámbitos como son: ajuste parental, conductas parentales, satisfacción parental, estrés parental, constructos del sistema familiar (ej. conflicto, afectos, cohesión), carga familiar, habilidades de resolución de problemas familiares, afrontamiento familiar, manejo familiar de la condición médica y adherencia médica, funcionamiento marital, entre otros. Establecen que estos sub-ámbitos se influyen entre sí, además de tener un impacto sobre el nivel de adaptación del individuo. Los autores concluyen que con el uso de un modelo bioneuropsicosocial se promoverá un mejor entendimiento de los factores múltiples que influyen la adaptación psicológica de los niños con espina bífida, así como el funcionamiento familiar de estos pacientes. Por su parte Fletcher & Brei (2010) refieren que si existe una característica que defina las necesidades de los pacientes con espina bífida, es la variabilidad de necesidades y resultados.

Como se mencionó en el capítulo anterior, los niños con espina bífida pueden presentar dificultades en diversas áreas, entre ellas: área perceptomotora,

dificultades en la comprensión, atención, memoria, organización, hiperactividad y resolución de problemas. La “Asociación de Espina Bífida de Estados Unidos” proporciona ciertas recomendaciones para mejorar e intervenir en cada una de estas dificultades (Lollar, 2001). A continuación se enumeran algunas de ellas:

Área perceptomotora

- Estimular todos los sentidos.
- Realizar ejercicio físico para desarrollar la conciencia del espacio.
- Enseñar en los primeros años de vida las ideas básicas de relación (arriba/abajo, dentro/fuera, derecha/izquierda, superior/inferior).
- Realizar actividades y juegos en donde los ojos y las manos colaboren.
- Incitar a los niños a que realicen tareas que impliquen la psicomotricidad fina.

Comprensión:

- Usar mapas visuales, demostraciones y explicaciones orales simples que le ayuden al niño a entender lo que se está enseñando.
- Fomentar que el niño asuma roles y actúe personajes de cuentos con dibujos, de forma que experimente lo que sucede en la historia y comprenda de mejor manera.
- Explorar con el niño temas que correspondan a su nivel evolutivo y realizar preguntas acerca de lo que se está hablando.
- Cuando el niño comience a leer, platicar con él acerca de lo que lee para verificar el nivel de comprensión.
- Apoyar al niño a identificar la idea o ideas principales de un texto, película, conversación, etc.
- Animar al niño a que lea las preguntas de una lectura de comprensión de manera anticipada con el fin de que logre organizar y comprender lo que lee, enfatizando los puntos más importantes.

Problemas de atención:

- Se sugiere enfatizar el aprendizaje auditivo pues los niños con espina bífida son capaces de prestar más atención cuando escuchan que cuando ven.
- Fomentar en el niño la observación y atención de lo que le rodea, poniendo énfasis en la vista y los sonidos.

- Hacerle saber que nos percatamos de que se le dificulta poner atención y crear códigos con el niño para hacerle saber que no está prestando atención.
- Garantizar que el niño nos preste atención antes de decirle o mostrarle algo, estableciendo contacto visual.
- Elegir un lugar tranquilo y sin distracciones para que trabaje. En la escuela es preferible un lugar cercano al profesor para reducir las distracciones.
- Proporcionar tareas o trabajos cortos que el niño pueda realizar sin problema alguno, pues esto aumenta su concentración.
- Se recomienda trabajar durante periodos cortos con descansos intermedios y con el tiempo aumentar los periodos de trabajo.
- Realizar un sistema de reforzamiento en caso necesario para terminar los trabajos con apoyo de un asistente social, enfermera o psicólogo.
- Si se considera pertinente, llevar a cabo una evaluación para detectar cualquier déficit de atención y proporcionar medicamento si es necesario.

En caso de presentar hiperactividad, se recomienda lo siguiente:

- Realizar rutinariamente ejercicios para reducir la tensión
- Fomentar el pensamiento reflexivo y la contención de conductas impulsivas.
- No exigir periodos prolongados de trabajo independiente.
- Anticipar situaciones que desencadenan la inquietud o la impulsividad del niño y hacérselas conscientes.

Memoria:

- Ayudar al niño a identificar el tipo de memoria que predomina en él (visual, auditiva, a corto o largo plazo, etc.)
- Proporcionarle técnicas mnemotécnicas para asociar o agrupar cosas que necesite recordar.
- Enseñarle a utilizar recordatorios a través de notas, relojes con alarma, imágenes mentales, grabadora, entre otros.

Organización:

- Apoyar al niño en la organización y estructuración de sus materiales y objetos personales.
- Disminuir las explicaciones orales y modelar la estructura y organización.

- Mantener lo más reducida posible la cantidad de objetos que se tienen que utilizar a la vez, ya sea en el hogar o en la escuela.
- Enseñar al niño a que de forma anticipada piense en el material que necesitará para llevar a cabo una determinada actividad.

Seguimiento de secuencias:

- Desde temprano apoyar al niño para coordinar sus ojos y manos (paso inicial en el seguimiento de secuencias).
- Fomentar la realización de actividades en las que sea necesario seguir un orden o una secuencia y llevarlos a cabo punto por punto.
- Comenzar actividades que impliquen pocos pasos y con el tiempo y la práctica realizar actividades en que aumenten los pasos o la complejidad de los mismos.
- Realizar juegos donde se cambie el orden de ciertas actividades cotidianas y pedirle al niño que proporcione la secuencia adecuada.
- Con niños grandes permitir que comiencen a pautar sus actividades cotidianas, al inicio puede ser necesario proporcionales un cronograma de cada día o semana.
- Realizar ejercicios en donde sea necesario acomodar secuencialmente (historietas, ordenación lógica de acontecimientos, etc.).

Toma de decisiones/Resolución de problemas:

- Desde pequeño, proporcionarle al niño opciones entre dos o tres alternativas.
- Ayudarle al niño a darse cuenta de que sus decisiones y acciones van acompañadas de ciertas consecuencias.
- Modelar toma de decisiones y resolución de problemas.
- Tomar conciencia de los pasos en la resolución de problemas y enseñárselos al niño.

Las recomendaciones anteriores se dan como una pauta a nivel general, sin embargo, el autor sugiere hacer una evaluación tanto a nivel psicológico como neuropsicológico con el fin de identificar las fortalezas y deficiencias particulares del paciente, para así, trabajar en las áreas en las que se requiera.

Uno de los pocos trabajos encontrados en la literatura acerca de intervenciones psicológicas en niños con espina bífida, fue realizada por Gluckman & Barling (1980) quienes evaluaron el efecto de un programa terapéutico dirigido a mejorar la percepción visomotora de pacientes con este padecimiento. Para este efecto, los participantes se dividieron en tres grupos: grupo control, grupo placebo (atención) y grupo experimental. Se les administró el programa de desarrollo de la percepción visual de Frostig y se realizó una evaluación posterior. Se encontró que el grupo experimental mejoró significativamente en el índice de percepción visual general y en cinco subtests del Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig, manteniéndose los resultados al tercer mes de seguimiento. Derivado de los resultados de este estudio, los autores subrayan la necesidad de proveer a los niños con espina bífida de educación remedial, como un posible mecanismo cognitivo que media el cambio conductual.

Dentro del **ámbito educativo**, los niños con espina bífida se enfrentan con dificultades en el aprendizaje y en la integración al aula y escuela, que tienen relación directa con las consecuencias neurocognitivas y socioafectivas de su padecimiento. En este contexto se han hecho diversas propuestas de intervención. Morillo (2010) manifiesta que es importante establecer un vínculo afectivo positivo con el alumno que padece espina bífida, con el fin de darle seguridad para enfrentarse a las diversas situaciones que se le presentan. Asimismo refiere que el objetivo principal de la intervención educativa es lograr la máxima independencia funcional del alumno, así como la autonomía personal y la integración más completa posible en la sociedad.

Se sugiere que la **intervención pedagógica** se realice en función de la edad del niño y se proponen tres niveles:

- **Estimulación temprana.** Implica recibir estímulos desde la primera infancia. Además de lo relativo a los déficits motores, se hace énfasis a la estimulación de la coordinación visomotora, la atención, el desarrollo del lenguaje, la socialización, entre otros (Herreros 1984, citado en Arcas, Naranjo y Ponce, 2002). La estimulación temprana parte del supuesto de que una evaluación e intervención precoz tendrá mayores posibilidades de éxito (Espinosa y Ortego, 2003) y hace referencia a “las técnicas educativas y/o rehabilitadoras que se aplican durante los primeros años de vida a todos aquellos niños/as que por

sus características específicas necesitan de un tratamiento o intervención precoz con el fin de evitar que se desarrollen deficiencias o que las ya establecidas perjudiquen en mayor medida la evolución o maduración del desarrollo infantil dañado” (Federación Asociaciones Espina Bífida de Andalucía). En el caso de los niños con espina bífida el objetivo de la estimulación temprana es alcanzar un desarrollo lo más normalizado posible.

- **Educación infantil (preescolar).** Debe seguir la misma línea de la estimulación precoz, sin embargo la intervención será dentro de la escuela y tendrá como objetivo principal la integración social del niño en un grupo normalizado. También se propone una enseñanza individualizada y acorde al ritmo del niño. Se pondrá especial énfasis en desarrollar en estos niños tanto la psicomotricidad fina como gruesa y el esquema corporal, facilitando en el niño el conocimiento de su cuerpo, con sus capacidades y limitaciones.
- **Educación primaria.** Se espera que para esta edad el niño normalice su situación y se observe en él únicamente un leve retraso escolar. Se proporcionará apoyo con el fin de corregir o minimizar los problemas psicológicos implicados (dificultades de lenguaje, orientación, simbolización, memoria, atención, entre otros). Son necesarias las adaptaciones y el objetivo es la integración social y la normalización. Se debe ser consciente de que al niño le puede tomar más años terminar la escuela primaria. Los ejercicios para estos niños más que diferentes deben hacerse de modo distinto, más lentamente y de manera más insistente en cada uno de los pasos para su realización (Arcas, Naranjo y Ponce, 2002; Morillo, 2010).

Por otro lado, Ramírez (2009) menciona que el proceso de adaptación del currículo para los niños con espina bífida busca además de un mayor grado de autonomía, la aceptación de sus limitaciones, que le llevan a aceptarse a sí mismo y de este modo a mejorar su autoestima y sus niveles de socialización. Las estrategias que esta autora propone para llevar a cabo en el centro educativo incluyen concientizar a las familias con el fin de que se comuniquen con sus niños, promuevan su expresión y promuevan su autonomía en cuanto a hábitos. Dentro de la escuela se propone además de la programación de actividades que den cabida a la iniciativa de los niños,

la organización del aula de tal manera que se facilite la realización de actividades motrices y expresivas, el desplazamiento con autonomía y libertad del niño en el aula, favorecer el trabajo grupal y la relación con los compañeros con el fin de desarrollar un trabajo cooperativo y la integración con el grupo-clase. Asimismo, el desarrollo de distintas actividades (cursos, talleres) en que se fomente el disfrute y uso de las distintas formas de comunicación en situaciones diversas y la adaptación de las actividades para que el niño pueda realizarlas a la par de sus compañeros. Además de propiciar un ambiente de libertad y afecto, bienestar y seguridad, y desarrollar valores en los niños que les permitan sentirse parte del grupo (respeto, tolerancia, compañerismo).

Algunos autores refieren que la escolarización de los niños con espina bífida debe tender hacia la normalización, que implica tener en cuenta las capacidades del niño, más que sus dificultades (Arcas, Naranjo y Ponce, 2002). Estos autores hacen hincapié en la importancia de que el profesor conozca el problema del niño y se lo haga saber a sus compañeros con claridad. Algunos de los objetivos educativos que se proponen con estos alumnos tiene que ver con partir de una evaluación psicopedagógica que contenga tanto las dificultades como las capacidades del niño, desde el cual se desarrollará un programa que oriente el trabajo. Proponen elaborar horarios de actividades que tengan en cuenta las necesidades de los niños y la coordinación de los especialistas a cargo ellos.

Las intervenciones mencionadas con anterioridad se enfocan a incidir fundamentalmente sobre los déficits o dificultades a nivel tanto perceptomotor como cognitivo y escolar. En la revisión de la literatura hasta el momento, no se encontraron intervenciones dirigidas al área socioemocional de los niños con espina bífida, la cual está afectada en diversas dimensiones como se hizo referencia en el capítulo anterior.

Según Espinosa y Ortego (2003) la literatura que existe acerca de las intervenciones psicológicas en las discapacidades físicas son escasas, presentándose aún más escasas las investigaciones que den cuenta de la fiabilidad, validez y eficacia de dichas intervenciones. Fletcher & Brei, (2010) sugieren la necesidad de que las investigaciones se dirijan a realizar estudios longitudinales y multidisciplinarios que incluyan a niños con espina bífida a través del periodo de desarrollo. Asimismo

recomiendan realizar mayor investigación en cuanto a evaluación, factores contextuales e intervenciones que contribuyan a la calidad de vida de estos pacientes. Estos autores refieren que lo que se aprende acerca de la espina bífida es relevante para otros trastornos neurogenéticos, y puede tener un impacto en el tratamiento de pacientes con otro tipo de trastornos del desarrollo.

Asimismo, Holmbeck, et al. (2006) establecen la necesidad de usar la literatura científica para informar acerca de las intervenciones dirigidas a los individuos y familias en riesgo. Sostienen que la investigación básica y la investigación acerca de intervenciones se deberían enfocar en variables similares para que los resultados de las primeras puedan informar a los objetivos de las últimas. Holmbeck & Devine (2010) refieren que la adopción de un marco teórico tanto en la investigación básica como aplicada (intervenciones) con referencia a la espina bífida, permitirán el desarrollo de programas de intervención basadas en un marco referencial y en la evidencia.

La investigación da cuenta de los beneficios que las intervenciones psicosociales tienen tanto a nivel físico como psicológico en población con algún tipo de enfermedad o condición médica. Tanto en los niños con condiciones médicas crónicas como en los niños con discapacidad, se ven afectadas diferentes dimensiones cognitivas, sociales, emocionales, familiares, afectivas, por mencionar algunas, que tienen un impacto en su calidad de vida. Como se señaló a lo largo de este capítulo es de gran relevancia atender a estos niños en el ámbito socioemocional, tomando en cuenta sus necesidades individuales y no solo dar prioridad a su mejoría dentro del ámbito médico, sino de manera integral, con el fin de lograr mayor bienestar y una mejor adaptación a la enfermedad.

Desafortunadamente, la literatura referente a las necesidades psicosociales del niño con espina bífida es muy limitada. La información encontrada al respecto, aunque escasa, hace referencia a los efectos psicológicos, sociales y/o familiares derivados de esta condición médica, sin embargo, muy poco se ha escrito acerca del trabajo psicoterapéutico llevado a cabo con niños con este padecimiento. Es necesario, que los profesionistas de la salud que trabajen con niños con estas características den a conocer su trabajo y realicen propuestas de intervención basadas tanto en su

experiencia como en el marco teórico derivado de las investigaciones llevadas a cabo con esta población.

El presente trabajo tiene como objetivo describir el proceso terapéutico realizado con un menor diagnosticado al nacimiento con un defecto del tubo neural, bajo un enfoque de psicoterapia integrativo, en el que los esfuerzos estuvieron dirigidos a realizar intervenciones y utilizar estrategias basadas en las necesidades y características del menor, así como en las condiciones que le imponía su enfermedad en el momento de la intervención. El proceso que se llevó a cabo se describirá en un capítulo posterior.

CAPÍTULO III. TERAPIA INTEGRATIVA.

En la actualidad, la psicoterapia ha alcanzado dimensiones que van más allá de lo que se podía imaginar tan sólo hace 100 años, cuando se comenzaron a generar propuestas terapéuticas creadas con el fin de enfrentar la enfermedad mental. Con el tiempo esta disciplina se ha ido consolidando y ha derivado en una serie de teorías, modalidades, procedimientos y/o técnicas muy heterogéneos. De igual manera, la diversidad y complejidad de padecimientos ha influido en esta diversificación, expandiendo el campo de la psicoterapia a más de 400 modelos (Rosado y Rosado, 2007).

Las circunstancias que han conducido a esta sorprendente proliferación de metas para las cuales se destina la psicoterapia, tiene como punto de inicio la aceptación social de esta herramienta como coadyuvante ante el sufrimiento humano, que da cuenta de que en este siglo, se entiende que somos una unidad biopsicosocial y que se acepta que los factores psicológicos son parte de la experiencia humana. Una gran diversificación de modelos teóricos y de técnicas específicas de tratamiento han sido necesarias para dar respuesta a los múltiples objetivos y aplicaciones de la psicoterapia.

A pesar de que se ha generado una gran cantidad de conocimiento dentro del área de la psicoterapia, que se observa en la diversidad de formas de tratamiento existentes, también se observa un clima de fragmentación que dificulta la posibilidad de integrar el conocimiento (Feixas y Botella, 2004). Cada modelo de psicoterapia se ha percibido a sí mismo como acertado en sus fundamentos y explicaciones y ha tomado una postura predominante, rivalizando con enfoques que distan de sus preceptos teóricos, metodológicos y/o técnicos. De esta manera, el conocimiento y los avances se han obtenido de forma dividida e independiente, pues cada uno de los enfoques o aproximaciones compiten, creyendo tener la verdad absoluta. Aunque cada uno es parcialmente útil y válido, busca imponer su perspectiva sobre los procesos psicoterapéuticos. Esta tendencia a probar la superioridad de un enfoque sobre otro, ha constituido más una lucha de poder que una preocupación real y genuina por una verdad científica que represente un beneficio para los pacientes (Feixas y Miró, 1993; Fernández-Álvarez, 1992).

Los desacuerdos derivados de esta situación, han llevado a los investigadores a evaluar los resultados obtenidos con distintas técnicas en el tratamiento de problemas equivalentes y a estudiar la estabilidad en el tiempo de los logros obtenidos (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). A este respecto, a pesar de que existen trabajos donde se afirma la superioridad de ciertas técnicas terapéuticas sobre otras, es mucho mayor la diversidad de estudios y autores que han afirmado la imposibilidad de comprobar la existencia de diferencias significativas al confrontar los resultados obtenidos bajo diferentes modelos psicoterapéuticos en el abordaje de trastornos similares (Garfield y Bergin, 1986, citado en Fernández-Álvarez, 1992). Al no existir evidencia de que alguno de estos enfoques supere de forma estable y consistente a las distintas alternativas existentes, se ponen en duda los aportes de cada modelo (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

En lo referente al quehacer de los psicoterapeutas en su práctica cotidiana, se ha observado que a lo largo de la historia y de forma intuitiva, han explorado en distintas direcciones, en un afán de enfrentar con mayor éxito los problemas que aquejan a sus pacientes. Esta exploración inicial, fue generando con el tiempo una especie de eclecticismo espontáneo en el que un número cada vez mayor de psicoterapeutas comenzaron a optar por utilizar las estrategias que les fueran útiles desde diversos enfoques. Esta situación fue planteando la necesidad de adoptar una postura que superara los reduccionismos y diera paso a la formalización de esta nueva forma de trabajo, con la intención de crear modelos teóricos consistentes que respaldaran los procedimientos a los que recurrían los profesionistas de la salud mental (Fernández-Álvarez, 1992).

En realidad, la búsqueda de la unificación de distintas propuestas psicoterapéuticas ha interesado a los profesionales de la salud desde principios del siglo XX, siendo un tema de interés latente desde los inicios de la psicología. Seymour (2011) refiere que los modelos de Freud, Adler y Jung tendían hacia la integración, pues se construían desde, reaccionaban o se extendían de teorías y técnicas de diversos paradigmas de la filosofía, la psicología y la medicina, con el fin de llegar a una aproximación que permitiera explicar las causas y tratamientos de la enfermedad mental.

A continuación se presenta una **reseña histórica** del movimiento de integración en psicoterapia, presentando los principales acontecimientos por año y país, con el fin de dar contexto a los antecedentes de la integración. Se retoma la propuesta de Mirapeix y Rivera (2010), quienes dividen la historia de dicho movimiento en periodo protohistórico (hasta 1950), preinstitucional (hasta 1983) e institucional (después de 1983).

AUTOR(ES)/ AÑO/ PAÍS	APORTACIÓN
PERIODO PROTOHISTÓRICO	
Ischlondski (1930)	Intenta encontrar una síntesis entre la teoría psicoanalítica y los desarrollos conductuales de la época (Mirapeix y Rivera, 2010)
French (1932)	Dentro del <i>Encuentro con la Asociación Americana de Psiquiatría</i> este autor establece paralelos entre el psicoanálisis y el condicionamiento pavloviano, refiriendo una similitud entre el concepto de represión y los conceptos de extinción e inhibición (Fernández-Álvarez, 1992)
Rowenzweig (1936)	Establece que la efectividad de los diferentes modelos de tratamientos posiblemente era derivada de los elementos en común de estos enfoques más que de sus fundamentos teóricos (Fernández-Álvarez, 1992)
Alexander (1946)	Incorpora su elaboración teórica de la experiencia emocional correctiva, considerado como una de las propuestas de factores comunes más importantes (Mirapeix y Rivera, 2010)
Dollard y Miller (1950)	En su libro <i>“Personalidad y psicoterapia”</i> pretenden unir el psicoanálisis de Freud con los principios de la obra de Pavlov, Thorndike y Hull (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
PERIODO PREINSTITUCIONAL	
Rogers C. (1957)	Contribuye de forma indirecta al concepto de factores comunes al proponer que la psicoterapia efectiva se basaba en un tipo particular de relación humana, caracterizada por la empatía, calidez y consideración positiva incondicional (Mirapeix y Rivera, 2010)
Lazarus (1967)	Creó el concepto de eclecticismo técnico, que sostenía que los clínicos podrían usar técnicas de varios sistemas terapéuticos sin aceptar de forma necesaria el respaldo teórico asociado con tal método (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)

Lazarus (1976)	Extiende su conocimiento de la terapia conductual e integra tanto la conducta como los afectos, sensaciones, imágenes, cogniciones, relaciones interpersonales, entre otros, enfatizando que la guía de las intervenciones debería ser la efectividad empírica (Goldfried, Panchakis y Bell, 2005)
Watchel (1977)	Se publica del libro <i>"Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration"</i> , texto crucial en el desarrollo de los modelos de integración en psicoterapia, en donde el autor incorpora a la terapia conductual aspectos relacionados con enfoques psicoanalíticos interpersonales, que enfatizan el contexto interpersonal del individuo (Erikson, Horney, Sullivan) (Goldfried, Panchakis, Bell, 2005)
Gurman (1978)	Examina las posibles convergencias entre la terapia conductual, la psicoanalítica y la teoría de sistemas
Krasner (1978)	Resalta que el humanismo y el conductismo tienen visiones comunes de algunos aspectos del funcionamiento humano (Goldfried, Panchakis y Bell, 2005)
CHILE (1978)	Se crea el <i>Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP)</i> designando a Roberto Opazo como su director (Opazo y Bagladi, 2007)
Bergin (1981)	Dentro del <i>Simposium en los encuentros de la Asociación Americana de Psicología</i> sobre la "Terapia ecléctica sistémica", los asistentes trabajaron sobre la tendencia cada vez mayor a la convergencia entre las diferentes psicoterapias
1981	Un grupo minoritario de clínicos e investigadores (Garfield, Golfried, Horowitz, Imber, kendall, Strupp, Wachtel y Wolfe) realizaron un encuentro en el que discutían si los psicoterapeutas de distintas aproximaciones podían comunicarse entre sí sobre casos específicos (Golfried & Marvin, 1996)
Opazo, Andreani, Alliende y Barriga (1981)	Los miebros de CECIDEP presentan en el <i>Primer Encuentro Nacional de Psicólogos Clínicos</i> y hacen su primera publicación con una marcada temática integrativa (Opazo y Bagladi)
1982	La Sociedad Adleriana de Psicología Individual dedicó un congreso al intercambio de puntos de vista entre los representantes de varios modelos de terapia (Golfried, Pachankis & Bell, 2005)
Ryle (1982)	En su libro <i>"Psychotherapy: A cognitive Integration of Theory and Practice"</i> se integran métodos y teorías de orientaciones

	heterogéneas en un lenguaje común (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
1983-1985	Formación de una organización de red de profesionales de psicoterapia integracionista, " <i>Society for the Exploration of Psychotherapy Integration</i> " (SEPI) que realizó su primera conferencia en 1985 (Wolfe, 2001, citado en Seymour, 2011)
Prochaska y DiClemente (1982, 1984)	Formularon una aproximación transteorética que pretendía describir el proceso y los mecanismos de cambio que los diferentes modelos de psicoterapia compartían, intentando evitar la división entre ellos (Seymour, 2011)
CHILE (1982)	Opazo presentó por primera vez su Modelo Integrativo en una reunión de la CECIDEP, que integraba los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico (Opazo y Bagladi)
E. U. (1982)	Formación de la Asociación de Psicoterapia de Juego
PERIODO INSTITUCIONAL	
BOGOTÁ (1983)	Primer Conferencia Internacional de Psicoterapia en América latina (Fernández Álvarez, 1992)
CHILE (1985)	Se edita la primera versión de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), un autoinforme que vuelca el Modelo Integrativo al ámbito de la evaluación diagnóstica (Opazo y Bagladi, 2007)
1986	El <i>International Journal of Eclectic Psychotherapy</i> dedica una discusión al entrenamiento y supervisión de psicoterapeutas integrativos/eclécticos (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
1987	Creación del " <i>Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly</i> ", que invita abiertamente a discutir y explicar la integración de la psicoterapia cognitiva con otro tipo de modelos de tratamiento (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
Beitman, Goldfried y Norcross (1989)	Señalan la relevancia de la investigación para que el tratamiento se basara en las necesidades del paciente y en la evidencia empírica, más que en el enfoque teórico del terapeuta (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
Finales 80's principios 90's	Se publican libros específicamente dedicados al tema de la integración Garfield, S., 1983; Beutler, L., 1984; Arkowitz, H., 1984; Norcross, J.C., 1986, 1987, 1992; Dryden, W., 1992; Sticker, G. y Gold, J.R., 1993) (Mirapeix y Rivera, 2010)
Dryden y Norcross (1990)	En su libro " <i>Eclecticism an Integration in Counseling and Psychotherapy</i> ", incluyen obstáculos potenciales a la integración

	(Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
Grencavage y Norcross (1990)	En su revisión en la literatura referente a los factores comunes, estos autores sugieren que los factores podrían ser clasificados de acuerdo a las características y atributos del cliente, los procesos de cambio, la estructura del tratamiento y la relación psicoterapéutica (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
Watchel (1991)	Propone ir más allá de la simple combinación de elementos y propone el surgimiento de formas para alcanzar una integración menos fragmentada (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
1991	La "SEPI" comenzó a publicar su propia revista " <i>Journal of Psychotherapy Integration</i> " que se fundó para desarrollar la investigación en la creación de modelos integrativos (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
Arkowitz (1992)	La integración en psicoterapia comienza a diferenciarse en subtipos distintos: factores comunes, integración teórica y eclecticismo técnico (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
Norcross y Goldfried (1992)	Se publica la primera edición del " <i>Handbook of Psychotherapy Integration</i> ", que examina la teoría y práctica de la integración (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
MADRID (1992)	Se lleva a cabo un " <i>Simposio de Integración en Psicoterapia</i> " dentro del <i>1er Congreso Iberoamericano de Psicoterapia</i> en el que participan Opazo, Feixas, Fernández-Alvarez y Begoña (Opazo y Bagladi, 2007)
Opazo (1992)	Se edita el libro " <i>Integración en Psicoterapia</i> ", en el que escriben autores de relevancia mundial como Maturana (Chile) O'Leary (EU), Boszormenyi-Nagy (EU) (Opazo y Bagladi, 2007)
Stricker y Gold (1993)	Publicación del texto " <i>Comprehensive handbook for Psychotherapy Integration</i> (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
Beitman (1994)	Hace un llamado para cambiar la misión del SEPI, argumentando que los clínicos e investigadores interesados en la integración deben explorar y comenzar a definir los principios de este modelo (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
1995-1999	Proliferan perspectivas integrativas a nivel internacional: (Holanda, Sudáfrica, Italia, Alemania, España, entre otros) (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
CHILE (1998)	CECIDEP establece el estamento " <i>Especialistas en Psicoterapia Integrativa</i> " (EPSI) y se firma un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago. Así CECIDEP, con la

	colaboración de la USACH, otorgan lo que sería el primer título universitario en el mundo, con mención en Psicoterapia Integrativa (Opazo y Bagladi, 2007)
Chile, 1999	Inicia el Programa de Formación de Supervisores en Psicoterapia Integrativa (Opazo y Bagladi, 2007)
Pinsof (2000)	Publicación del libro " <i>Integrative Problem-Centered Therapy</i> ", en el que se describe una aproximación para integrar distintos acercamientos teóricos asociados con intervenciones individuales, familiares y biológicas (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
CHILE (2000)	Creación del <i>Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa</i> (ICPSI), del que formará parte el CECIDEP (Opazo y Bagladi)
CHILE (2002)	Los consultorios de la ICPSI inician la atención de niños, en la modalidad Psicoterapia Integrativa Infantil (Opazo y Bagladi)
CHILE (2003)	La ICPSI en colaboración con la Universidad Adolfo Ibáñez, organiza la Jornada Clínica Internacional " <i>Psicoterapia Integrativa: Desafío para el Siglo XXI</i> " (Opazo y Bagladi, 2007)
Opazo, Fdez-Álvarez (2004)	Edición del libro " <i>La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico</i> ", en donde se explicitan diversos abordajes integrativos a problemáticas clínicas específicas
Ivey & Brooks-Harris (2005)	Refieren la necesidad en el movimiento de integración de incluir las áreas cultural e interdisciplinaria (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005)
CHILE (2005)	Se inicia la cátedra " <i>Enfoque Integrativos en Psicoterapia</i> " en el Escuela de Psicología Adolfo Ibáñez y la Universidad publica el libro " <i>Aportes en Psicología Clínica: Psicoterapia Integrativa</i> ", (Opazo y Bagladi)
CHILE (2007)	Se edita el volumen II de " <i>Aportes en Psicología Clínica: Psicoterapia Integrativa</i> " (Opazo y Bagladi)
E. U. Década 2000-2010	Autores e investigadores representativos de la terapia de juego como Schaefer, O'Connor y Landreth hacen propuestas de intervención integrando diversas aproximaciones de tratamiento.
Esquivel, (2010) MÉXICO	Publica su libro " <i>Psicoterapia infantil con juego, casos clínicos</i> " en donde se abordan casos clínicos trabajados desde la terapia de juego, varios de ellos integrando diferentes aproximaciones dentro de su intervención.
Schaefer, Drewes &	Publican el libro " <i>Integrative Play Therapy</i> " que incluye una

Bratton (2011)	perspectiva histórica de la terapia integrativa y diferentes aproximaciones de trabajo para distintas problemáticas y trastornos en la población infantil.
Actualmente	Se dan a conocer diversos programas de formación en psicoterapia integrativa en diferentes países. Ejemplos de esto son la maestría en Psicoterapia Integrativa que se ofrece en la Universidad de Birmingham , Instituto Metanoia, Universidad Lancashire (Inglaterra), Universidad de Limirick (Irlanda), Instituto Galene de Psicoterapia (España), Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (Chile), Universidad del Azuay (Ecuador), Universidad Especializada de las Américas (Panamá), entre otros.

Como se puede observar, la terapia integrativa se ha ido vislumbrando desde los inicios de la psicoterapia, sin embargo no es hasta los 1980's cuando la integración en psicoterapia se comienza a desarrollar como un área de interés específica. Durante esta década se presentó un aumento en el número de publicaciones y presentaciones acerca de la integración. Asimismo, se da una proliferación de asociaciones alrededor del mundo que tienen como objetivo la creación de modelos integrativos cada vez con mayor fundamento teórico, a partir de las cuales se hace un intento de reconocer los puntos posibles de integración entre diferentes enfoques de psicoterapia y de encontrar las cuestiones básicas asociadas a los puntos del cambio terapéutico.

El movimiento de integración, surge entonces, ante la necesidad de abrir perspectivas distintas, donde se diera cabida y escucha a diferentes aproximaciones de trabajo psicoterapéutico. En un contexto donde surgían diferentes teorías, estrategias y enfoques, el movimiento hacia la integración se dio como respuesta a dos premisas fundamentales, por un lado descubrir dentro de la diversidad, vínculos conceptuales que dieran lugar a una articulación teórica y por otro, identificar modos de intervención que representaran mayor efectividad en el tratamiento de una diversidad de padecimientos (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Con respecto a los **antecedentes** de los cuáles deriva el movimiento de integración, además de los mencionados con anterioridad, existen una serie de condiciones a nivel sociocultural, científico y humano, que han llevado a la psicoterapia a poner su

mirada en el movimiento de integración a lo largo del tiempo. Norcross (2005) destaca los factores de mayor importancia que han dado lugar al incremento en el desarrollo de la integración en las dos décadas pasadas:

1) Un *incremento en el número de terapias existentes*, que ha dado lugar a un asombroso número de posibles elecciones, que muchas veces están en conflicto y no tienen un sustento empírico.

2) La *falta de una teoría única adecuada o tratamiento clínico adecuado* para todos los pacientes y situaciones, que lleva a los terapeutas a preguntarse si los métodos clínicos de otras orientaciones podrían ser apropiadas para incluirlas en su tratamiento o si las fortalezas de una determinada orientación con un problema en particular podrían complementar la falta de solidez de su aproximación en determinados padecimientos.

3) *Contingencias socioeconómicas y políticas externas*, en las que las políticas gubernamentales y las compañías aseguradoras demandaban eficacia a los tratamientos psicosociales.

4) El *aumento de tratamientos breves enfocados en el problema*, que implicaban una terapia que respondiera en un límite de tiempo determinado, en cuyo caso era necesario realizar aquello que funcionara más rápido y mejor en determinado paciente y con determinado problema.

5) La *oportunidad de los clínicos de observar y experimentar con varios tratamientos*, particularmente para desordenes psicológicos complejos, para los cuales fue necesario establecer clínicas especializadas, en el que típicamente participan profesionistas de distintas orientaciones y disciplinas, lo cual ha permitido realizar comparaciones y contrastes claros entre los tipos de tratamiento.

6) El *reconocimiento* de que los *factores comunes* a nivel terapéutico contribuyen en los resultados.

7) La *identificación de tratamientos basados en la evidencia*, en el que se aplica la regla “qué funciona para quién” y no “qué teoría es aplicable”.

8) El *desarrollo de una red profesional dentro de la integración*, que permite que los interesados en la disciplina promuevan el área de interés a través de conferencias, revistas, redes regionales, entre otras.

La interrelación de todos estos factores dio como resultado un creciente interés por parte de los psicoterapeutas en otras propuestas o aproximaciones que diversificaran

su trabajo terapéutico, usando las técnicas y procedimientos que les fueran útiles en el trabajo con sus pacientes.

A la combinación de técnicas y procedimientos dentro de la psicoterapia se le fue denominando de diferentes formas, eclecticismo, integración, pluralismo, dependiendo del sentido personal que le diera el terapeuta. De hecho, Hollanders (citado en Obregón, 2002), reporta que se tienden a utilizar los términos de manera indiferente y que aún entre los mismos especialistas no quedan muy claras las diferencias, utilizándose los términos de manera indistinta.

Algunos autores refieren que el movimiento de integración nace del eclecticismo (Corsi, 2006), mientras otros consideran el surgimiento de dos alternativas: los modelos eclécticos y los modelos integrativos (Fernández-Álvarez, 1996). Por su parte Gabalda (1999) refiere que la integración aparece antes del eclecticismo y que ambos tienen un origen cultural distinto. Ante la confusión existente entre ambos conceptos, esta autora enfatiza la importancia de diferenciarlos y enmarcarlos dentro de su contexto cultural.

A este respecto, Norcross (2005) enlista las diferencias entre ambos conceptos:

Tabla 1.1 Diferencias entre eclecticismo e integración

Eclecticismo	Integración
Técnico	Teórico
Divergente (diferencias)	Convergente (cosas en común)
Escoge de varias aproximaciones	Combina varias aproximaciones
Aplica lo que ya existe	Crea nuevos procedimientos
Colección	Unión
Aplica las partes	Unifica las partes
Ateórico y empírico	Más teórico que empírico
Suma de las partes	Más que la suma de las partes
Realista	Idealista

En lo que se refiere al contexto cultural en el que emergen, Gabalda (1999) establece una diferencia muy clara, refiriendo que la integración nace dentro de la sociedad modernista, en la que prevalece el pluralismo de valores (que facilita el reconocimiento y la aceptación de otros enfoques), la búsqueda del consenso, la creencia en los sistemas globales de pensamiento y el progreso por vía de la ciencia. Lo anterior resulta en un enfoque perfeccionado, que se legitima por la vía científica. Por su parte y de acuerdo con esta autora, el eclecticismo nace en una cultura posmodernista, en donde se defiende el construccionismo (defensa de todos los puntos de vista) y se pone fin a los sistemas globales del pensamiento, se abandona la crítica y los criterios que proporcionan legitimidad están basados en la eficacia, por lo tanto, existe una multiplicidad de sistemas de valores y de criterios de legitimación.

Dentro del campo de la psicoterapia, el término **eclecticismo**, se ha relacionado con confusión y desestructura. Algunos autores refieren que al no existir una teoría en común que fundamente el trabajo desde el eclecticismo, se abre el camino a un sinnúmero de posibilidades dentro de la práctica clínica, en donde muchas veces se justifica más de lo que se debería (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). Asimismo, de acuerdo con estos autores, la apertura flexible va generando una vía abierta al desorden, en donde existen tantos enfoques como terapeutas. Ha sido una creencia común que los terapeutas que se dicen eclécticos tienden a experimentar con nuevos métodos de manera indiscriminada, de forma desorganizada y carente de sistematización; asimismo, al eclecticismo se le opone al concepto de marco teórico único y coherente (Corsi, 2006), sin embargo, de acuerdo con Norcross (2005) la idea de un acercamiento ateorético y asistemático se refiere más al sincretismo que al eclecticismo, pues es dentro del sincretismo donde se dan combinaciones acríticas a partir de una serie de técnicas que desembocan en una mezcla de métodos sin fundamento.

Algunos autores refieren que la visión negativa que se tiene del concepto eclecticismo deviene de una incorrecta definición del término (Corsi, 2006). Bajo esta premisa y ante la confusión que el término tiende a generar, se han definido las diversas formas de eclecticismo:

Según English & English (1977) eclecticismo se define como un sistema teórico en la selección y combinación ordenada de los rasgos compatibles de las diversas fuentes y, a veces, de teorías y sistemas incompatibles; es el esfuerzo por encontrar los elementos válidos de todas las teorías y doctrinas para combinarlas en un todo armónico.

Específicamente en el campo de las psicoterapias se habla de diferentes tipos de eclecticismo (Feixas y Botella, 2004):

- 1) **Eclecticismo asistemático.** En el que no es necesario un marco teórico conceptual, en éste se pueden usar procedimientos terapéuticos que provienen de diferentes escuelas, de acuerdo a un criterio subjetivo. Se clasifica en:
 - a) **Eclecticismo pragmático.** Se seleccionan recursos terapéuticos de acuerdo con su utilidad y eficacia. Su fundamentación es empírica. El modelo que representa este tipo de eclecticismo es de la modificación o terapia de conducta, que en la actualidad admite diferentes técnicas que han demostrado ser eficaces. De este modo, existen manuales de modificación de conducta (por ejemplo, Caballo, 1991) que incluyen técnicas basadas en el condicionamiento clásico y operante, la terapia racional-emotiva, la intención paradójica, la cognitivo-estructural, la hipnoterapia y la técnica de la silla vacía.
 - b) **Eclecticismo relativista.** Se seleccionan los recursos terapéuticos dependiendo del paciente, tipo de problema, características del terapeuta y de las circunstancias generales del contexto. En este caso, existen tantas formas de terapia como casos clínicos.
- 2) **Eclecticismo sistemático.** Integra elementos que provienen de distintos sistemas terapéuticos en una nueva estructura conceptual, que tiene su coherencia y lógica propia. La integración de técnicas es guiada por esquemas conceptuales de carácter general en relación al cambio y de cómo se da a nivel terapéutico. Así, desde un esquema conceptual se indica el tratamiento a elegir según el caso. Ejemplos de este tipo de eclecticismo son la Terapia Multimodal de Lazarus (2005) y la Psicoterapia Integrativa Multidimensional de Corsi (2006).

- 3) **Eclecticismo técnico de orientación.** Selecciona las técnicas de acuerdo con los criterios establecidos por una teoría concreta, así se combinan técnicas de origen diverso en función del cliente, pero desde cierta conceptualización u orientación teórica particular. La terapia cognitiva de Beck es un ejemplo de este tipo de eclecticismo (Feixas y Botella, 2004).

Según Fernández-Álvarez (1992), los modelos eclécticos se fundamentan en principios de intervención cuyo objetivo es comprobar la posibilidad de utilizar técnicas de diferentes enfoques, poniendo a su favor, recursos que habían probado su utilidad; siendo así un marco de referencia más amplio cuya meta es incrementar los beneficios para los pacientes.

Por su parte, la **integración** se ha **definido** de diferentes formas y supone ciertas premisas:

Opazo (1997) **define** integrar como construir un todo a partir de elementos diferentes que están relacionados con un centro e interactúan de acuerdo a las reglas del sistema completo. Por su parte, Corsi (2006) refiere que los modelos integrativos parten de una perspectiva ecléctica sistemática y que proponen un modelo superior en el que cada uno de los elementos al ser integrado a una nueva conceptualización adquiere un nuevo significado.

Fernández Álvarez (1992) refiere que “el principio sobre el que se apoya el desarrollo del modelo integrativo es que las aportaciones de los distintos enfoques terapéuticos pueden combinarse no por la yuxtaposición armónica de diferentes procedimientos en un mismo nivel de organización teórico y técnico, sino que pueden integrarse en un nivel superior de elaboración conceptual en el cual pueden basarse. Entonces adquieren una completa reformulación en términos de la nueva estructura teórica y clínica generada. El desarrollo de un modelo integrativo supone, por lo tanto, una nueva construcción epistemológica que debe ser justificada y no se agota en la mera yuxtaposición de conceptos precedentes” (p.41).

Por su parte, Sticker & Gold (citado en Achin, 2003) ponen énfasis en los elementos constitutivos de la integración en psicoterapia y refieren que este movimiento es

tanto un conjunto de ideas y teorías como un grupo de procedimientos técnicos e innovaciones, que son abiertos y siempre están en evolución, así mismo se refiere a él más como un proceso que como una escuela de psicoterapia.

El movimiento de integración en psicoterapia toma distintas aproximaciones teóricas, buscando ir más allá de las escuelas particulares y las reencuadra en un marco teórico más amplio. Se nutre tanto de la investigación como de la experiencia clínica, con el fin lograr una comprensión más profunda de los procesos de cambio y desarrollar tratamientos más efectivos (Norcross, 2005; Mirapeix y Rivera, 2010). Asimismo pretende promover el esfuerzo común que lleve hacia la utilización bien fundamentada de los recursos y la experiencia previa, con el fin de que se permita responder a las necesidades y particularidades de los pacientes (Feixas y Botella, 2004).

El interés en torno a la búsqueda de diferentes formas de trabajo en el trabajo clínico ha sentado las bases del movimiento de integración en psicoterapia, mismo que ha ido evolucionando y tomando diferentes formas. Asimismo, se han dado dentro del mismo movimiento propuestas diversas de modelos de integración.

Mientras los diversos modelos integrativos se difundían, se identificaron ciertos **patrones de integración** como las aproximaciones más comunes a la psicoterapia integrativa: ***eclecticismo técnico, integración teórica, integración de factores comunes e integración asimilativa*** (Norcross, 2005). Estos distintos caminos hacia la integración tienen en común el deseo de incrementar la eficacia, eficiencia y aplicabilidad terapéutica, abriendo las posibilidades más allá de una única teoría y las técnicas tradicionalmente asociadas con ella. Lo anterior lo realizan de diferentes maneras y en distintos niveles:

El **eclecticismo técnico** busca seleccionar el mejor tratamiento para la persona y el problema en particular, eligiendo técnicas y procedimiento terapéuticos con independencia de la teoría desde la cual se fundamentan, dando mayor prioridad a lo técnico que a lo teórico (Feixas y Botella, 2004). El eclecticismo técnico está guiado por los datos derivados de investigación en lo referente a qué ha funcionado mejor para otros en el pasado con problemas y características similares (Norcross, 2005). La

terapia multimodal de Lazarus (2005) y la selección sistemática de tratamiento (STS) de Beutler, Consoli & Lane (2005) son ejemplo de eclecticismo técnico. Los autores creadores del eclecticismo técnico utilizan procedimientos derivados de distintas fuentes sin estar necesariamente adscritos a la teoría que los originó.

El problema del eclecticismo técnico es la posible falta de coherencia entre las técnicas empleadas y el sustento teórico que subyace a las mismas (Feixas y Botella, 2004). Según estos autores, este tipo de eclecticismo no se considera parte del movimiento integrador, pues no involucra ningún tipo de avance conceptual ni tiene una lógica que integre.

En la **integración teórica** el objetivo es crear un marco conceptual que sintetice los mejores elementos de dos o más aproximaciones psicoterapéuticas, con la expectativa de que el efecto obtenido será mejor que el derivado de cada una de las terapias por sí solas. En este tipo de integración se enfatiza la integración de las teorías subyacentes de psicoterapia junto con la integración de las técnicas de cada una de ellas (Norcross, 2005). Las propuestas de integrar la teoría psicoanalítica y conductual son ejemplos que representan esta vía, específicamente la psicodinamia cíclica de Wachtel, Krik & McKinney (2005) y la terapia cognitivo-analítica de Ryle (2005). La integración teórica implica un compromiso con una creación conceptual o teórica más allá de la combinación de técnicas y busca crear una teoría procedente de ambas, pero que sea más que la suma de sus partes y conlleve a nuevas direcciones para la práctica y la investigación.

Existen dos tipos de integración teórica, cuando se integran dos teorías se denomina **integración teórica híbrida** en la que se parte de dos enfoques considerados complementarios y se eligen los aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada uno en un marco teórico híbrido común. Un enfoque representativo de este tipo de integración teórica es la terapia psicodinámica cíclica de Paul Watchel, que integra el psicoanálisis con el conductismo. Por otro lado, la integración **teórica amplia**, además de considerar más de dos teorías, articula distintas áreas del funcionamiento humano como la cognitiva, emocional, conductual e interpersonal. Ejemplo de este tipo de integración es la psicoterapia holística de Rosal y Gimeno (1989, en Feixas y Botella, 2004).

El problema de la integración teórica es la dificultad de unir teorías que originalmente parten de visiones diferentes del ser humano y de su problemática (Feixas y Botella, 2004).

Por su parte, los **factores comunes** buscan determinar los componentes más importantes que las diversas terapias comparten en común, con el objetivo de crear tratamientos más eficaces y parsimoniosos, basados en aquello que existe en común entre las diversas prácticas. Esto bajo la premisa de que las cuestiones en común son más importantes en lo que se refiere al éxito terapéutico que los factores únicos que tienen de diferente entre ellas (Norcross, 2005). El objetivo primordial de este enfoque es identificar los factores que resultan en un mejor pronóstico para el cambio terapéutico que sirvan como punto de partida para la elaboración teórica. Todo esto da como resultado, no una teoría unificada, sino un marco conceptual que reorganizado permite encontrar sentido a diferentes formas de práctica, que de por sí comparten procesos comunes subyacentes (Feixas y Botella, 2004). Las similitudes pueden ser tanto teóricas como prácticas. La investigación al respecto reporta que los factores comunes explican el doble de varianza (30%) que las técnicas terapéuticas específicas, que únicamente contribuyen en un 15%, mostrando evidencia de que las variables del cliente, el terapeuta y la relación terapéutica afectan más el resultado global del proceso (Lambert, 1986, citado en Feixas y Botella, 2004; Feixas y Botella, 2004). El trabajo de Frank (1973, citado en Norcross, 2005), Garfield (1980, 1992, citado en Norcross, 2005) y Miller, Duncan y Hubble, (2005) son ejemplos de este tipo de trabajo.

La **integración asimilativa** conlleva un conocimiento firme de un sistema de psicoterapia, con disposición a incorporar selectivamente técnicas, procedimientos y formas de trabajo desde otros enfoques (Messer, 1992, citado en Norcross, 2005). De esta manera, la integración asimilativa tiene la ventaja de tener como base un sistema único y teórico coherente, con la posibilidad de utilizar de forma flexible un rango amplio de intervenciones desde distintos sistemas. La mayoría de los terapeutas se forman desde una aproximación y gradualmente incorporan métodos de otras aproximaciones, una vez se percatan de que su enfoque tiene ciertas limitaciones (Norcross, 2005).

Estas cuatro rutas de la integración en psicoterapia no son tan aparentes dentro del trabajo clínico, pues las diferencias se dan a nivel conceptual y semántico y no en la práctica o a nivel funcional. Asimismo, estas estrategias de integración no son mutuamente excluyentes (Norcross, 2005).

TERAPIA DE JUEGO INTEGRATIVA

Dentro del trabajo en **terapia de juego con niños y adolescentes**, es de especial importancia el hecho de que los trastornos psicológicos en esta etapa son diversos, de gran complejidad y en su mayoría determinados por una multiplicidad de factores, lo cual implica que requieren de un método de tratamiento multifacético (Schaefer, 2003, citado en Drewers, 2012).

De acuerdo con Coonerty (citado en Drewers, 2012) en la terapia de juego infantil, los terapeutas necesitan utilizar diversas destrezas y ser capaces de cambiar entre diversos modelos terapéuticos con el fin de satisfacer tanto las necesidades del niño como la necesidad de orientación de las personas involucradas en el proceso (padres, maestros, tutores, familia, entre otros). En este sentido, el terapeuta infantil no va de un tipo de tratamiento a otro, sino que integra y amplía el concepto acerca de lo que es apropiado desde distintos puntos de vista teóricos y que pueden ofrecer una mayor selección de herramientas con la cuales trabajar (Drewers, 2012). El terapeuta entonces requiere ser flexible y adaptarse al tipo de trabajo que mejores beneficios le ofrezca a un niño en particular.

Existen diversos ejemplos de aplicación en la terapia integrativa con niños. Algunos autores como Kenny & Winick (citado en Drewers, 2012), desde el **eclecticismo técnico** han trabajado aproximaciones de tratamiento para ayudar a niños con trastornos del desarrollo. Estos modelos se caracterizan por ir construyendo una técnica o estrategia sobre otra a través del tiempo, en vez de unir las todas dentro de una determinada sesión.

En lo que respecta a la **integración teórica**, un ejemplo del trabajo con niños es la *Terapia de Juego Ecosistémica (Ecosystemic Play Therapy -EPT-)* de Kevin O'Connor.

En este modelo, el clínico requiere considerar los problemas del niño y el proceso terapéutico dentro del marco del ecosistema del niño (O'Connor, 2001, citado en Drewers, 2012). Es un modelo integrativo teórico que incorpora elementos clave de la terapia analítica, centrada en el niño, de modelos cognitivo conductuales, terajuego y terapia de la realidad y es usado para combinar una variedad de técnicas, actividades creativas e intervenciones, siguiendo un plan de tratamiento específico. Este modelo se enfoca en ayudar al niño a funcionar de manera óptima en los contextos en los que se desenvuelve. Toma en cuenta conceptos como la personalidad, la psicopatología, los ambientes en los que el niño se desarrolla, objetivos de tratamiento y el rol de la terapia y las técnicas; todas ellas combinadas forman la aproximación (O'Connor, 1997, citado en Drewers, 2012).

Otro modelo creado recientemente por Paris Goodyear-Brown (citado en Drewers, 2012) es la *terapia de juego secuencial flexible (Flexibly Sequential Play Therapy – FSPY-)* para niños que han vivido eventos traumáticos. La autora toma una variedad de técnicas de tratamiento para proporcionar un espacio que propicie que el niño revele o comparta su vivencia, así como para que recobre los sentimientos de empoderamiento perdidos como consecuencia del abuso. Estos dos procesos se fundamentan con medios expresivos y de juego entretnejidos con trabajo basado en habilidades. Desde este modelo el terapeuta debe ser flexible para poder integrar aproximaciones tanto directivas como no directivas, así mismo deberá tener un conocimiento amplio y a la vez fino de diversos modelos, aproximaciones y técnicas para utilizar una variedad de métodos de tratamiento que aborden aspectos emocionales, cognitivos, fisiológicos, somáticos y de trabajo con la familia, entre otros. Este modelo se apoya en los poderes terapéuticos y facilitadores del juego con el fin de brindar un plan de tratamiento sensible al desarrollo del niño.

Un modelo llevado a cabo desde los **factores comunes** utilizado en el trabajo con familias adoptivas y niños diagnosticado con trastorno reactivo del apego es el *Modelo Integral Basado en el Apego* (Weir, 2007). Esta aproximación utiliza componentes esenciales desde la terapia estructural familiar, terajuego y otros modelos de terapia de juego familiar. En este modelo se utilizan aproximaciones que trabajan con trastornos del apego y que tienen en común el uso de técnicas de terapia de juego utilizadas dentro de las sesiones en casa con los padres y el niño,

junto con principios psicoeducativos de habilidades parentales. Es decir, se conjuntan componentes de teorías y modelos de terapia familiar y técnicas de terapia de juego, que van desde el uso de historias, dibujos, trabajo con títeres, asignación de tareas, técnicas que fomentan la estructura, el compromiso y las habilidades de crianza, todo esto con el fin de promover la relación entre el niño y su familia.

Los modelos de trabajo efectuados desde la **integración asimilativa** han sido llevados a cabo dentro de instituciones educativas, en donde se ha utilizado la terapia de juego integrativa como la unión de dos o más fundamentaciones teóricas dentro de una aproximación cohesiva, determinada por las necesidades del niño y su familia. A partir del niño se toman las decisiones pertinentes acerca de qué teoría usar y cómo ayudar al terapeuta a abordar dificultades académicas, personales y sociales. Desde este modelo, la teoría y aproximación base de su intervención es la terapia de juego centrada en el niño, complementada con aproximaciones como la terapia de juego Adleriana y cognitivo conductual. Fall (citado en Drewers, 2012) quien es el autor de esta aproximación, encontró que la integración mencionada funciona adecuadamente para abordar la variedad de problemas que un psicólogo escolar enfrenta. Desde este modelo las aproximaciones de tratamiento pueden combinarse dentro de una sola sesión o pueden ser presentados independientemente de manera secuencial a lo largo de varias sesiones.

Otro ejemplo de integración asimilativa es la *Terapia de Juego de las Relaciones Objetales*, creada por Helen Benedict (citado en Drewers, 2012). Este tipo de terapia se apoya primordialmente de las técnicas de terapia que responden, invitan y están en armonía con las necesidades del niño. Tienen objetivos y técnicas específicas encaminadas a cubrir las necesidades del niño y sus relaciones interpersonales. Este tratamiento está basado en la teoría de relaciones objetales y del apego, que tiene sus fundamentos en tres ideas básicas. La primera y la más relevante es la creencia de que las relaciones interpersonales son la fuerza básica y motivacional del ser humano, el segundo componente se refiere al hecho de que al relacionarnos con otros durante los primeros dos o tres años de vida, la estructura cognitivo-afectiva se desarrolla en torno al sí mismo y a los demás, formando relaciones objetales, el tercer supuesto es que las relaciones objetales comienzan a desarrollarse desde la temprana infancia a través de la relación entre el infante y la figura de apego

primaria. Las relaciones objetales que el niño forma al inicio de su vida influyen de forma importante en las relaciones interpersonales que tendrá a lo largo de su vida. Estos patrones de relación son susceptibles de ser modificados por las relaciones actuales del menor, por lo tanto, la relación terapeuta-niño es de vital importancia para modificar los modelos maladaptativos, ofreciendo un modelo más adecuado de relación objetal.

Observando la variedad de aproximaciones en la Terapia de Juego Integrativa, se hace evidente que los poderes curativos del juego se convierten en el mecanismo de cambio que pueden ayudar al niño a sobreponerse a dificultades psicosociales, conductuales y emocionales (Drewers, 2009, citado en Drewers, 2012). Por lo tanto, las aproximaciones integrativas requieren que el terapeuta tenga habilidades desde numerosas aproximaciones de terapia de juego y sea capaz de aplicarlas de forma diferenciada para poder cubrir las necesidades del niño.

Dependiendo de la teoría que se utilice dentro de la aproximación integrativa, los poderes terapéuticos del juego subyacentes al modelo pueden variar, entre ellos podemos mencionar, la construcción del rapport, la catarsis, los ensayos conductuales, el sentido del sí mismo (Schaefer, 1999, citado en Drewers, 2012), la autoexpresión, el acceso al inconsciente, la enseñanza directa/indirecta, la abreacción, la inoculación al estrés, el afecto positivo, la sublimación, la mejoría en las relaciones/apego, el juicio moral, la empatía, el poder/control, la competencia, el autocontrol, la resolución de problemas, la fantasía y la compensación, la prueba de realidad, entre otros (Schaefer & Drewers, 2009, citado en Drewers, 2012).

La **Terapia de Juego Integrativa** es una aproximación relativamente nueva y en desarrollo para el trabajo con niños y adolescentes. Como se puede observar, existen diversos patrones de integración o aproximaciones en el trabajo psicoterapéutico con esta población, sin embargo, es un área aún poco explorada. Schaefer (citado en Drewers, 2012) refiere que es necesaria mayor investigación acerca de cuáles son los poderes terapéuticos específicos del juego que funcionan con problemas específicos al combinar diferentes modelos y aproximaciones de tratamiento. También refiere que entre mejor entendamos estos factores curativos y mecanismos de cambio, el terapeuta de juego será más efectivo al aplicarlos para cubrir las necesidades

particulares de los consultantes, dando como resultado intervenciones de juego con el mayor costo-beneficio.

Con respecto al **rol que juega el terapeuta** dentro de la Terapia de Juego Integrativa, debido a que cada modelo de tratamiento es variable, el papel del terapeuta tiende a ser versátil, cambiando en función de las necesidades de cada individuo. Habrá ocasiones en que tendrá que ser no directivo, permitiendo que el niño o adolescente guíe la sesión, otras veces deberá adoptar una postura más directiva y comprometida, ofreciendo orientación a los padres o introduciendo componentes de tratamiento o tareas a realizar. Tales cambios se pueden dar dentro de la misma sesión o pueden ocurrir de manera secuencial a lo largo del tratamiento. En consecuencia, el terapeuta de juego debe ser flexible tanto en su pensamiento como en su método de tratamiento (Drewes, 2012).

Lo mismo puede decirse del **rol de los padres**, el cual varía dependiendo de las teorías y el estilo del tratamiento utilizado. Algunos enfoques de la teoría integrativa requieren que los padres observen al terapeuta conducir las sesiones con su hijo, aprendiendo y ensayando las distintas aproximaciones antes de trabajar en diada con su hijo o hija. En otros métodos los padres sólo participan en las sesiones hasta el final de la intervención. Otros métodos implican que el terapeuta trabaje exclusivamente con el niño y sólo establece contacto con los padres para obtener información concerniente al progreso del tratamiento (Drewes, 2012).

Las **aplicaciones clínicas** de la terapia de juego integrativa son múltiples, de hecho este modelo puede utilizarse con todos los trastornos y niveles de desarrollo. Asimismo, la aplicabilidad de este modelo es mayor que la de los enfoques teóricos y de tratamiento aislados. Por su naturaleza, la Terapia de Juego Integrativa también representa una aproximación prescriptiva, en el sentido de que busca el mejor tratamiento para los problemas de un niño en particular, y es flexible, ajustándose a la vez a un plan de tratamiento (Drewes, 2012).

En referencia al **abordaje terapéutico de personas con enfermedades crónicas**, a pesar de que no se ha trabajado aún una aproximación dirigida a población pediátrica, existen propuestas de trabajo desde la **psicoterapia integrativa**. A este

respecto, es importante tener en cuenta que en el trabajo referente a la salud, existe una interacción de múltiples factores biopsicosociales, así como principios de plurideterminación y multicausalidad, por lo tanto, los enfoques unidimensionales no suelen ser efectivos (Espina y Ortego, 2003).

Debido a la heterogeneidad de los síntomas y las necesidades de los niños con enfermedades crónicas, con frecuencia es necesario llevar a cabo diferentes planes de tratamiento para los distintos pacientes. Asimismo, previo al inicio de cualquier tratamiento, es necesario que los profesionales de la salud evalúen las emociones y conductas del niño o adolescente en el contexto de su nivel de desarrollo, pues algunas conductas y/o emociones serán típicas o anormales, dependiendo de la edad del individuo (Brown, et al., 2008). Según Moos (citado en Gómez, 2004) las tareas a hacer frente ante una enfermedad crónica son, entre otras, preservar un balance emocional razonable; preservar una autoimagen satisfactoria y mantener un sentido de competencia y dominio; sostener las relaciones con la familia y la red social y prepararse para un futuro incierto en el que pueden ocurrir pérdidas significativas. Por otro lado, las tareas en relación con la enfermedad son: 1) tratar con el dolor, la incapacidad y otros síntomas o cambios en las sensaciones corporales, 2) tratar con el ambiente hospitalario y procedimientos terapéuticos especiales y 3) desarrollar y mantener relaciones adecuadas con el equipo de cuidados sanitarios.

Dentro de los objetivos y diseño del tratamiento propuesto desde la terapia integrativa para tratar con personas con enfermedades crónicas (Gómez, 2004) se hace énfasis en la adaptación a la enfermedad, el alivio del padecimiento psicológico derivado de la enfermedad y la colaboración en la redirección de los planes de vida de la persona, con las tareas que esto implica. El camino para llevar a cabo lo anterior se basa en el desarrollo de *habilidades de afrontamiento* en función de lo que es necesario y de los recursos de los que se dispone. Asimismo, es importante tener claro que el objetivo primordial es la mejoría del estado psicológico del consultante, que podría de manera secundaria contribuir de manera favorable a la evolución de su enfermedad física.

Dentro del diseño del tratamiento, se propone evaluar ciertos factores:

- Las características de la enfermedad
- La respuesta a la enfermedad

- La situación vital, etapa de la vida, roles y ambiente físico
- La disponibilidad de recursos familiares, sociales y materiales

La claridad en cuanto a estos factores permitirá comprender el significado de la enfermedad para el consultante y determinar el alcance de la disfuncionalidad y las posibilidades o limitaciones para producir un cambio (Gómez, 2004). Esta autora propone que para lograr una adecuada adaptación a la situación, los individuos deben estar preparados para: 1) instrumentar respuestas previamente eficaces, 2) abandonar respuestas ineficaces y 3) desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento. Estas habilidades van desde obtener información adecuada a sus necesidades y estilo personal, evaluar los cursos de acción posibles en función de su escala de valores, regular las emociones y resolver los problemas que se desprenden de la nueva condición de vida.

Las **habilidades de afrontamiento** pueden clasificarse de acuerdo a su focalización:

- Las habilidades enfocadas en las condiciones intelectuales, tienen como fin entender y descubrir un patrón. Es posible clarificar o llevar a cabo un análisis lógico, (como fragmentar un problema en pequeñas partes), realizar la evitación cognitiva (no pensar en ciertos problemas hasta tener recursos para afrontarlos), redefinir un evento (cambiar el significado), la detección de pensamientos automáticos, la modificación de distorsiones cognitivas, entre otros.
- Las habilidades enfocadas en la evaluación, tienen como objetivo cambiar la forma en que se evalúa al sí mismo y al mundo, generalmente priorizando el cambio hacia evaluaciones más positivas.
- Las habilidades enfocadas en la emoción buscan mantener un equilibrio a nivel afectivo. Incluyen la expresión de sentimientos, la relajación, el autocontrol, la descarga emocional, el encuentro con otras personas, el realizar actividades placenteras y el sentido del humor.
- Las habilidades enfocadas en la acción implican llevar a cabo las actividades adquiridas o aprendidas y/o realizar actividades que resultan difíciles y que requieren una aproximación gradual.

Desde el abordaje propuesto, la psicoterapia genera estados mentales positivos (emociones positivas, satisfacción, optimismo, locus de control interno, autoeficacia,

motivación, resistencia, tolerancia, esperanza, entre otros) que median entre la situación de enfermedad y la interpretación que le asigna el consultante.

A pesar de que los lineamientos anteriores van dirigidos a población general que padece una condición médica, sus preceptos son aplicables en población pediátrica. En este caso y dependiendo del periodo de desarrollo del menor, así como de sus recursos a nivel cognitivo, emocional, familiar y social, se podrían hacer modificaciones acordes a las necesidades del niño. Asimismo, el proceso de acompañamiento y aprendizaje debe ser mediado por un adulto, en este caso, el terapeuta y/o los padres o cuidadores.

Como se observa, existen diversas aproximaciones al trabajo desde la terapia integrativa tanto con población pediátrica como adulta. La propuesta que se hace en el presente trabajo pertenece al modelo de *integración asimilativa*, ya que la intervención se llevó a cabo principalmente desde una aproximación, en este caso la Terapia Centrada en el Niño y se incorporaron de manera selectiva diferentes técnicas y procedimientos desde otros enfoques, los cuales se eligieron considerando las necesidades del menor.

Con respecto a los **beneficios** que aportan las distintas aproximaciones desde la terapia integrativa tanto para el consultante como para la sociedad y para el propio terapeuta, se puede hablar de diferentes niveles. A nivel sociedad, se promueve el desarrollo científico al impulsar la investigación en psicoterapia con el fin de detectar qué es lo que funciona mejor en cada situación clínica. Asimismo, al abrirse a perspectivas distintas ha dado como resultado un enfoque más amplio, que tiene mayor injerencia sobre diversas problemáticas de relevancia social. Tiende así a favorecer una buena alianza con otras intervenciones, facilitando por ejemplo la combinación con la farmacoterapia, que ha demostrado resultados positivos en distintas problemática clínicas. También centra su trabajo en aspectos preventivos que son de gran relevancia a nivel de políticas generales en torno a la promoción de la salud mental. Otra ventaja es que al tomar de forma organizada agentes de cambio provenientes de diferentes aproximaciones, aumenta la probabilidad de un resultado eficiente en un menor tiempo. Asimismo, el terapeuta tiene acceso a mayor cantidad de recursos para hacer frente a las distintas problemáticas que aquejan a la población (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

Desde la perspectiva del consultante, los beneficios no se ven limitados por el enfoque utilizado, pues el terapeuta tiende a operar desde esquemas abiertos y rechaza las posturas rígidas en el abordaje que utiliza. Por otro lado, puede, si así lo desea, participar junto con el terapeuta en la fijación de los objetivos de tratamiento y en el proceso de evaluación de la terapia. Desde esta perspectiva se evita que el consultante se acomode a las necesidades del modelo, siendo éste el que debe adaptarse las condiciones del consultante (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

A pesar de que existen numerosos beneficios, también existen **desventajas** o dificultades aparejadas al trabajo desde este abordaje. Por un lado, al provenir de diferentes esquemas de referencia con fundamentos ontológicos y epistemológicos disimiles, muchas veces se abren premisas contradictorias acerca de paradigmas importantes para el trabajo clínico, como el desarrollo de la personalidad, la naturaleza humana y los orígenes de la psicopatología (Messer, 1992, citado en Norcross, 2012). Así, se hace necesario un trabajo de elaboración de estas diferencias, con el fin de encontrar puntos de encuentro y para ello es necesario contar con conceptos metateóricos sólidos. Según Fernández-Álvarez y Opazo (2004), el desafío más grande es construir un modelo consistente desde la epistemología, pues los errores en este plano dan como consecuencia incongruencias que conllevan a una pérdida de claridad en la fijación de los medios y/o de las metas del tratamiento.

Por otro lado, se encuentra el reto que implica la vastedad de los conocimientos dentro del área. A pesar de que un terapeuta integrativo no necesita dominar en su totalidad el trabajo desde un modelo, si es importante que tenga un amplio panorama tanto de los recursos disponibles como de las actualizaciones, además de la variedad de fuentes que debe tener a su disposición (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). Asimismo, el movimiento de integración no representa una fuente de producción de tecnología, pues al no existir especificidad en sus procedimientos técnicos, se suele recurrir a los modelos básicos o a los ya existentes.

De la misma manera, además de las desventajas mencionadas anteriormente, existen **obstáculos** que detienen el avance de la integración en psicoterapia. Uno de los

impedimentos más importantes para la integración es la territorialidad de los modelos puros, que ven a su teoría como la mejor. La segregación que existe entre los diferentes modelos puede ser pensada como una especie de visión de túnel que impide ver más allá de lo inmediato, dejando de lado todo aquello que se desconoce, muchas veces siendo rechazado, o en su defecto, siendo tratado como inexistente. Este rechazo representa un problema para el avance en la psicoterapia en general, ya que no únicamente se dirige hacia conceptos o términos teóricos, sino también hacia las observaciones de los profesionistas que aportan a la producción del conocimiento. Derivado de la naturaleza de su enfoque y métodos, los terapeutas e investigadores de distintas orientaciones se encuentran con diferentes observaciones que les permiten entender los dilemas y dificultades que los pacientes presentan en consulta dentro del campo de la clínica. Las teorías crecen y mejoran al encontrar desafíos y nuevas observaciones que no entran en las premisas o parámetros que se conocen o se tienen en un momento dado. De esta manera, cuando nuestras teorías están protegidas de estos desafíos y desvían la mirada de las observaciones que nos pueden llevar a cuestionar nuestros supuestos, el progreso de la psicoterapia se ve seriamente comprometido (Watchel, 2010).

Otro obstáculo a los esfuerzos de acercamiento es la ausencia de un lenguaje común entre las diferentes aproximaciones de psicoterapia. Cada enfoque tiene su propia jerga, lo que impide compartir las experiencias clínicas, hallazgos empíricos y observaciones, abriendo aún más la brecha existente entre sí. En este sentido, Norcross (2005) refiere que a menos que los diferentes enfoques encuentren un lenguaje común, no será posible que se logre la integración.

Por otro lado, existen limitaciones en cuanto a un adecuado entrenamiento en la terapia integrativa. La preparación necesaria que requiere un estudiante para ser competente en múltiples teorías e intervenciones, no tiene precedentes en la historia de la psicoterapia y representa una tarea titánica. Dentro de este ámbito, la territorialidad de los “puristas”, quienes defienden la idea de que la teoría única es lo mejor, da como resultado que en los entornos universitarios el entrenamiento en la terapia ecléctica o integrativa sea inadecuado, pues se carece del empuje hacia un método de tratamiento verdaderamente integrativo. Asimismo, dentro de la terapia de juego, se requieren talleres, cursos, artículos, libros, entre otros que ayuden a los

terapeutas de juego a ser más flexibles y los lleven a hacer una verdadera integración, pues hasta ahora son limitados los recursos dentro de esta área (Drewers 2012; Norcross, 2005).

Un último obstáculo lo representa el reto de expandir continuamente la terapia integrativa para incorporar nuevos elementos, incluyendo factores multiculturales y contextuales (Norcross, 2005).

A este respecto, Kuhn (citado en Goldfried, 1996) refiere que las revoluciones científicas suelen seguir a un período de crisis, en que los paradigmas reconocidos dejan de tener sentido o dejan de ser funcionales. Estas crisis se dejan ver en la proliferación aproximaciones competitivas, la voluntad de probar cosas nuevas, la expresión de un descontento general, el regreso a la filosofía o a los orígenes y el debate de los principios. En este sentido, el hecho de que los terapeutas hayan comenzado a formularse preguntas acerca de cuáles son la debilidades de su enfoque, las limitaciones de su paradigma y se pregunten si otras aproximaciones ofrecen algo útil, es un indicativo de que se ha iniciado un período de auto-examen en el campo de la psicoterapia (Goldfried, 1996).

De acuerdo con Watchel (2010) las tensiones y desafíos son parte de la esencia del movimiento de integración. De esta manera, si se dirige la atención a las formas en que las teorías y métodos (incluyendo los métodos y teorías de la terapia integrativa) están en continua evolución y son imperfectos e inacabados, el movimiento continuará siendo una fuente de nuevas innovaciones y conocimientos.

A pesar de las dificultades y obstáculos mencionados con anterioridad, la integración en psicoterapia es un movimiento internacional maduro y en crecimiento, que ha hecho importantes contribuciones al campo. Los avances se han dado gracias al trabajo, investigación y empeño de aquellos científicos y profesionales en el área de la salud que se han dedicado a la exploración y aplicación de diversas aproximaciones desde la integración y al mismo tiempo representan una respuesta una necesidad de demanda creciente.

El interés en el movimiento de integración seguirá en aumento en tanto se lleve a cabo una comprensión más global de los procesos de cambio y se abran posibilidades

de tratamientos más efectivos. El avance en estos ámbitos se logrará si los constructos que se estudian son cercanos a la experiencia clínica y si se formulan en un lenguaje que sea comprensible a todos los terapeutas, así como si pueden ser influidos por los hallazgos de la investigación. De hecho se lograrían más avances si los procesos de cambio pueden ser investigados desde distintas perspectivas epistemológicas (Goldfried, 1996).

De cierta forma puede afirmarse que la integración en psicoterapia es algo ya consolidado, quedando expresada en los diversos modelos y propuestas hechas hasta ahora, que incluyen combinaciones teórico-técnicas de gran diversidad. Asimismo, la realidad de la integración se pone de manifiesto por la elevada frecuencia de terapeutas que reconocen utilizar alguna forma de integración en su práctica clínica cotidiana y en la aceptación de que todas las psicoterapia comparten elementos comunes, así como la creciente apertura y disposición al diálogo que existe hoy en día entre terapeutas de diferentes aproximaciones teóricas (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004).

A pesar de que la integración en psicoterapia ha madurado, aún no se han alcanzado consensos ni convergencia en muchas cuestiones importantes. Algunos autores refieren que el movimiento está lejos de llegar a ser un modelo teórico compartido y que llegar a ser un movimiento global representa un desafío (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). Sin embargo, se acepta la idea de que ni la fragmentación tradicional ni la unificación prematura serán de utilidad al campo de la psicoterapia o a sus clientes (Norcross, 2005). En la medida en que la terapia de integración avance, deberá cubrir ciertas expectativas, como la necesidad de un modelo conceptual más claro y una forma que especifique sus procedimientos (Goldfried, 1996).

Según Norcross (2005) el éxito del movimiento abre dos cuestiones cruciales, la primera es si habrá suficiente evidencia empírica que le dé fundamento a los tratamientos integrativos y eclécticos para disuadir a educadores y a practicantes a acogerlos. La segunda cuestión se refiere a la proliferación y competencia de diversas escuelas integrativas, que podrían convertirse en las perspectivas rígidas e institucionalizadas que el mismo movimiento ha intentado contrarrestar.

En cuanto al **futuro en el campo de la psicoterapia**, según Goldfried & Castonguay (1992) se llevará a cabo una consolidación de las orientaciones más tradicionales,

habrá mayor apertura hacia otros enfoques, se concentrarán los esfuerzos en intervenciones para problemas específicos y se aplicarán los conocimientos desde las ciencias cognitivas, la psicoterapia integrativa y la farmacoterapia. Asimismo, se delinearán los procesos de cambio comunes de las diferentes orientaciones y se demostrará empíricamente la efectividad de las intervenciones integrativas. Por su parte la terapia integrativa, podrá ayudar al campo de la psicoterapia al llegar a un consenso sobre las estrategias para ciertos problemas clínicos, fomentar el diálogo en un lenguaje teórico neutral y alentar el enriquecimiento mutuo al estudiar los procesos de cambio.

El futuro de la integración en psicoterapia aún es incierto, sin embargo como movimiento joven dentro del área, aún tiene mucho que aportar al conocimiento y a las aplicaciones dentro del campo. La integración en psicoterapia no llegará a ser un movimiento global en un futuro cercano, sin embargo, la fase del proceso en que se encuentra actualmente es una etapa necesaria, en la que la exploración, la investigación y las diferentes aportaciones irán abriendo el camino hacia una posible teoría y/o metodología unificados. Lo relevante de todo este proceso es que en el camino se va construyendo el conocimiento, y las diversas propuestas y descubrimientos abren posibilidades y fortalecen el trabajo del psicoterapeuta, permitiendo mirar al consultante y sus necesidades como el punto de partida a partir del cual se generan las intervenciones, las teorías, métodos y técnicas desde las cuáles se realiza el trabajo psicoterapéutico.

Es necesario que aquellos que trabajamos con seres humanos, tengamos la capacidad de ampliar nuestros paradigmas y logremos mirar desde una perspectiva que abarque y dé cuenta de la complejidad de la naturaleza humana, de su funcionamiento y de sus pautas de cambio, para así realmente poder contribuir al mejoramiento de las problemáticas psicológicas del individuo, la familia y sociedad en general.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DEL TRABAJO CLÍNICO

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Describir y analizar, a través de un estudio de caso, la intervención psicoterapéutica de un niño con condición médica (espina bífida) bajo el enfoque de la terapia integrativa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Establecimiento de la alianza terapéutica
- ✓ Evaluación el estado del desarrollo psicológico del niño, a través de una batería de pruebas psicométricas y técnicas grafoproyectivas
- ✓ Conceptualización del caso clínico
- ✓ Diseñar y aplicar una intervención breve y focalizada a través de un modelo integrativo para facilitar el afrontamiento ante la condición médica (espina bífida) y el desarrollo psicoafectivo de Alex
- ✓ Evaluar la efectividad y pertinencia de la intervención psicológica fundamentada en un modelo integrativo, identificando los factores mediadores en el proceso psicoterapéutico
- ✓ Realizar el cierre y seguimiento del caso a través de diversas técnicas de juego para potencializar los recursos psicosociales del niño y su familia y validar la efectividad del tratamiento
- ✓ Describir y mostrar evidencia de las habilidades profesionales adquiridas durante el proceso de formación dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil

TIPO DE ESTUDIO/ DISEÑO

El presente trabajo se realizó bajo los criterios de la metodología cualitativa, la cual se caracteriza por entender y ahondar en los fenómenos, estudiándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Este enfoque se utiliza cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes, profundizando en sus experiencias, perspectivas, opiniones y

significados, esto es, en la forma en que perciben su realidad de manera subjetiva (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El tipo de diseño corresponde al tipo Estudio de Caso, en el cual se lleva a cabo un proceso de investigación cualitativa o mixta, analizando a profundidad una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y/o desarrollar alguna teoría (Hernández y Mendoza, citados en Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Los estudios de caso se refieren a observaciones no controladas de un solo sujeto, en el que se reportan datos que se basan en la información anecdótica. Asimismo, son descriptivos y se llevan a cabo sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas de la validez (Kazdin, 2001).

ESCENARIO

El Centro Comunitario Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro de la Facultad de Psicología, UNAM, tiene como misión brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales y al mismo tiempo ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial. Su visión es lograr que a través de la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.

En el Centro Comunitario se cuenta con cinco servicios a partir de los cuales se organizan las actividades tanto académicas como de servicio a la comunidad. Estos son:

1. Promoción de la Salud
2. Intervención clínica
3. Intervención psicopedagógica

El servicio dentro del cual se llevan a cabo las actividades de la Residencia en Psicoterapia Infantil están dentro del servicio de intervención clínica.

Las sesiones se llevaron a cabo en una cocineta utilizada como cubículo de aproximadamente tres metros por tres, con ventanas que dan a la calle y una puerta de cristal que da a las escaleras del Centro Comunitario. Dentro del espacio había una mesa y sillas y se utilizaron materiales variados como juguetes y material para arte.

PROCEDIMIENTO

Se asignó al paciente de la lista de espera de Psicoterapia Infantil del Centro Comunitario Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro.

Las primeras sesiones tuvieron como objetivo realizar la entrevista inicial, conocer el motivo de consulta de la madre y la historia del menor y establecer la alianza terapéutica con Alex. Posteriormente, se realizó una evaluación con el fin de valorar el desarrollo psicológico del niño, a través de una batería de pruebas psicométricas y de técnicas grafoproyectivas. A partir de los resultados obtenidos en ésta, se llevó a cabo la conceptualización del caso clínico y se diseñó y aplicó una intervención breve y focalizada a través de un modelo integrativo de psicoterapia. Las sesiones de intervención se llevaron a cabo de manera semanal con una duración de aproximadamente 50 minutos. Se realizaron en total 52 sesiones, 11 de evaluación, 33 de intervención y 8 sesiones de orientación con la madre.

La estructura de las sesiones la mayor parte del tiempo fue de la siguiente forma: a) recepción, Alex habla de lo que desea, generalmente de cómo le fue durante el tiempo que no nos vimos, tanto en la escuela como en casa, b) realización de algunas actividades estructuradas o semi-estructuradas, c) intervención mediante el juego libre, d) cierre de la sesión y recapitulación de lo realizado y/o aprendido.

Las sesiones fueron registradas por medio de transcripciones, audiograbaciones y relatorías, cuyo contenido fue supervisado por profesoras expertas en psicoterapia infantil del Centro Comunitario. Posteriormente se realizó una relectura de las sesiones y se hizo un último análisis, que se incluye dentro de este reporte.

La evaluación de la efectividad del proceso se llevó a cabo identificando los factores mediadores y atendiendo a los cambios que Alex presentaba dentro de las sesiones y a los cambios reportados por la madre del menor fuera del espacio terapéutico. Se realizó el cierre del caso a través de diferentes técnicas de juego para potencializar los recursos psicosociales del menor y su familia. Se llevaron a cabo dos llamadas de seguimiento con el fin de evaluar si los cambios se mantuvieron a través del tiempo.

Finalmente, para la elaboración del presente reporte, se analizó el contenido de las sesiones, considerando las siguientes dimensiones: tipo de materiales, tipo de juego, temáticas principales, relación psicoterapéutica, técnicas y tácticas psicoterapéuticas

significativas, integración del self y condición médica. Para la dimensión de análisis titulada “integración del self” se retomaron las dimensiones de Fernández-Álvarez y Opazo (2004), originalmente planteado para adultos y se realizaron adecuaciones clínicamente convenientes para el análisis de este caso con un menor de edad. Las dimensiones analizadas se enlistan a continuación:

Identidad: Se refiere a la percepción de sí mismo, a la autoimagen, autoestima, autoatribuciones, sentimientos de autoeficacia, así como a la forma en que el menor traduce sus experiencias (juicio de realidad, tipo de atribuciones, mecanismos de defensa)

Significación (autorrealización): Se refiere a la forma en que el niño organiza sus experiencias y pensamientos y a la identificación y expresión de emociones

Funciones yoicas. Auto-organización: Se refiere a la forma en que se perciben los estímulos tanto internos como externos, al juicio y sentido de realidad, a la regulación y control de afectos e impulsos, al tipo de relaciones que el niño establece, a sus procesos de pensamiento, mecanismos de defensa y mecanismos de adaptación

Búsqueda de sentido: desarrollo moral: Se refiere a los valores que el sujeto ha interiorizado, el para qué de las reglas, la consideración que tiene hacia los otros, la capacidad de empatía, de ver por el bien común, de cooperar (desarrollo moral). Así como a la fuerza y toma de decisiones.

Afrontamiento y solución de problemas: Se refiere a la capacidad de activarse, perseverar, satisfacer las propias necesidades, tolerar la frustración, tomar decisiones. Asimismo a la motivación que se tiene para lograr objetivos, establecer metas y llevarlas a cabo.

Con base en el análisis de contenido de dichas dimensiones, se establecieron 5 fases en el proceso psicoterapéutico. Estas fases se constituyeron de acuerdo a la identificación de temáticas y contenidos similares dentro del continuo en el proceso psicoterapéutico. A continuación se enlistan dichas fases:

FASES	No de SESIONES
1) "Evaluación y establecimiento de la alianza terapéutica"	11 sesiones (1-11)
2) "Contacto con mi cuerpo: emociones y sensaciones"	6 sesiones (12-17)
3) "Condición médica e intervención quirúrgica"	9 sesiones (18-28)
4) "Autocuidado, reestructuración personal y cognitiva"	8 sesiones (29-36)
5) "Listo para despegar, luz para guiar el camino"	10 sesiones (37 a 46)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción clínica del menor

Alex es un niño cuyo físico corresponde a su edad cronológica. Es de complexión delgada, de estatura acorde a su edad, tez morena y cabello oscuro. A pesar de presentar espina bífida, se le observa bien conformado físicamente, es decir, a la vista del observador, no es notoria su malformación. Se presentó a las sesiones de evaluación e intervención en adecuadas condiciones de higiene y aliño.

En cuanto a su expresión verbal, su lenguaje tendió a ser responsivo y reservado. Su pensamiento es coherente, lógico y correspondiente a las operaciones concretas. Tiende a presentar una actitud complaciente ante las actividades propuestas y al inicio del proceso no establecía contacto visual con la terapeuta. En cuanto a su postura generalmente se mantiene erguido, sus movimientos son suaves y coordinados.

Durante las sesiones de evaluación y sesiones de juego iniciales, Alex se presentó como un niño tranquilo, tímido e inhibido, así como reservado y cooperador, con actitudes que denotaban ansiedad como sudor en las manos y onicofagia, mostrándose la mayoría del tiempo serio y poco expresivo. El estado de ánimo que más predominó durante la evaluación fue de ansiedad y en ocasiones se mostraba somnoliento. A lo largo del proceso psicoterapéutico mostró disposición a trabajar,

interés y se esforzó por realizar las actividades. Asimismo, su actitud fue cambiando con el tiempo y tendió a mostrarse más alegre, expresivo y abierto, asimismo se observa que van desapareciendo los signos de ansiedad.

En cuanto a las sesiones de juego, los materiales que utilizó fueron principalmente la pelota para el juego de fútbol y la pistola.

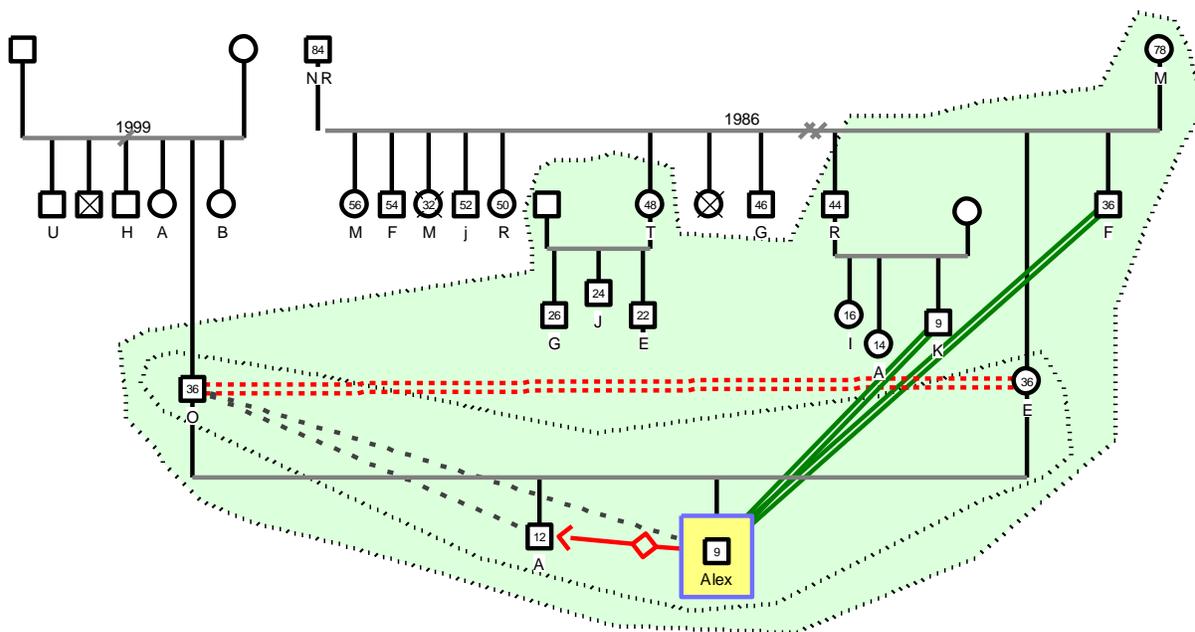
Motivo de consulta

Alex (cuyo nombre ha sido cambiado por cuestiones de privacidad) es referido por el servicio psicológico del Hospital Pediátrico Infantil, en donde es tratado por un defecto del tubo neural por diversos especialistas (urólogo, neurólogo, departamento de rehabilitación y salud mental). En el momento de la referencia, Alex se había sometido a una operación quirúrgica para corregir la malformación de la columna, faltando una para un problema de polidactilia al nacimiento. Derivado de la condición médica presenta dificultades en el control de esfínteres y en diversas áreas de funcionamiento.

La madre de Alex, quien es la persona que solicita el servicio de atención psicológica, describe sintomatología asociada con baja autoestima, alexitimia, aislamiento, dificultades en la socialización, bajo rendimiento escolar, síntomas de ansiedad (onicofagia y sudoración), síntomas psicósomáticos (colitis nerviosa) y rivalidad fraterna. Se refiere asimismo, falta de autonomía y responsabilidad en cuanto a la higiene personal.

Cuando se le pregunta a Alex por qué cree que lo llevan a terapia psicológica refiere que porque “se pone muy nervioso en los exámenes”.

Genograma



Alex es el segundo hijo de dos gestas. La familia está conformada por el padre, O. de 36 años, quien tiene escolaridad de secundaria trunca y es comerciante, la madre M. de 36 años, quien tiene escolaridad de secundaria y se dedica al comercio, su hermano A. de 12 años, quien actualmente cursa la secundaria y Alex, quien al inicio del proceso terapéutico tenía 9 años y cursaba el 4º de primaria.

Los padres de Alex se conocieron en el lugar donde el padre vendía, pues ella pasaba por ahí y en ocasiones platicaban. Comenzaron una relación de pareja y cuando llevaban un año de noviazgo se enteraron que iban a tener un hijo por lo que decidieron irse a vivir juntos, la madre estaba embarazada del hermano de Alex. La relación de pareja según lo refiere la madre de Alex “no es muy buena”, la señora menciona que él es muy celoso y que toma aproximadamente cada mes y se torna agresivo, llegándola a agredir tanto verbal como físicamente, también refiere que ella no lleva una buena relación con su familia política. Se han separado en diferentes ocasiones y por diversos motivos, algunos de ellos por celos del padre que refería que ella salía con otra persona. En otras ocasiones el señor se ausentaba y se iba a vivir a Oaxaca, su estado originario, refiriendo cuestiones de trabajo. A decir de la

madre, no existe un acuerdo en la forma de criar a los niños, pues el padre tiende a pegarles, cuestión que le disgusta; ella por su parte, refiere que prefiere primero hablar con ellos.

La relación madre-hijo es descrita como “buena”, la madre menciona que el niño es cariñoso, pero que no le platica acerca de sus cosas si ella no le pregunta. La relación padre-hijo a decir de la madre es lejana pues casi no conviven. La madre refiere que el padre de Alex usualmente llega en la noche del trabajo y se sienta a ver la televisión por lo que no convive con sus hijos. La relación entre hermanos fue referida como “mala”, pues pelean mucho y no se llevan bien.

La familia actualmente vive en un terreno que es propiedad de la abuela materna de Alex, ahí viven dos de sus tíos y una tía con sus respectivas familias. La madre refiere que cada familia vive en un cuarto separado, pero conviven continuamente pues comparten áreas en común.

Historia del desarrollo y antecedentes clínicos

Pre-peri-post natales

Alex es producto de la gesta II, no planeado pero a decir de la madre si deseado. La madre al enterarse de que estaba embarazada, no refiere haber tenido ninguna respuesta emocional, por su parte, el padre dijo que “estaba bien”. Durante el embarazo la madre refiere presentar sentimientos de tristeza y aislamiento, asimismo tuvo problemas de deshidratación, por lo que tenía que acudir aproximadamente cada dos meses a que se le aplicara suero.

Durante el nacimiento no se refiere ninguna complicación, sin embargo una vez nacido el niño se percataron de que el tubo neural no había cerrado y tenía una protuberancia a nivel de la espalda baja (meningocele) por lo que fue trasladado al Hospital Pediátrico Infantil para hacerle una cirugía de cierre del tubo neural. El niño permaneció en el hospital 34 días sin contacto alguno con sus padres. Se le alimentaba vía sonda pues presentaba problemas para succionar y para tragar, derivados del padecimiento neurológico. Asimismo, nació con polidactilia (6 dedos en

los pies). Alex nació al 9º mes por parto natural. Pesó 3,650 gr, APGAR y talla se ignoran. Se le dio formula desde el nacimiento, pues no podía succionar.

Desarrollo psicomotor: Se observó debilidad muscular de pequeño y retraso general en esta área, control de cuello y sedestación se ignoran, gateo al año, bipedestación al 1 año 8 m y marcha a los 2 años. La madre refiere que el niño utilizó andadera sin asiento por 6 meses como parte de la rehabilitación. **Lenguaje:** normoevolutivo.

Control de esfínteres: Presenta imposibilidad para controlarlos debido a su condición neurológica. La madre refiere que Alex tiene la sensación de ir al baño y es capaz de avisar cuando necesita ir, aunque a lo largo de su desarrollo no tomó responsabilidad de hacerlo por sí mismo.

Escolaridad: El niño asiste por primera vez a la escuela a los 4 años y presenta ansiedad de separación, logrando adaptarse después de tres semanas. En 2º de kínder según lo refiere la madre se hizo popo y fue a cambiarse solo, la maestra menciona que “hizo un desastre”, por lo cual lo puso a limpiar. Desde ese momento sus compañeros comenzaron a burlarse de él y a bajarle el pantalón. Posterior a este incidente Alex ya no quería ir a la escuela porque los niños no querían jugar con él. Tardó aproximadamente 2 meses en volverse a adaptar. La madre refiere un aprovechamiento escolar bajo en general, especialmente en matemáticas, geografía e historia, confusión de letras al escribir como la j y la g, distracción y dificultades en la comprensión de lectura. A pesar de sus dificultades, la madre comenta que se le exigen calificaciones de 9 y 10. A nivel social refiere dificultades para integrarse con sus compañeros desde el nivel pre-escolar.

Cuando se pregunta acerca de los efectos tiene la enfermedad del niño sobre ella y el padre, refiere “nos sentimos bien”, “no nos afecta”, tampoco refiere que el problema del niño tenga efectos sobre el sistema familiar. En general la madre responde sin contactarse con sus sentimientos y usa un tono de voz plano.

Desde que Alex nació asiste regularmente a diversos especialistas que le dan seguimiento a su padecimiento (Hospital Pediátrico Infantil) como son el urólogo, el neurólogo y rehabilitación.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

- Entrevista con la madre
- Test Gestáltico Visomotor de Bender (Koppitz, 1980)
- Método de evaluación de la percepción visual de Frostig DTVP-2(Frostig, 1993)
- Escala Weschler de Inteligencia para niños IV WISC-IV (Weschler, 2003)
- Prueba del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz DFH (Koppitz, 1973)
- Prueba del dibujo de la familia (Corman, 1967; Font, 1978)
- Test de Apercepción temática CAT-A (Bellack, 1949)
- House-Tree-Person HTP (Buck, 1969)
- Fábulas de Düss (Düss, 1940)
- Frases incompletas para niños (Sacks, 1950)
- Sesiones de juego diagnóstico

Con base en las dimensiones propuestas por Chazan (2002), se realizó un análisis estructural de las sesiones de juego diagnóstico. De manera general, las sesiones se caracterizaron por lo siguiente:

A nivel del **componente afectivo** se observó dificultad manifiesta para contactar con el placer dentro del juego, presentando dificultades para contactar con sus emociones y sensaciones al jugar; su espectro de afectos fue restringido, no expresando emociones y manteniéndose serio y tímido. Presentó rigidez en este componente pues tendió a la inhibición y contención emocional. El tono afectivo mostrado hacia el terapeuta fue predominantemente neutral y en ocasiones positivo, del terapeuta hacia el niño fue predominantemente positivo.

Dentro del **componente cognitivo**, tendió a jugar en solitario y en ocasiones en diada (cuando la terapeuta le daba la pauta), el uso de los objetos de juego fueron predominantemente realistas y se observó ausencia de juego simbólico.

En el **componente narrativo** predominó el juego de agresión y destrucción, representada a través de juegos agresivos y de control, como el fútbol, el boliche y el jugar a disparar la pistola. El nivel de relación fue con el sí mismo, mostrando egocentrismo (él hace y el otro observa). Alex tendió a ser silencioso durante su

juego y la terapeuta tendió describir su juego, sus estados afectivos, a mostrar sus fortalezas y a elogiar sus logros.

En cuanto a los **componentes de desarrollo**, se observó cierta inmadurez en su actividad al mostrarse pasivo, esperar a que decidieran por él y al mostrarse poco propositivo. Predominó el juego aislado y el nivel psicosexual observado en las actividades de juego elegidas fue fálico.

PERIODO DE EVALUACIÓN

Octubre (25), Noviembre (8, 16) de 2010. Enero (17, 24, 21), Febrero (14, 21, 18) y Marzo (7, 14) de 2011.

INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS.

Alex es un niño con amplios recursos. Es un niño productivo, industrioso, hábil a nivel psicomotriz, con capacidad de competencia. A nivel de sus relaciones personales es un niño capaz de considerar al otro y capaz de establecer vínculos afectivos positivos. A nivel social conoce las normas y protocolos, los comprende y lleva a la práctica. Tiene una buena red de apoyo por parte de su familia y sus relaciones con estas figuras las percibe como mayormente positivas.

En lo que se refiere a la **madurez perceptual**, Alex se encuentra por debajo de lo esperado para su edad. Las tareas que requieren coordinación motriz y coordinación de los movimientos de la mano con la visión se observan intactas e incluso las realiza por arriba del promedio esperado para su edad, sin embargo, la dificultad principal que presenta tiene que ver con su percepción visual. En esta área se observa dificultad de apreciar o percibir la posición correcta de un objeto en relación con su cuerpo, dificultad en la apreciación de la dirección de los objetos y de los símbolos escritos. Esto representa un problema en el proceso de lecto-escritura, pues las letras, palabras y frases, los percibe distorsionados y por esa razón se le dificulta la comprensión de lo que lee. Esto también influye en las matemáticas pues no percibe adecuadamente números y figuras. Aunque es capaz de poner atención, tiene dificultad para descartar los estímulos irrelevantes y esto provoca que se distraiga con facilidad y no centre su interés en un estímulo específico. Su atención tiende a saltar de un estímulo a otro y presenta imposibilidad de reconocer letras o palabras a

partir de algunos detalles, lo que da lugar a que confunda letras y palabras de apariencia semejante.

A **nivel intelectual**, Alex muestra una inteligencia promedio. Al valorar los índices, se observa que el índice de comprensión verbal se ubica en la categoría promedio bajo (87), mientras que memoria de trabajo (94) y velocidad de procesamiento (106) se encuentran en la categoría de promedio. El índice de razonamiento perceptual se encuentra dentro de la categoría límite (73). En el índice de velocidad de procesamiento se observa una ejecución por arriba del promedio en lo que respecta a memoria a corto plazo, coordinación visomotora, rastreo visual así como en cuanto a flexibilidad cognoscitiva y concentración, lo que le permite realizar actividades rápidamente y de forma adecuada. El índice de razonamiento perceptual resultó ser el más bajo, en esta área, Alex presenta dificultades para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos, para formar conceptos no verbales, percibir y procesar información de manera visual. Asimismo, presenta dificultad en lo que respecta al razonamiento abstracto y de categorización.

Las dificultades que presenta Alex en el área perceptual y cognitiva y que afectan su rendimiento escolar, están estrechamente vinculados a su inmadurez perceptual, que le impide percibir adecuadamente las características de los estímulos. Esto trae como consecuencia una tendencia a perder la línea al leer, confundir palabras parecidas, omitir letras al leer y escribir y confundir letras. Esta situación influye en su rendimiento y aprovechamiento académico.

En cuanto a su **desarrollo socioafectivo** presenta inmadurez, se percibe como más pequeño de lo que realmente es, pues la responsabilidad en torno a sí la toman los adultos y su nivel de autonomía y responsabilidad personal se encuentra por debajo de lo esperado para su edad. En este sentido, no ha desarrollado recursos activos para procurarse a sí mismo y mantiene una actitud pasiva ante las adversidades del ambiente, esperando a que se resuelvan u otros las resuelvan. Alex tiene un yo medianamente integrado que se manifiesta en los mecanismos de defensa primarios que utiliza, el superyó débil que presenta y en el pobre juicio de realidad y sentido del sí mismo que manifiesta.

Su identificación de emociones es estrecha, por lo que presenta dificultades en el control de impulsos. Su autocontrol y autoexpresión es restringida por lo que ha perdido espontaneidad. Por otro lado, presenta baja tolerancia a la frustración y un pensamiento rígido.

Se percibe a sí mismo como vulnerable ante las amenazas del entorno, percibiéndolo con constancia como peligroso, agresivo, amenazante y aniquilante. Esto constituye proyección de sus propios impulsos y deseos. De este modo presenta una tendencia a actuar sus impulsos agresivos y esto le genera mucha angustia porque teme que sus deseos se puedan realizar (impulsos de destrucción y aniquilación). Asimismo, al proyectar sus impulsos agresivos, tiende a maximizar las conductas agresivas de otros y minimiza las propias. Esto es una manera de confirmarse la creencia de que es vulnerable, generándose así un círculo vicioso. Esto ha afectado el área de socialización pues no percibe a sus iguales como amigables, asimismo, esto le ha dificultado relacionarse, por lo que se muestra tímido y retraído. Sin embargo manifiesta deseos de tener amigos y necesidad de establecer relaciones estrechas con sus pares.

La condición médica que presenta le genera sentimientos de inadecuación pues se siente distinto a los demás niños de su edad y de frustración por los cambios que ha tenido que realizar derivados de la falta de control esfintereano que presenta. Estas dificultades aunadas a la situación familiar en la que existe conflicto entre los padres y poco acercamiento afectivo hacia él, han generado que Alex tenga sentimientos de inferioridad e inseguridad.

Percibe a su familia como lejana, poco flexible y rígida y ve a sus miembros como poco espontáneos. Manifiesta que su familia está integrada por papá, mamá y él. Se siente perteneciente a su grupo familiar y tiende a desvalorizar a su hermano, lo que indica problemas importantes en su relación con él. También presenta cierto grado de desvalorización hacia sí mismo. A sus padres los percibe como lejanos en su relación de pareja y no percibe jerarquía o autoridad de su parte. Alex desea una familia afectiva, pues no se siente apoyado por ella. Se identifica con el padre como figura masculina, sin embargo lo percibe ensimismado y no recibe un reflejo de sí mismo a través de él. La relación con los miembros de la familia nuclear le genera ansiedad y conflictos emocionales, probablemente porque percibe a sus padres como

agresivos y a su hermano como el preferido de los padres. A sus figuras paternas las percibe como frágiles, lo cual puede derivar en un sentimiento de desamparo al no tener una figura en donde apoyarse. El padre representa para Alex una figura importante, manifiesta necesidad de identificación con él, así como deseos de realizar actividades con él y de tener mayor contacto y cercanía con esta figura. A la figura materna la percibe como pequeña, aislada y poco accesible. Así mismo, se siente alejado de ella y esto le produce inseguridad y ansiedad. Por otro lado, se siente poco capaz a nivel intelectual pues no logra cumplir con las expectativas que la madre le exige a nivel académico.

Los conflictos significativos que manifiesta son rivalidad fraterna, sentimientos de inferioridad y desconfianza básica, vulnerabilidad y sentimientos de inferioridad. Esto se debe en parte a que percibe que sus necesidades no han sido suficientemente gratificadas, como necesidades de nutrición (afecto), cuidado, protección, resguardo, reconocimiento y aceptación. Ante esta situación, Alex manifiesta deseos sentirse seguro y orgulloso de sí mismo, así como deseos de crecer y de tener más recursos.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

Manifestaciones clínicas

Antecedentes médicos: Espina bífida / Hidrocefalia, Polidactilia (pies) / Colitis nerviosa

Psicofisiológica: Sueño poco reparador / Enuresis y encopresis primaria diurna y nocturna (distingue funciones de eliminación, no hay control) / Ansiedad: sudoración en las manos

Cognitiva: Lenguaje: responsivo y reservado, fluido, coherente / Atención: buenos periodos de atención / Pensamiento: coherente, lógico y correspondiente a las operaciones concretas / Memoria: adecuada para su edad / Dificultades visomotoras (posición en el espacio, figura-fondo, cierre visual, constancia de forma) / Dificultades en la simbolización y abstracción / Dificultades en la construcción de su esquema corporal

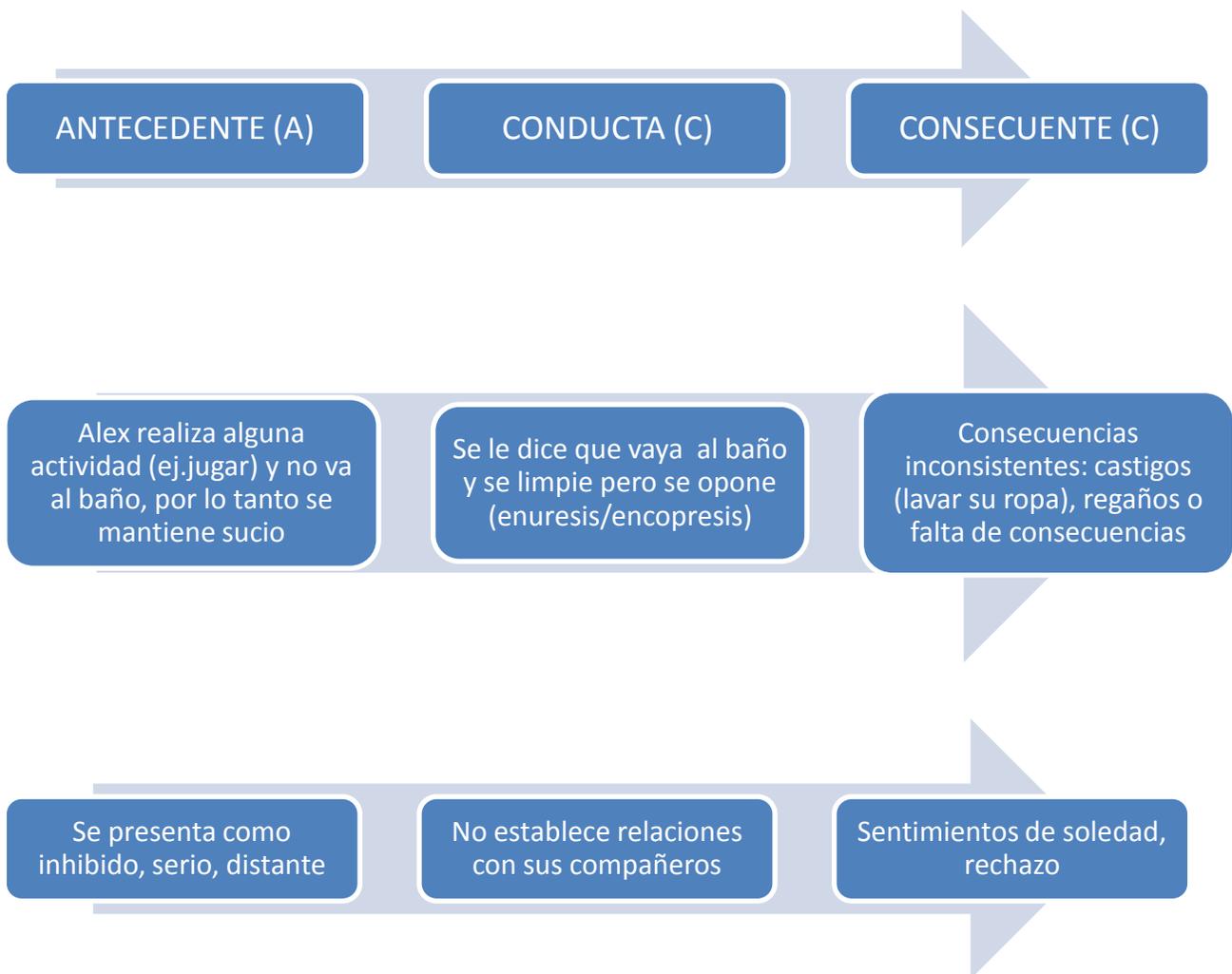
Afectiva: Alexitimia / Tono afectivo bajo, plano / Supresión emocional / Imagen corporal distorsionada / Desinterés / Sentimientos de angustia y miedo ante circunstancias sociales y ambientales / Baja autoestima, regresión, frustración, agresividad, negación / Apego inseguro (ansioso resistente)

Conductual: Onicofagia / Se truenan los dedos

Ambiente (Antecedentes y consecuencias conductuales)

Conductas problema para la familia: dificultades en la elaboración de tareas, autosuficiencia en cuanto a hábitos de higiene y limpieza en torno a la enuresis y encopresis.

Conductas problema para el niño: ansiedad y angustia ante situaciones de evaluación (exámenes), dificultad para hacer amigos



Entorno familiar: Estilo de crianza predominantemente autoritario con fluctuaciones hacia la permisividad (inconsistente) / Dificultades en permitir el proceso de autonomía-independencia / Rivalidad fraterna / Sistema semiabierto: familia extensa involucrada en crianza (abuela, tíos)

Entorno sociocultural: Figuras de autoridad – complacencia, obediencia, reservado, inhibido / Padres– oposicionismo pasivo / Pares - tendencia al aislamiento, retraimiento, timidez, inhibición / Dificultades en cuanto a habilidades sociales / Factores protectores: hospital, centro comunitario, familia extensa, actividades extraescolares (fútbol, básquetbol)

Entorno escolar: Bajo rendimiento escolar / Rechazo por parte de pares / Sobre exigencia a nivel académico.

PREGUNTAS CLÍNICAS

A continuación se enlistan las preguntas planteadas en el caso clínico de Alex. Es importante señalar que no se plantearon todas en un mismo momento, sino que fueron surgiendo a lo largo del proceso:

- 1) ¿Qué sabe Alex de su condición médica y cómo la ha integrado? / ¿Cómo ha afectado la espina bífida su autoimagen?
- 2) ¿Qué factores han contribuido a que Alex presente una autoestima deteriorada y un autoconcepto devaluado?
- 3) ¿Qué factores están relacionados con la dificultad de Alex en el manejo de sus emociones?
- 4) ¿Qué factores están relacionados con los altos niveles de ansiedad de Alex?
- 5) ¿Por qué se le dificulta a Alex la identificación e integración de sus impulsos agresivos?
- 6) ¿Qué factores contribuyen a que Alex presente distorsiones cognitivas?
- 7) ¿Qué impide a la familia aceptar y afrontar activamente la condición médica de Alex?

- 8) ¿Cómo ha influido sobre el desarrollo socioafectivo de Alex el estilo de crianza autoritario predominante en la familia?
- 9) ¿Cómo influyen las expectativas de los padres con respecto al desempeño escolar de Alex en su desarrollo socioafectivo?

HIPOTESIS CLÍNICAS

- 1) El desconocimiento que tiene Alex acerca de su condición médica le dificulta la adaptación a su enfermedad y el adecuado afrontamiento ante las consecuencias de ésta; el no tener un sentido de realidad en torno a su enfermedad ha fomentado que exacerbe la gravedad de su condición. Derivado de su enfermedad, Alex presenta fantasías de malformación e incompletud en relación con su cuerpo, así como dificultades para integrarlo como un todo, presentando disociación entre su cuerpo y su psique.
- 2) Las funciones parentales en el caso de Alex son deficientes, por lo tanto percibe que sus necesidades no han sido suficientemente gratificadas, como necesidades de nutrición (afecto), cuidado, protección, resguardo, reconocimiento y aceptación. Alex presenta un apego inseguro ansioso, provocando que se sienta incompetente e incapaz frente a los otros, poco querido y que en sus relaciones tienda a ser dependiente, presente ansiedad de separación y busque continuamente confirmar la aceptación y el amor de sus padres. Así, la autoimagen de Alex está devaluada y distorsionada, ha generado un falso self, (incompetente, insuficiente, inadecuado). Un apego inseguro de este tipo ha sido asociado con inseguridad, tristeza, temor y poca confianza en sus capacidades. Por otro lado, la dificultad para controlar esfínteres y su percepción de ser diferente a los demás niños, le dificulta la inserción en contextos educativos y sociales, generándole al mismo tiempo sentimientos de inadecuación y mermando su autoestima.
- 3) Alex tiende a bloquear sus sensaciones y presenta dificultades con la identificación y expresión de emociones (alexitimia), como una forma de defenderse ante los sentimientos desagradables, abrumadores y confusos (inadecuación, angustia, miedo, sufrimiento, frustración y decepción)

derivados de su condición y de la dinámica que vive a nivel familiar, escolar y social.

- 4) La dificultad en el manejo de sus emociones y su estilo de afrontamiento evitativo le impiden canalizar adecuadamente los sentimientos que experimenta, llevándolo a presentar diferentes signos de ansiedad como onicofagia y sudoración de manos y a somatizar, presentando colitis nerviosa.
- 5) Alex se percibe a sí mismo como vulnerable ante las amenazas del entorno y percibe con constancia que su medio es peligroso, agresivo, amenazante y aniquilante. Esto constituye proyección de sus propios impulsos y deseos. Alex establece relaciones de objeto caracterizadas por objetos parciales, escindidos y predomina la ansiedad paranoide, persecutoria y la fantasía de aniquilación (posición esquizo-paranoide de acuerdo con la teoría de Melanie Klein). Desde esta posición se le dificulta integrar sus impulsos agresivos y aceptar que siente enojo ante lo que vive de manera cotidiana en relación con su condición médica y con situaciones de su vida cotidiana.
- 6) A nivel de estructuras cognitivas Alex ha generado esquemas de pensamiento rígidas que se refuerzan a lo largo del tiempo a través de la repetición de sus experiencias de aprendizaje, éstas derivadas de las creencias que generó acerca de él mismo, los demás y el mundo desde muy pequeño. A partir de sus vivencias, que incluyen situaciones en donde se siente inadecuado, ansioso, inseguro, dependiente, entre otras, fue construyendo esquemas de pensamiento que lo llevan a interpretar las situaciones a través de sus creencias más fundamentales y profundas (dependencia, vulnerabilidad, sentimientos de inadecuación, amenaza, inseguridad, desconfianza básica, inferioridad, desvalorización) y a centrar selectivamente la información que confirma su creencia central. Alex presenta así, distorsiones cognitivas como la catastrofización, sobregeneralización y visión de túnel.
- 7) En la familia de Alex prevalece un estilo de afrontamiento evitativo ante la enfermedad, tendiendo a negar la condición del niño al no hablar de ello ni de sus consecuencias dentro de la familia. Los sentimientos de las familias con un miembro con una condición médica puede ir desde el miedo, la negación, la

culpa, entre otros. Lo anterior, le dificultaba a la familia la aceptación de la enfermedad y un afrontamiento activo ante la misma.

- 8) El estilo de crianza predominante en la familia de Alex era autoritario, es decir, alto en cuanto a ejercer control, supervisión y severidad, acompañado de una baja expresión afectiva: respuestas poco aceptantes, poco cálidas y poco receptivas. Lo anterior con fluctuaciones hacia la laxitud, presentando mucha exigencia por momentos y permisividad en otros, siendo de esta manera inconsistente. En Alex, como en los hijos de padres autoritarios, se observa una tendencia a ser poco competente en el área social, a aislarse, a tener poca iniciativa y poca espontaneidad. Asimismo, se ha observado que estos niños tienen menores conductas que indiquen conciencia social y son más propensos a tener un control externo en lo que se refiere a orientación moral, presentan baja autoestima y un locus de control externo, así como mayores sentimientos de miedo y ansiedad.

- 9) A nivel neurológico y derivado de su condición, Alex presenta una serie de dificultades a nivel visomotor y cognitivo que le impiden ir al nivel que se le exige en la escuela, cuestión que le ha provocado sentimientos de inadecuación y frustración. El desconocimiento de dichas consecuencias por parte de la familia ha impedido que sean congruentes en cuanto a las expectativas académicas que se tienen del menor. La familia ha reforzado así los sentimientos anteriormente mencionados, al exigirle calificaciones sobresalientes.

FOCOS DE INTERVENCIÓN

Alex

- 1) Noción y conciencia de su condición médica
- 2) Autoconcepto, autoimagen y autoestima
- 3) Identificación, expresión y regulación de emociones
- 4) Técnicas para reducir la ansiedad
- 5) Identificación y toma de conciencia de sus impulsos agresivos y elaboración de los mismos

6) Trabajar las distorsiones cognitivas

Padres

- 7) Psicoeducación en cuanto lo que implica la condición médica de Alex a nivel físico, cognitivo y psicológico
- 8) Prácticas parentales
- 9) Expectativas reales con respecto al rendimiento académico del niño

CAPITULO V. RESULTADOS

FASE 1: “Evaluación y establecimiento de la alianza terapéutica”

Número de sesiones: 11 sesiones (1-11)

Tipo de materiales:

- Pelota
- Boliche
- Pistola

Tipo de juego:

Juego psicomotor:

- Juega a cachar la pelota
- Fútbol (tira a gol). Tira una y otra vez, desde diferentes puntos, ángulos y distancias.
- Basquetbol
- Disparar la pistola (al aire y para atinarle al cesto de basura)

Temáticas principales

- Familia: día de muertos; vacaciones en Oaxaca; Navidad; juega a las atrapadas, escondidas y fútbol con sus primos; salida al parque con tío, entre otras.

Intervenciones realizadas

- Establecimiento de rapport y la alianza terapéutica con Alex, consideración y respeto hacia su persona, tiempo y proceso. Adecuar la estructura de la sesión dependiendo de lo que Alex fuera necesitando (ir de sesiones semiestructuradas a sesiones cada vez menos estructuradas).
- Mostrar actitudes psicoterapéuticas básicas de empatía, congruencia y aceptación.
- Reconocimiento de sus fortalezas, recursos, habilidades en el juego, logros y esfuerzos (presentación del objeto).
- Señalamientos y reflejos de reiteración, sentimiento y experiencia.

Relación terapéutica

Terapeuta-niño

Predominantemente positivo: receptiva, aceptante e interesada. Me despierta la necesidad de acogerlo, aceptarlo, protegerlo, sentimientos de cariño, compasión, de querer apoyarlo y ayudarlo. Cierta necesidad de acercamiento físico.

Niño-terapeuta

En un inicio ensimismado, cerrado, evita el contacto visual y la interacción conmigo. Espera a que se le dé pauta para jugar (pasividad), fluctúa entre momentos de pasividad y actividad. Con el tiempo se va mostrando cada vez más cooperador, complaciente y dispuesto a interactuar. Posteriormente busca aceptación, reconocimiento y aprobación de manera constante.

Manifiesta sentimientos de ansiedad ante tiempo de juego libre (donde se le deja elegir). Esto se observó a través de conductas de inhibición, pasividad, sudoración de las manos y constante atención a la mirada de la terapeuta.

Integración del self

IDENTIDAD

- Se percibe a sí mismo como pequeño, vulnerable, amenazado y poco capaz de tomar decisiones
- Presenta sentimientos de inferioridad, inadecuación, inseguridad y desconfianza básica. Se siente poco capaz a nivel intelectual
- Signos de ansiedad durante la evaluación (sudor de manos, onicofagia)
- Percibe que tiene poco control de su ambiente y de su vida
- Mecanismos de defensa primarios: principalmente proyección, regresión y anulación
- Presencia de distorsiones cognitivas: catastrofización, visión de túnel, sobregeneralización

SIGNIFICACIÓN –AUTORREALIZACIÓN-

- Dificultades en la identificación, expresión y control de emociones (identificación de emociones estrecha, autocontrol y autoexpresión restringida)
- Alexitimia, tono afectivo plano, supresión emocional
- Tono afectivo bajo: desganado, cansado, somnoliento, pasivo. Se muestra serio, inhibido, tímido, callado y retraído. Con el paso de las sesiones se va mostrando más activo, comunicativo y expresivo, incrementa su interés y atención, mejora su participación y nivel de energía.

FUNCIONES YOICAS. AUTO-ORGANIZACIÓN

- Pensamiento rígido y concreto
- Pobre juicio de realidad y de sí mismo
- Lenguaje poco expresivo, responsivo, coherente
- Dificultad para integrar las normas sociales (obediencia basada en el miedo)
- Dificultades en la regulación y control de impulsos
- Relaciones objetales: Posición esquizo-paranoide (de acuerdo a la teoría de Melanie Klein)

BÚSQUEDA DE SENTIDO: DESARROLLO MORAL

- Poca consideración hacia los otros
- Dificultades para empatizar
- Dificultad para tomar decisiones
- Poca cooperación y trabajo por un bien común
- Obediencia a partir de castigos, recompensas o intercambio de favores (Etapa preconventional en lo que respecta al desarrollo moral)

AFRONTAMIENTO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Actitud pasiva ante el ambiente y sus dificultades
- Poca motivación al logro y nulo establecimiento de metas dentro del espacio psicoterapéutico
- Dificultades en el proceso de autonomía-independencia
- Baja tolerancia a la frustración

- Dificultades para buscar la satisfacción de sus necesidades
- Dificultades en cuanto a habilidades sociales

Condición médica

- Alex no mencionó nada acerca de su condición médica durante esta etapa
- Etapa en la que el afrontamiento va dirigido a la emoción (evitativo, negación)
- A pesar de que no habla abiertamente de su condición médica, proyecta en su juego y en su actitud los sentimientos relacionados con ésta.

ANÁLISIS TEÓRICO: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PRIMERA FASE DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Durante esta fase Alex se encuentra en una etapa simbiótica, derivado de las dificultades de su familia para facilitarle el proceso de separación e individuación. Se comporta y funciona como si él y el objeto fueran una unidad dual dentro de un límite único y común, dentro del espacio terapéutico. Asimismo, asume una postura pasiva que manifiesta su necesidad de que el otro (la terapeuta) dé pauta para las actividades dentro del cuarto de juego; pues el hecho de enfrentarse a una situación desestructurada (darle libertad en el espacio) le causa sentimientos de angustia y ansiedad. El yo rudimentario de Alex en este momento no es adecuado para la tarea de organizar tanto sus estímulos internos como externos y existe una interdependencia en la que Alex aún no diferencia sus representaciones intrapsíquicas (Mahler, Pine y Bergman, 2002). Al inicio del proceso terapéutico Alex evita el contacto visual con la terapeuta y tiende a establecer una barrera entre sí mismo y lo que le rodea. A nivel psíquico, de acuerdo con la teoría del desarrollo psicológico de Mahler, Alex tiende a regresar a la etapa autística infantil, como defensa ante la angustia que le representa este primer contacto, etapa que se caracteriza porque el niño no parece percibir en absoluto a su madre como representativa del mundo exterior y establece un muro helado entre sí mismo y el ambiente humano. Según esta autora, el autismo psicótico constituye un intento de contrarrestar las múltiples complejidades de los estímulos externos y las excitaciones internas que amenazan aniquilar al yo rudimentario del niño. Ante esta situación, la terapeuta funge como un medio para facilitar el nacimiento psicológico del niño, proporcionando un espacio de presencia, seguridad, contención y un ambiente

predecible, así como una estructura flexible y abierta que respeta el proceso del menor. Se le permite a través de esta relación investir a la figura de la terapeuta dentro de una unidad dual, que constituiría una base para la formación de relaciones humanas diferentes (Mahler, Pine y Bergman, 2002).

Durante esta fase el juego de Alex se caracteriza por ser un juego de ataque (tirar a gol, encestar, tirar los bolos, disparar); ese espacio donde se llevaba a cabo el juego, “la cancha”, a nivel simbólico representa su cuerpo, al que desde que nació habían invadido, ultrajado, lastimado, por medio de operaciones, revisiones y manipulaciones tanto médicas, como familiares (limpiar, cambiar pañal). Se juega en el espacio lo que Alex continuamente vive en relación a su cuerpo. Asimismo, tiene necesidad de expresar el enojo y frustración que toda su situación le impone. Alex elige juegos agresivos, en los que se juega el enojo y la frustración que siente ante su situación (condición médica, situación personal y familiar). Asimismo, Alex fluctúa entre momentos de pasividad y de actividad dentro de la sesiones al inicio del proceso terapéutico. De acuerdo con Korff-Sausse (2000), los niños con espina bífida, a consecuencia de su incontinencia reciben momentos de intrusión repetida a su intimidad, respondiendo de forma pasiva y entregándole su cuerpo a otros, como si ya no les perteneciera. De esta manera deinvisten su cuerpo, para en momentos posteriores retomar su energía y mostrarse enérgicos y animados. Todo esto representa una consecuencia de la escisión que Alex presenta como defensa ante situaciones desconocidas, nuevas y abrumadoras. Por otro lado, diferentes investigadores como Holmbeck, Westhoven, Philips, Wendy, Bowers, Gruse, Nikolopoulos, Totura & Wienke, (2003) encontraron que los preadolescentes con espina bífida tienden más a aislarse socialmente, depender de la guía de los adultos y ser menos asertivos acerca de sus puntos de vista y/o toma de decisiones que los adolescentes con desarrollo normoevolutivo, cuestión que se presenta como una consecuencia psicológica de la condición médica y que deriva en el caso de Alex de un contexto en el que se merma su proceso de independencia y autonomía.

Por otro lado, las características del juego del menor, en que predominan los juegos de ataque corresponden dentro de la teoría Kleniana a una posición esquizo-paranoide, en donde Alex juega a atacar (aniquilar) al objeto malo. La ansiedad en esta posición es que el objeto u objetos persecutorios se introducen en el yo y

aniquilan tanto al objeto ideal como al Yo. Esta posición se caracteriza porque la ansiedad predominante es paranoide y el estado del yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión, que es esquizoide (Seagal, 2002). Cuando los mecanismos de defensa no alcanzan a dominar la ansiedad, puede surgir la desintegración del yo como medida defensiva. Una de las características de esta posición es la escisión, la cual permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. Cuando las experiencias buenas predominan sobre las malas, el yo se hace más fuerte, tiene mayor capacidad para enfrentarse con sus ansiedades, disminuye la escisión y se prepara el terreno para la posición depresiva (Seagal, 2002). Sin embargo, cuando las experiencias malas predominan sobre las buenas, como lo fue en el caso de Alex, la ansiedad y los impulsos hostiles son intensos, proyectándose y desintegrándose en diminutos fragmentos, sobre el objeto, desintegrándolo a su vez. Como la realidad es experimentada principalmente como persecutoria, tanto las experiencias internas como externas causan malestar, esto da como resultado el ataque al aparato perceptual con el fin de evitar las percepciones. Este proceso deteriora gravemente al yo y también ataca al vínculo, de este modo el sujeto ataca cualquier vínculo entre el yo y el objeto, o entre diversas partes del Yo (sentir y pensar). Así Alex, se sentía rodeado de objetos hostiles y sus vínculos con la realidad eran muy dolorosos. En este sentido, al dificultársele identificar y expresar sus impulsos agresivos, los proyecta sobre el objeto, percibiéndolo como aniquilante y amenazante, denotando así una relación a nivel objetal escindida.

Desde la perspectiva de la teoría de Winnicott, las funciones parentales son deficientes, por lo tanto Alex percibe que sus necesidades no han sido suficientemente gratificadas, como necesidades de nutrición (afecto), cuidado, protección, resguardo, reconocimiento y aceptación. Esto da cuenta de que existen fallas en la función del holding, que provocan en Alex una intensa angustia y ansiedad (sensación de desintegrarse -separación entre psique y soma- y aislamiento -sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración) (Winnicott, 1960b, citado en Mendoza, 2010). Ante lo anterior, la terapeuta fue sentando las bases para proporcionar esta función de sostén, que en un primer momento se traduce en la comprensión y empatía a partir de la identificación con el paciente, atendiendo sus necesidades, proporcionando un espacio seguro, confiable y de contención, procurando la cercanía, continuidad y aceptación. La consistencia

en la función de sostén va permitiendo que las experiencias de desintegración, resulten menos atemorizantes y que Alex pueda ir construyendo la confianza en que su mundo externo lo asistirá (Winnicott, 1962, citado en Mendoza, 2010). Asimismo, Alex en esta primera etapa elige como juego predominante el fútbol, juego en el que es bueno, en el que se sabe hábil y competente. A través de esta actividad juega un papel y se relaciona con los demás. Expresa su necesidad de ser mirado, aceptado, de que se le reconozcan sus habilidades y logros. Al respecto Winnicott refiere la cualidad de la madre de favorecer la ilusión de creación en el niño como “presentación de objeto”. Winnicott (1980) señala que esta función consiste en mostrar gradualmente los objetos de la realidad al infante para que pueda hacer real su impulso creativo. En la relación inicial de una madre con su bebé, la mostración de objetos o realización (esto es, hacer real el impulso creativo del niño), promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con los objetos (Winnicott, 1980). Entonces se dice que la madre logra sustentar la experiencia de ilusión y la omnipotencia primaria de su hijo, captando sus necesidades y adaptándose a ellas. De este modo, la reciprocidad y mutualidad son muy importantes en la interacción madre-bebé. Al respecto, Winnicott plantea que este grado de ilusión necesaria que la madre ofrece, también vendrá a ser el punto de partida para el desarrollo de la creatividad: “La creatividad surge de la ilusión omnipotente necesaria y sana para ubicarse como persona creativa” (Winnicott, 1971, p. 93). A su vez, el uso de la creatividad contribuirá al afrontamiento de la realidad acompañada con un sentido de vida. De esta manera, la terapeuta en esta fase del proceso a través de la mutualidad y reciprocidad se adecúa a las necesidades de Alex, permitiendo que se genere la ilusión necesaria para que éste se muestre más creativo y por tanto, con mejor capacidad para afrontar la realidad. Esto se observó en esta fase del proceso, ante la necesidad de Alex de moverse de lugar y de buscar formas distintas de resolver.

VIÑETAS FASE 1

Viñeta 1

Motivo de consulta de la madre

“Jesús se hace pipí y popó y por esta razón presenta rechazo por parte de otros niños”

“Todavía usa calzón (pañal) y en ocasiones no quiere cambiarse aunque esté mojado”

“Tiene baja autoestima, se muerde las uñas y le sudan las manos”

“Es muy aislado y no tiene amigos en la escuela”

“Ha bajado su promedio en el último año y a veces no entrega tareas, aunque las haga”

T: ¿Qué efectos tiene la enfermedad de su hijo sobre usted y sobre su pareja?

M: *“nos sentimos bien”, “no nos afecta”*

T: ¿qué efectos tiene el problema de su hijo sobre la familia?

M: *ninguno*

Viñeta 2

Sesión 1

Motivo de consulta de Alex

T: *¿Por qué crees que estás aquí?*

A: *Porque tengo un problema*

T: *¿Me quieres platicar?*

(Alex se queda callado y pensativo, parece que va a responder pero no lo hace, parece que se esfuerza e intenta decir algo pero no puede)

T: *No es necesario que me lo digas, apenas nos estamos conociendo*

Le digo que si quiere en vez de decirme lo de su problema me lo dibuje, se dibuja a él sonriente y cuando termina le pido que me explique su dibujo. Se queda callado de nuevo, le digo que si prefiere escribirlo en vez de decírmelo, me dice que mejor me lo dice *“es que me pongo muy nerviosos cuando tengo exámenes”*

Se nota ansioso, mueve sus manos y se balancea en la silla. En un inicio casi no me miraba a los ojos, cuando le hacía preguntas miraba hacia otros lugares. Cuando le hago preguntas acerca de sí mismo o de su familia su tiempo de latencia para contestar es largo (de 15 a 20 segundos), se nota ansioso, se acomoda y reacomoda el lápiz en la mano. Cuando le pregunto cómo se llama su papá, lo piensa y tarda 10 segundos en contestar.

Durante esta primera sesión Jesús a la hora del juego libre, se nota un tanto inhibido, dice que quiere jugar con la pelota, sin embargo no la toma hasta que se le da la pautas. Se mantiene callado durante el juego de pelota, después de un tiempo de jugar a lo mismo se nota aburrido del juego, sin embargo no dice nada, se le pregunta si quiere cambiar de juego y asiente.

FASE 2: “Contacto con mi cuerpo: emociones y sensaciones”

Número de sesiones: 6 sesiones (12-17)

Tipo de materiales:

- Pelota
- Lotería
- Pistola
- Materiales para el autorretrato: papel craft, pinturas, espejo, lápiz, goma
- Materiales MATEA: hojas, plumones...
- Materiales para trabajar su mundo sensorial (objetos de diversas texturas y olores, temperaturas, sabores...)

Tipo de juego:

- Juego psicomotor (fútbol –atacar predominantemente, defenderse, basquetbol)
- Juego reglado (lotería).
- Juego exploratorio (actividades sensoriales)

Temáticas principales

- Familia: Actividades que realiza con su familia (visita a abuela paterna y juego con niños de su familia, tareas), habla de su equipo de fútbol
- Su cuerpo (enfermó de varicela, tuvo un accidente en la mano, dolor de estómago) y las sensaciones y sentimientos al respecto.
- Dolor de estómago vinculado a alteraciones de las funciones intestinales derivadas de los problemas medulares por un lado, y por otro reflejo de un síntoma psicósomático (colitis nerviosa) asociado a los estados de estrés y/o

ansiedad constantes del menor (estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción – evitativas- por parte del niño y su familia).

Intervenciones realizadas

- Consolidación de la alianza terapéutica con Alex, consideración y respeto hacia su persona, tiempo y proceso.
- Mostrar actitudes psicoterapéuticas básicas de empatía, congruencia y aceptación.
- Señalamiento y reflejos de emoción, actitud, experiencia, sentimientos y sensaciones.
- Reconocimiento de sus fortalezas, recursos y habilidades (presentación del objeto)
- Trabajo con su imagen corporal y autorreconocimiento (silueta-autorretrato). Concientización y contacto con su cuerpo. Trabajo con su zona interna (emociones, técnica de la MATEA), intermedia (recuerdos, fantasías, solución de problemas) y externa (actividades sensoriales)
- Favorecer la identificación y expresión de sus necesidades y la posibilidad de pedir ayuda dentro de la sesión.

Relación terapéutica

Atmósfera tranquila, construcción de un espacio de confianza, aceptación, seguridad, apoyo, ayuda. Relación terapéutica más afianzada.

Terapeuta-niño

Predominantemente positivo: receptiva, aceptante e interesada. Me despierta la necesidad de acogerlo, aceptarlo, protegerlo, de querer apoyarlo y ayudarlo. Me despierta sentimientos de cariño, simpatía, compasión. Al ver los cambios en Alex, tengo sentimientos de disfrute, alegría y emoción, así como mayores deseos de ayudarlo y estar para él.

Niño-terapeuta

En general inhibido y callado, serio. También se muestra cooperador, participativo y receptivo.

Me habla de lo que pasa en casa, hay un mayor grado de confianza y de espontaneidad.

Integración del self

IDENTIDAD

- Se percibe a sí mismo como pequeño, vulnerable y poco valioso
- Tendencia a suprimir sus sensaciones y sentimientos
- Comienza a percibir que tiene control sobre algunas cosas de su ambiente y su sentido de autoeficacia comienza a aumentar (empieza a tomar decisiones dentro del espacio, se adueña de él, comienza a decir lo que quiere hacer, propone, comienza a mostrar sus logros, pone reglas en los juegos y decide cuando comenzar y terminar una actividad, se muestra más activo)
- Mecanismos de defensa primarios: principalmente proyección, regresión y anulación
- Presencia de distorsiones cognitivas: catastrofización, visión de túnel, sobregeneralización

SIGNIFICACIÓN –AUTORREALIZACIÓN

- Dificultades en la identificación, expresión y control de emociones (comienza a identificar y expresar algunos sentimientos, aunque aún de manera estrecha y autocontrolada)
- Dificultades para ponerse en contacto con su cuerpo y con el reconocimiento de sus sensaciones, sentimientos y pensamientos (durante esta fase Alex comienza a abrirse al mundo sensorial y a contactarse con el placer y el disfrute en las actividades y en el juego). Se observan mayores niveles de disfrute en el juego
- Durante esta fase se observa que al inicio de las sesiones Alex se mostraba desganado, cansado, serio, somnoliento, callado, con un tono afectivo bajo y conforme transcurre la sesión su tono afectivo va aumentando. Al momento de terminar las sesiones, sus niveles de energía son altos, se muestra despierto, contento, empoderado, más expresivo y motivado. Hay un mayor grado de confianza y de espontaneidad. Se muestra más platicador, desinhibido y espontáneo.

- Con el paso de las sesiones, Alex muestra un tono afectivo más alto que en la fase anterior y va ampliando su espectro de los afectos, va mostrando poco a poco diferentes matices emocionales

FUNCIONES YOICAS. AUTO-ORGANIZACIÓN

- Pensamiento rígido y concreto
- Pobre juicio de realidad y de sí mismo
- Lenguaje poco expresivo, responsivo
- Dificultad para integrar las normas sociales (obediencia basada en el miedo)
- Dificultades en la regulación y control de impulsos
- Relaciones objetales: Posición esquizo-paranoide (de acuerdo a la teoría de Melanie Klein)

BÚSQUEDA DE SENTIDO: DESARROLLO MORAL

- Poca consideración hacia los otros
- Dificultades para empatizar
- Poca cooperación y trabajo por un bien común
- Obediencia a partir de castigos, recompensas o intercambio de favores (Etapa preconventional en lo que respecta al desarrollo moral). Comienza a entrar al mundo del juego reglado, en dónde las reglas de los juegos se aplican a todos.

AFRONTAMIENTO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Actitud pasiva ante el ambiente y sus dificultades
- Dificultades en el proceso de autonomía-independencia
- Baja tolerancia a la frustración
- Dificultades para expresar sus necesidades y buscar su satisfacción
- Comienza a tomar decisiones dentro del espacio psicoterapéutico
- Dificultades en cuanto a habilidades sociales

Condición médica

- Alex no mencionó nada acerca de su condición médica durante esta etapa. A pesar de que no habla abiertamente de su condición médica, proyecta en su juego y en su actitud los sentimientos relacionados con ésta.

- Etapa en la que el afrontamiento va dirigido a la emoción (evitativo, negación)
- Acercamiento inicial al trabajo con su cuerpo y autoimagen (autorretrato, actividades sensoriales), a pesar de que Alex se mantiene por momentos serio, callado e inhibido, muestra interés y motivación al realizar las actividades que implican contacto con su cuerpo.
- Posterior a la sesión en la cual se comienza a trabajar con su cuerpo, Alex enferma de varicela (enfermedad de la piel: contacto-no contacto con su cuerpo) y se ausenta de la terapia por un periodo aproximado de 2 meses.

ANÁLISIS TEÓRICO: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SEGUNDA FASE DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Como consecuencia de la espina bífida, Alex presentaba dificultades para desarrollar su imagen corporal, al contar con menos experiencia en el manejo de su cuerpo (Maiz Lozano y Güereca Lozano, 2006). Meyers y Weitzman (1991) refieren que los niños con una enfermedad crónica son influidos constantemente por los adultos, que por medio de mensajes abiertos o encubiertos les hacen saber que sufren una alteración y que se espera menos de ellos en comparación con los niños sanos. De esta manera, los niños interiorizan una imagen de sí mismos distorsionada, que da pie a que surjan problemas conductuales, emocionales y/o funcionales. Según Korff-Sausse (2000) el cuerpo de un niño discapacitados es, desde que nace, una fuente de sufrimientos, frustraciones y decepciones. Es manipulado continuamente por parte de los adultos y a la vez es un cuerpo que no se ajusta al modelo que se tiene pensado, ni a la imagen del niño ideal. Es por ello que a los niños con espina bífida les es difícil simbolizar una realidad como la que viven, pues resulta decepcionante, despersonalizante y les dificulta integrar su propio cuerpo, que conlleva a una disociación de la personalidad, una disyunción entre el cuerpo y la psique (despersonalización). En este sentido, la despersonalización, entendida como la pérdida de contacto de una persona con su cuerpo y su funcionamiento, forma parte de sentirse impotente acerca de los contactos externos y de sus experiencias internas (Winnicott, 1965, citado en Cisneros, 2007). Así, existe una tendencia en Alex a negar su condición médica y su propio cuerpo lesionado, así como a desvalorizar su imagen corporal, y en ocasiones a ser negligente en el cuidado de sí mismo. Por medio de actividades como el autorretrato y las actividades sensoriales se establece un primer

contacto en el trabajo de su imagen corporal, se va mencionando cada parte de su cuerpo (juego del espejo), se le habla de los límites de su cuerpo, en dónde empieza y en dónde termina, se le devuelve su actitud corporal, se mira en el espejo y entra en contacto consigo para posteriormente plasmar la imagen que tiene de sí mismo.

De acuerdo con Winnicott (1960, citado en Cisneros, 2007) la despersonalización se da instalando un falso self, esto es, cuando se experimentan las tensiones como excesivas y confusas (resultado de la despersonalización), se utiliza como defensa una seudoadaptación, asumiendo un control del cuidado de la psique y el soma, desconectado de las señales o claves que el psique-soma le puede aportar para saber qué es lo que realmente necesita. Lo anterior representa una tendencia a acomodarse al entorno desconociendo las claves de las propias necesidades. Observable en aquellos niños, como Alex, con extrema capacidad para adaptarse a las necesidades del medio y peticiones de los otros, descuidando sus propios requerimientos, como respuesta al temor de la pérdida de amor materno y de su propio derrumbe emocional.

Como parte de la despersonalización que Alex presenta, se observan dificultades para ponerse en contacto con su cuerpo, así como con el reconocimiento de sus sensaciones y sentimientos y la expresión de los mismos. De acuerdo con Oaklander (2009) los niños con trastornos emocionales tienden a aislarse, anestesiando sus sensaciones, restringiendo su cuerpo, bloqueando sus emociones y cerrando su mente. Se llevaron a cabo entonces una serie de actividades sensoriales y experienciales para poner a Alex en contacto consigo mismo. Oaklander refiere que el contacto implica poseer la habilidad de estar completamente presente en una situación específica con todos los aspectos del organismo –sentidos, cuerpo, expresión emocional, intelecto-. Estas aptitudes incluyen tocar, mirar, ver, escuchar y oír, saborear, oler, hablar, realizar sonidos, gestos, expresión a través del lenguaje, así como moverse en el entorno. Por otro lado, y de acuerdo con la terapia gestalt (Salama, 2007) la desensibilización para no sentir constituye un bloqueo en el ciclo de experiencia gestalt que no permite tener conciencia de sí mismo y del mundo. Las actividades realizadas con Alex estuvieron encaminadas a establecer contacto y a liberar el bloqueo en el ciclo de experiencia del menor. De esta manera, se busca facilitar que Alex se ponga en contacto con su zona externa (contacto con el

ambiente por medio de los sentidos); se llevan a cabo actividades donde se fomenta que se mire y toque, experimentando a nivel táctil con diferentes objetos, texturas, temperaturas, experimentando con sus sentidos (vista, tacto, gusto, olfato y oído), así como con su zona interna (emociones y sensaciones internas), identificando qué le produce placer y qué displacer, estableciendo la relación entre las situaciones que vive, lo que siente y percibe a nivel sensorial. Asimismo se trabajó con su zona intermedia (procesos mentales: ideas, fantasías, memoria) a través de su imaginación y fantasía con el fin de integrar sus experiencias. También se trabajó por medio de actividades que facilitan la identificación y contacto con sus emociones básicas y su significado. La terapeuta sirvió como “espejo” de sus gestos, respuestas corporales, movimientos, sentimientos, de manera que Alex pudiera identificarlos e integrarlos, proporcionándole así experiencias que le ayudaran a fortalecer su yo. En este sentido, Oaklander (2009) refiere que para lograr un sentido de sí mismo fuerte e integrado es necesario, entre otros, fortalecer los sentidos (vista oído, tacto gusto, olfato) y el cuerpo (tomar conciencia de todo lo que el cuerpo puede hacer, la respiración y la voz). Alex comenzó a abrirse al mundo sensorial y a contactarse con el placer, lleva a cabo juego exploratorio con los materiales y las pinturas y va integrando estas sensaciones y sentimientos como experiencias que le ayudan a ir integrando su sentido del sí mismo. De esta forma Alex va naciendo o renaciendo psíquica y sensorialmente dentro del espacio terapéutico.

Alex presenta síntomas psicósomáticos como la colitis nerviosa, relacionados con la dificultad de ponerse en contacto con su cuerpo y sus emociones. A este respecto, Oaklander (2009) refiere que cuando los niños no expresan sus sentimientos de enojo o rabia ante lo que les sucede, tienden a retroflectar el sentimiento y empujarlo dentro de sí. Estos sentimientos se expresan entonces de modos distintos, como en dolores de estómago, de cabeza o a través de diferentes sintomatologías que involucran el cuerpo y sus funciones. Alex tiende a reprimir sus sentimientos de enojo, tristeza, frustración, rabia, entre otros, generados por la condición médica que sufre, así como por situaciones familiares o escolares. Estos sentimientos al ser reprimidos surgen a través de malestares físicos como dolor de estómago. A través de las actividades y del juego libre se fomenta la identificación y expresión de emociones básicas, proporcionando una vía de salida para estos sentimientos.

Dentro de la intervención y relacionado con la estimulación de la que se habla anteriormente, se llevaron a cabo actividades que favorecieron el desarrollo de diversas áreas, algunas de ellas, recomendadas por la “Asociación de Espina Bífida de Estados Unidos” (Lollar, 2001), como estimular todos sus sentidos, realizar actividades físicas para desarrollar la conciencia del espacio, realizar actividades y juegos en donde los ojos y las manos colaboran (psicomotricidad fina). Asimismo se procuró darle demostraciones y explicaciones orales simples que le ayudaran a entender lo que se estaba trabajando, fomentando así su pensamiento reflexivo. Se procuró proporcionarle opciones entre dos o tres alternativas, ayudarle a darse cuenta de que sus decisiones y acciones iban acompañadas de ciertas consecuencias.

El juego de Alex durante esta fase continúa siendo predominantemente de ataque, que corresponde dentro de la teoría Kleniana a una posición esquizo-paranoide.

VINJETAS FASE 2

Silueta

Cuando voy marcando su silueta, al inicio sonrío pero después se mantiene serio y rígido (se devela de alguna manera su cuerpo enfermo-malformado, que le causa conflicto). No habla de ello, no emite palabra alguna cuando marco su silueta ni durante el trabajo con la misma, como si callarlo lo hiciera inexistente. Sin embargo, su lenguaje corporal muestra motivación, interés. Cuando termino de marcar su silueta la vemos y le digo “*ya estás muy grande*”, se sonrío. Le pregunto qué le hace falta, me dice “*las uñas, los ojos la boca, la nariz*”. Le acerco el espejo y le digo que se mire y se vaya tocando, le modelo y lo hace para después dibujar su cara. Elige las pinturas para colorearlo, mezcla pintura azul con amarilla y se hace un color verde, sonrío y me lo enseña, dice “*mira, salió color azul claro, ah, no verde*”. Pinta una parte del cuerpo hasta que se le acaba, se mantiene en silencio. Después mezcla rojo, azul y amarillo y dice “*mira salió un color rojo fuerte, ah no, se está haciendo café*” comienza a pintar otra parte de su cuerpo.

Al terminar de pintarlo le pregunto qué fue lo que más le gustó de hacer su autorretrato y me dice “*pintarlo*”, le digo que es algo de lo que yo me di cuenta que no sabía de él, que le gusta pintar. Le digo que aquí hay materiales para pintar si quiere hacerlo en alguna otra ocasión. Dejo el

autorretrato pegado en la pared y le digo que se lo puede llevar. Al terminar la sesión, estuvo a punto de salir y le pregunté... *“¿se te olvida algo?”* Se sonríe y dice *“sí”*, se regresa por el autorretrato, le digo *“te olvidas de ti mismo”*.

Sensaciones

Posterior a realizar varias actividades donde Alex experimenta con sus sensaciones dentro del cuarto de juegos (oler diferentes sustancias, tocar diversos objetos, texturas y temperaturas, escuchar lo que sucede en ese momento fuera y dentro del espacio, probar variados sabores y ver diferentes imágenes y objetos), Alex describe lo que le gusta percibir a nivel sensorial de manera general:

“Me gusta oler el agua de Jamaica”

“Me gusta tocar un balón, mis tenis, las acuarelas”.

“Me gusta oír la música, como suena un carro”

“Me gusta ver cómo hacen la comida y como hacen un carro”

“Me gusta probar los chicharrones preparados”

“No me gusta oler el agua de fresa, la basura y el agua sucia”

“No me gusta ver el eclipse lunar”

“No me gusta tocar la basura ni los tubos sucios”

“No me gusta oír cómo suena la estufa”

“No me gusta probar la sopa de verdura”

MATEA

“Mi miedo es de color... morado”

“Tiene forma de.. como de color negro... (le digo “es como una línea recta”),

“Mi sensación es de escalofrío y después como que caliente”

“Siento miedo cuando contamos cuentos de terror”

FASE 3: “Condición médica e intervención quirúrgica”

Número de sesiones: 9 sesiones (18-28)

Tipo de materiales:

- Monopoli
- Pelota

- Pistola
- Materiales psicoeducativos (ilustraciones de espina bífida, libro “frente a mi nariz: un libro para niños con espina bífida”, libros de anatomía)
- Tazos
- Masa
- Arenero

Tipo de juego:

- Juego psicomotor:
 - Fútbol
 - Basquetbol (Intenta tirar desde diferentes ángulos, distancias, busca estrategias, se pone los tiros cada vez más difícil, mayor reto)
 - Disparar al aire y a objetos específicos con la pistola
- Juego de mesa (monopoli)
- Actividades sensoriales y exploratorias (preparar y manipular masa)
- Arenero

Temáticas principales

- **Familia:** vacaciones en Oaxaca, padre trabajando en Oaxaca, su cumpleaños. Sentimientos de tristeza y enojo ante la ausencia de su padre.
- **Escuela:** refiere con orgullo que le fue bien en los exámenes.
- **MATEA:** expresión de sentimientos de enojo y de tristeza ante pérdidas.
- **Fútbol:** llegan a semifinales, refiere con orgullo que anotó gol y todos lo festejaron. Decide no asistir más al básquetbol como actividad extraescolar porque no le pasan la pelota.
- **Condición médica:** La terapeuta abre el tema de su condición médica (se le pregunta lo que sabe de ésta y los sentimientos asociados con ella). Procedimiento quirúrgico relacionado con la espina bífida: cistoscopia del botox, imposibilidad de realizarla por infección de la garganta, sentimientos e imágenes asociados con éste (reporta miedo y manifiesta ansiedad, imagina que le abren la espalda), aspectos positivos y los aspectos negativos de la intervención.

- **Su cuerpo:** Dolor de estómago vinculado a alteraciones de las funciones intestinales derivadas de los problemas medulares por un lado, y por otro reflejo de un síntoma psicossomático (colitis nerviosa) asociado a los estados de estrés y/o ansiedad constantes del menor (estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción – evitativas- por parte del niño y su familia).
- **Monopoli.** Me explica cómo se juega, da mucha importancia a comprar y no perder dinero.
- **Juego del arenero:** familia, elementos que los amenazan, batallas (entre el deber ser y sus impulsos instintivos –superyó vs ello-
 - Alex se identifica con un bebé (no crece, se le trata como a un niño pequeño), quién es el centro de atención.
 - Alex se permite expresar sus impulsos agresivos en un espacio protegido
 - A través del símbolo en el juego expresa su deseo de moverse, seguir, cambiar de lugar.

Intervenciones realizadas

- Mostrar actitudes psicoterapéuticas básicas de empatía, congruencia y aceptación. Reconocimiento de sus fortalezas, recursos y habilidades (presentación del objeto). Identificación y aceptación de que es un niño mayor, capaz de autocuidarse
- Señalamiento y reflejos de emoción, actitud, experiencia, sentimientos y sensaciones.
- Identificación de emociones básicas (miedo, tristeza, alegría, enojo, amor) a través de la técnica de la MATEA. Identificación y expresión de sentimientos de tristeza y enojo por sus pérdidas (ausencia del padre y pérdidas de objetos personales).
- Favorecer la identificación y expresión de sus necesidades y la posibilidad de pedir ayuda dentro de la sesión.
- Realizar actividades para contactarlo con sus sensaciones a través de la estimulación sensorial (hacer masa, sentirla, ponerle color). Contacto con su dolor de estómago a través de la masa (explorar sensaciones, describir la forma, color, intensidad de su dolor)

- Uso del juego simbólico a través de la metáfora: “la masa como representación de sus heces fecales” –encopresis primaria-
- Psicoeducación acerca de su condición médica (espina bífida: causas, consecuencias, localización de la lesión, intervenciones quirúrgicas necesarias y en qué consisten: citoscopia del botox. Identificación y expresión de necesidades y deseos para afrontar de manera positiva la intervención quirúrgica. Relación entre autocuidado en el cuarto de juegos (limpiarse la nariz) con el autocuidado en casa (cambiarse)
- Biblioterapia: “Frente a mi nariz. Un libro para niños con espina bífida” Facilitar la identificación y expresión de sentimientos y pensamientos asociados con la espina bífida a través de la identificación con el personaje del cuento
- Ejercicios de relajación tensión-distensión y respiración diafragmática como preparación para la intervención quirúrgica y para llevar a cabo ante situaciones de dolor
- Representación de la operación quirúrgica a través de dibujos y ensayos conductuales
- Generar posibilidad de nuevas atribuciones de significado más realistas, flexibles y funcionales. Ej: hacer consciente la parte positiva y negativa de la operación (descatastrofización a través de una imagen más realista de lo que sucedería durante la misma)

Relación terapéutica

Relación terapéutica consolidada. La alianza permite abordar el tema de su condición médica e intervención quirúrgica en un espacio seguro, confiable, de apoyo, aceptación y ayuda. Asimismo esta relación le permite a Alex un continente a partir del cual integra la condición médica como parte de su vida, permitiéndole asimismo fortalecer su sentido de sí mismo.

Terapeuta-niño

- Predominantemente positiva: receptiva, aceptante e interesada. Me despierta el impulso de acogerlo, aceptarlo y sentimientos de protección, cariño, simpatía, compasión, de querer apoyarlo, ayudarlo, protegerlo.
- Relación incondicional “a pesar de todo seguirás siendo importante para mí”
- Me nacen ganas de abrazarlo

- Siento su desesperación- angustia cuando hablamos del tema de la condición médica, me transmite sus sentimientos.

Niño-terapeuta

- Cooperador y participativo. Actitud en general paciente y receptiva
- Se inhibe ante el tema de la condición médica, pero al mismo tiempo se abre y habla de ello
- Me comparte lo que sabe (de su condición médica, de los juegos a lo que sabe jugar..)
- Me habla de lo que pasa en casa, hay un mayor grado de confianza y de espontaneidad
- Expresa y comparte más lo que siente, lo que disfruta, lo que le gusta

Integración del self

IDENTIDAD

- Se percibe a sí mismo como un niño vulnerable y amenazado, percibe a su cuerpo como algo que está “mal” (fantasías de incompletud y malformación)
- Comienza a integrar su condición como parte de sí mismo y de su historia. Conoce el nombre y las características de la malformación congénita. Va tomando conciencia de lo que es, de lo que ocurrió y ocurre en su cuerpo y las consecuencias que esto tiene.
- Comienza a establecer límites: dice no cuando no quiere realizar algo tanto dentro como fuera del espacio terapéutico
- Comienza a percibirse como un niño más completo, delimitado
- Mayor disfrute en actividades lúdicas y sensoriales
- Tendencia a bloquear sus sensaciones y sentimientos (especialmente los relacionados con su condición médica)
- Percibe que puede ejercer mayor control sobre su ambiente (toma decisiones dentro del espacio, dice lo que quiere hacer, propone, pone reglas en los juegos y decide cuando comenzar y terminar una actividad, toma más materiales) y su sentido de autoeficacia aumenta (se muestra orgulloso de sí mismo ante su desempeño en la escuela y en el fútbol)

- Mecanismos de defensa primarios: principalmente identificación proyectiva, regresión y negación
- Presencia de distorsiones cognitivas: catastrofización, visión de túnel, sobregeneralización

SIGNIFICACIÓN –AUTORREALIZACIÓN

- Contacta con sus emociones, las identifica y las expresa (de manera aún estrecha y autocontrolada). Dificultad para identificar emociones sobre todo en relación con la condición médica. Identifica los sentimientos que le genera que su padre no esté con su familia, expresa tristeza y enojo de forma verbal. Reconoce la pérdida y la ausencia.
- Con el paso de las sesiones, Alex muestra un tono afectivo más alto y va ampliando su espectro de los afectos, va mostrando poco a poco diferentes matices emocionales y es más expresivo acerca de lo que hace y de cómo se siente. Se observa que cuando se habla de cuestiones como su cumpleaños o las actividades que le gusta realizar (fútbol) su tono afectivo es alto, se muestra abierto y expresivo. Cuando hablamos de la condición médica, su tono afectivo tiende a bajar y se muestra inhibido y ansioso (oncofagia), especialmente cuando hablamos de la falta de control de esfínteres, así como tendiente a evitar el tema, responde monosilábicamente y presenta cierta resistencia a pasar al cuarto de juegos.

FUNCIONES YOICAS. AUTO-ORGANIZACIÓN

- Pensamiento rígido y concreto
- Mayor juicio de realidad y de sí mismo en relación con las fases anteriores
- Lenguaje mayormente expresivo
- Comienza a regular, modular y controlar sus impulsos
- Relaciones objetales: Aún predomina la posición esquizoparanoide, sin embargo comienza a integrar los objetos que lo amenazan y a diferenciarse del objeto

BÚSQUEDA DE SENTIDO: DESARROLLO MORAL

- Comienza a tomar consideración hacia los otros y sus puntos de vista (mayor grado de empatía)
- Toma decisiones dentro del espacio terapéutico en cuanto a lo que quiere hacer, cuándo comenzar y terminar una actividad, los materiales con los que desea trabajar, entre otros. Fuera del espacio también toma decisiones con respecto a lo que quiere y lo que no
- Etapa preconventional en lo que respecta al desarrollo moral. Entra al mundo del juego reglado, en dónde las reglas de los juegos se aplican a todos. Se sigue la regla cuando beneficia a alguien, actúa a favor de sus intereses y deja que los demás lo hagan también, reconociendo que los demás tiene sus propias necesidades
- Mayor grado de cooperación y trabajo por un bien común

AFRONTAMIENTO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Comienza a tomar una actitud activa ante el ambiente y sus dificultades
- En el juego muestra su habilidad, se pone retos cada vez más difíciles y persevera hasta lograr lo que se propone
- Toma consciencia de la importancia de su autocuidado (permanecer limpio) y lo relaciona con ser un niño grande (proceso de autonomía-independencia)
- Baja tolerancia a la frustración
- Dificultades para expresar sus necesidades y buscar su satisfacción
- Dificultades en cuanto a habilidades sociales

ANÁLISIS TEÓRICO: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA TERCERA FASE DE LA INTEVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Derivado de su condición médica, Alex ha tenido una serie de consecuencias tanto a nivel intersíquico (autoimagen, autoconcepto, conducta) como intrapsíquico (relaciones familiares, interacción con sus pares, relación con la escuela) que han afectado su vida y la de su familia; haciéndolo más propenso a presentar problemas **emocionales** -alexitimia, tono afectivo bajo, imagen corporal distorsionada, desinterés, sentimientos de angustia y miedo, baja autoestima, regresión,

frustración, agresividad...-, **conductuales** -onicofoagia, dificultades en su proceso de autonomía, oposicionismo pasivo-, **psicosociales** -aislamiento, retraimiento, timidez, inhibición- y **educativos** –bajo rendimiento escolar, rechazo escolar- (Pinquart & Shen, 2011; Martínez, Carter y Legato, 2011). Según estos autores, los niños que padecen alguna enfermedad crónica presentan mayores niveles de problemas internalizados y externalizados, así como mayores problemas de conducta en comparación con sus coetáneos saludables.

Ante esta serie de situaciones y sentimientos abrumadores, Alex tiende a evitar el tema de su condición médica dentro del espacio psicoterapéutico, observándose resistencia a abrir el tema y a expresar abiertamente algo al respecto. A pesar de lo anterior, se considera necesario trabajar sobre la noción y conciencia de su condición. En este sentido, Jongsma (2000), recomiendan confrontar con delicadeza la negación del cliente acerca de su condición, así como la necesidad de ajustarse a los procedimientos médicos y al tratamiento necesario. De esta manera, una vez establecida la alianza terapéutica, se proporcionó un espacio seguro y confiable, de apoyo y aceptación, en donde la terapeuta abrió el tema referente a su condición médica, sin preconcepciones acerca de la misma, se le preguntó a Alex qué sabía acerca de su enfermedad y se indagó acerca de los sentimientos y pensamientos asociados con ésta. Según Korff-Sausse (2000) una de las condiciones necesarias para que el niño pueda instaurar un espacio en el que pueda pensar su cuerpo discapacitado es que el terapeuta renuncie a su saber teórico o técnico acerca de la discapacidad o que lo aparte durante sus encuentros con el niño. Este sitio que se presenta como vacío de saber, abre el espacio del saber del propio niño.

Por otro lado, Alex presenta miedo y angustia relativos a su condición; en este sentido, Ajuriaguerra, (1983) refiere que una gran parte de estos sentimientos pueden estar dados por lo que el niño imagina de su condición. Alex desconocía el nombre, origen y consecuencias de su condición médica y al no tener un sentido de realidad en cuanto a su enfermedad tendía a sobredimensionar lo que le sucedía. En este sentido, Ruíz, et al. (2005) recalcan la importancia de que los niños reciban asesoría y orientación en cuanto a su enfermedad, acorde con su edad y su capacidad de comprensión. Por su parte, Jongsma (2000) propone alentar y facilitar el aprendizaje acerca de la condición médica y su curso de forma realista, con el fin de

reforzar la aceptación de la enfermedad. Lo anterior se lleva a cabo con Alex por medio de técnicas psicoeducativas, en dónde se le explica a su nivel lo que es la espina bífida, las causas y consecuencias de la misma, se le muestran estímulos visuales para facilitar su comprensión (libros de anatomía y esquemas del cuerpo humano) y se utiliza la biblioterapia como apoyo para facilitar la identificación y expresión de sentimientos y pensamientos asociados a la condición médica. Alex logra identificarse con el personaje del cuento y hablar de sí mismo, de su tristeza y sentimientos de rechazo y preocupaciones en relación con la espina bífida. Así, se alienta la identificación y verbalización de los diferentes sentimientos generados por la condición médica y se procura normalizar los sentimientos de sufrimiento, tristeza y ansiedad generados ante ésta. Al comenzar a integrar su condición como parte de sí mismo, Alex va tomando responsabilidad ante cuestiones relacionadas con su cuerpo. Al realizar actividades con material que ensucia dentro del cuarto de juego, repara (limpia) el espacio que representa el contenedor (su cuerpo), reparando asimismo la relación consigo mismo.

Además de presentar fantasías con respecto a su condición, Alex presentaba miedo ante los procedimientos médicos que se llevaban a cabo como parte de su tratamiento. Durante el proceso psicoterapéutico fue necesario realizar una intervención médica llamada citoscopia del botox, que implica un procedimiento doloroso. Algunos autores recalcan la importancia de llevar a cabo intervenciones dirigidas a preparar a los niños ante procedimientos médicos o quirúrgicos. Éstas en general incluyen brindar información al menor acerca de la operación y el hospital, informándoles específicamente acerca de lo que va a suceder durante la hospitalización y las sensaciones que vivirán. De acuerdo con Harbeck-Weber y McKee (citado en Powers, 1999) la ansiedad y el estrés tienden a reducirse después de la preparación. Las intervenciones cognitivo conductuales han mostrado ser eficaces en una variedad de condiciones médicas, llevadas a cabo por medio de diversos componentes como la reestructuración cognitiva, educación afectiva y manejo del estrés (ejercicios de respiración, relajación muscular progresiva, imaginación guiada) entre otros (Brown, et al., 2008; Jongasma, 2000), componentes que se fueron trabajando con Alex con el fin de afrontar de mejor manera su enfermedad y las intervenciones médicas que formaban parte de su tratamiento.

La preparación para la intervención médica se llevó a cabo proporcionándole al menor información acerca del procedimiento quirúrgico, lo que pasaría y sentiría, a través del modelamiento y del juego de representaciones, así como diferentes medios que le permitieran simbolizar la situación por la que pasaría. Burstein y Meichenbaum, 1979 (en Golden, 1988), reportan la utilización de la terapia de juego como intervención ante casos de hospitalización o realización de procedimientos médicos. Refieren que si el niño juega con juguetes cargados a nivel simbólico de contenido médico, tenderán a pensar y fantasear sobre los procedimientos del hospital, y esto les dará la oportunidad de desarrollar una visión distinta del estímulo que temen, creando mecanismos para enfrentarse a la situación. De igual manera, el sentimiento de seguridad del salón de juegos les permite confrontar sus miedos a través de la exploración, manipulación de material médico, representación de roles y esto les ayuda a generar estrategias para afrontar de mejor manera la hospitalización o el procedimiento médico al que son sometidos (Golden, 1988). En este sentido, la terapia de juego en el tratamiento de niños con enfermedades crónicas es una herramienta que se utiliza con frecuencia en el ámbito hospitalario (Golden, 1988). A través de la terapia de juego se observa que Alex es capaz de ir resolviendo cuestiones de ansiedad, miedo y otras dificultades emocionales relacionadas con la intervención médica que se le iba a realizar.

Durante esta fase, Alex alude a sus sentimientos de tristeza y enojo ante las pérdidas, asimismo dentro del juego de mesa monopoli, manifiesta miedo por perder de sus propiedades. Esto puede estar representando la sensación de pérdida que sentía ante la operación quirúrgica y ante la incompletud que percibe a nivel corporal, derivado de la espina bífida.

En esta fase en la que el juego de Alex se caracteriza por ser un juego de ataque (tirar a gol, encestar, disparar), el espacio donde se lleva a cabo el juego, continúa representando a nivel simbólico su cuerpo y a través del procedimiento médico revive todos estos sentimientos abrumadores así como todas aquellas veces que su cuerpo fue invadido, lastimado y manipulado por un otro.

El juego de Alex durante esta fase corresponde dentro de la teoría Kleniana a una posición esquizo-paranoide, en donde Alex jugaba a atacar (aniquilar) al objeto malo.

CONDICIÓN MÉDICA

- Se abre el tema de su condición, refiere no saber mucho al respecto
- No hay conciencia de enfermedad, por lo tanto no hay aceptación de la misma
- A pesar de que se nota renuente a hablar de su condición, muestra curiosidad acerca de lo que implica y se muestra a la vez avergonzado
- Se identifica proyectivamente con el niño del cuento y logra de esta forma identificar pensamientos y sentimientos asociados a la espina bífida
- Comienza a integrar su condición médica como parte de sí y de su vida cotidiana
- Mayor aceptación ante la operación, menor miedo y ansiedad
- Se habla de la meta de controlar esfínteres, que es una consecuencia de su condición (refiere motivación a querer hacerlo aunque evita hablar del tema)

VIÑETAS FASE 3

Condición médica

Lo que Alex sabía de su condición médica...

“Le dijeron a mi mamá los doctores que a lo mejor yo no podía caminar y al siguiente día ya me habían operado y si iba a poder caminar y me dijo que le dijeron que si iba a poder caminar y que ella se puso feliz, iba con mi prima y ella se puso feliz, ya nada más”

Alex se muestra ansioso ante la temática, se muerde la uñas y le reflejo que parece estar inquieto o nervioso

T: te noto inquieto, como nervioso, ¿es así?

A: si

T: ¿Alguna vez has platicado de esto con alguien?

A: no

T: Entiendo que te sientas así, puede ser difícil hablar de ello. Eres muy valiente al platicar de esto conmigo.

Posterior a leer el cuento “Frente a mi nariz. Un libro para niños con espina bífida”

T: ¿por qué crees que el niño tenía miedo cuando iba a decir lo de su condición médica en la escuela?

A: porque estaba mal

T: ¿Por qué crees que creía que los niños no se iban a juntar con él?

A: porque creía que los niños no lo querían como su amigo

T: ¿Qué te gustó del cuento?

A: que ya podía jugar con todos y que habló sobre él

T: ¿Qué pasó después de que habló sobre él?

A: Todos respondieron siendo sus amigos.

Operación

Le digo que el lunes tenía cita en el centro y le pregunto por qué no pudo venir, me dice que su mamá estaba ocupada, le digo que su mamá me dijo que lo iban a llevar al hospital. Refiere que fueron al hospital pero que no le pudieron hacer la operación porque estaba enfermo de la garganta y que ahora se la van a hacer después. Le pregunto si sabe para qué le van a hacer la operación, me dice que no sabe y que si le gustaría saber. Le digo que ahora que sabe la fecha de la otra operación cómo se siente... dice mmm..... “bien”. Le propongo investigar de qué se trata lo que le van a hacer para poder platicarlo aquí. Le digo que a otros niños a veces les puede dar miedo y que hablarlo y saber qué les va a pasar les ayuda, le pregunto que si le gustaría y dice que sí.

Le pregunto qué se imagina, “*que me va a pasar algo, que me puede doler, que cuando me van a poner la anestesia me va a doler poquito*”, le pregunto si ya le han hecho la operación y me dice que sí, que la otra vez se la hicieron, le pregunto si me quiere platicar y refiere “*hay muchos doctores en una recámara, hay un doctor con anestesia y me la pone aquí (brazo), me duerme y luego creo que me ponen ya la desa...*” le pregunto si sabe qué le ponen y refiere no saber. Le pregunto qué le han dicho de lo que va a pasar, ante lo que refiere “*no me dicen nada*”, le pregunto qué se imagina y dice “*que me van a poner inyecciones aquí en el brazo, que me van a dar medicamento*”

Le pido que dibuje cómo se imagina que va a ser la operación y dibuja una mesa con un niño, ojos vacíos, sonrisa con dientes

T: ¿cómo cree que te vas a sentir cuando esté ahí sobre la mesa?

A: bien

T: Muchos niños antes de tener operaciones se sienten nerviosos, le pregunto cómo se siente cuando piensa eso

A: “un poco mal”,

T: ¿mal cómo? enojado, triste, alterado, preocupado, frustrado

A: con miedo

T: ¿qué te da miedo?

A: de que salga mal

T: ¿Qué te imaginas?

A: que primero me duermen y después me la ponen y después me despierto todo débil

Posterior a la intervención (brindar información, representar lo que sucederá, ejercicios de respiración y relajación)

A una semana de la operación

T: ¿qué ha pensado de su operación?

A: que ya falta poquito y que ya me van a llevar casi al doctor, también que a lo mejor en el doctor nos tardamos

T: ¿Cómo te sientes de saber que ya falta menos?

A: Bien

T: Recuerdo que la vez pasada hiciste un dibujo y que me dijiste que te daba miedo, ¿cómo vas con eso?

A: me siento con menos miedo

T: ¿Qué te ha ayudado a sentir menos miedo?

A: hacer los ejercicios

T: ¿Cómo te ayudan los ejercicios?

A: me ayudan a que esté feliz

FASE 4: “Autocuidado, reestructuración personal y cognitiva”

Número de sesiones: 8 sesiones (29-36)

Tipo de materiales:

- Monopoli, turista, lince
- Pelota
- Pistola
- Boliche
- Actividades para el trabajo de reestructuración cognitiva

Tipo de juego:

- Juego psicomotor (futbol, beisbol, basquetbol)
- Juego sensorial
- Juego reglado

Temáticas principales

- **Familia:** Convivencias familiares, vacaciones (Navidad y Reyes), juegos con sus primos, sentimientos de tristeza, soledad y desamparo ante la ausencia de sus padres (trabajo y viajes), se siente “lastimado de que sus papás no estén”. Deseo de ser pequeño (como su primo)
- **Relación con su papá.** Sus viajes a EEUU, ausencia de casa, dificultad para comunicarse con él, sentimientos de tristeza y preocupación relacionados con él
- **Juego reglado:** Distorsiones cognitivas: visión de túnel, catastrofización, sobregeneralización; colaboración y apoyo mutuo en el juego.
- **Anécdotas** relacionadas con agresión, riesgo y muerte (fantasías de destrucción y aniquilación –figuras de autoridad, maestra-; pensamientos catastróficos; juegos de “defensa”)
- **Futbol:** cómo “mete goles y los para” (sentimientos de mayor competencia y fortaleza)
- Beisbol, me dice las bases y él batea. Cae la pelota en la casa por azar y después la trata de meter de forma voluntaria a la casa

- **Condición médica:** Jugamos a luchar contra la espina bífida

Intervenciones realizadas

- Señalamiento y reflejos de emoción, actitud, experiencia, sentimientos y sensaciones
- Reconocimiento de sus fortalezas, recursos y habilidades (presentación del objeto)
- Identificación y expresión de sentimientos de tristeza por la ausencia del padre. Relación entre las situaciones que vive y sus emociones, así como las conductas derivadas de su situación emocional.
- Reestructuración cognitiva:
 - Identificación de emociones, relación situación-pensamiento-sentimiento; pensamientos que ayudan y que no ayudan
 - Generar posibilidad de nuevas atribuciones de significado más realistas, flexibles y funcionales, p. e. Relaciono el hecho de que el padre se haya ido a trabajar con que lo quiere y se preocupa por él. Ahondar en las cosas positivas que tiene el crecer.
- Uso del juego simbólico a través de la metáfora: “los bolos como representación de la espina bífida” y todo aquello relacionado con esta condición médica: dolor, frustración, enojo, dificultad para controlar esfínteres...
- Facilitar u orientar la resolución de problemas con su hermano

Relación terapéutica

Atmósfera tranquila, cálida, construcción de un espacio de confianza, aceptación, seguridad, apoyo, ayuda. Relación terapéutica consolidada, que permite que se avance en el trabajo. Cooperación para lograr los cambios que necesita.

Terapeuta-niño

Predominantemente positivo:

- Receptiva, aceptante, interesada, sorprendida.
- Sentimientos de aceptación, protección, simpatía, compasión, ternura
- Sentimientos de alegría al ver que va identificando sus pensamientos y cómo

éstos influyen en sus emociones.

Niño-terapeuta

Predominantemente positivo

- Confianza para hablar de lo que sucede en su vida y de su sentir
- Mayor espontaneidad en la relación
- Me hace saber sus fortalezas y me muestra sus habilidades
- Me permite entrar en su mundo
- Trae los juguetes que le trajeron los reyes para compartir
- Me da lugar para tirar en los juegos, respeta turnos, me incluye, se pone contento cuando tengo éxito en el juego.

INTEGRACIÓN DEL SELF

IDENTIDAD

- Se comienza a percibir como un niño capaz de ser aceptado y querido, se percibe como un niño más completo, delimitado
- Acepta y se autorreconoce sus habilidades y fortalezas (aumenta sentido de autoeficacia)
- Comienza a integrar la parte del cuidado de sí mismo, se reconoce y sensibiliza ante sus necesidades
- Comienza a establecer límites: dice no cuando no quiere realizar algo tanto dentro como fuera del espacio terapéutico
- Toma decisiones por sí mismo
- Reconoce que han disminuido sus miedos
- Mayor disfrute en actividades lúdicas y sensoriales
- Percibe que puede ejercer mayor control sobre su ambiente (dice lo que quiere hacer, propone, pone reglas en los juegos y decide cuando comenzar y terminar una actividad)
- Mecanismos de defensa primarios: principalmente proyección y regresión (que utiliza en función de sus necesidades y adaptación)
- Presencia de distorsiones cognitivas: catastrofización, visión de túnel, sobregeneralización

SIGNIFICACIÓN –AUTORREALIZACIÓN

- Contacta con sus emociones, las identifica y las expresa. Identifica los sentimientos que le genera que su padre no esté con su familia, expresa tristeza y enojo de forma verbal. Reconoce la pérdida y la ausencia.
- Presenta sentimientos de tristeza, soledad y desamparo ante la ausencia de sus padres
- Con el paso de las sesiones, Alex muestra un tono afectivo más alto y va ampliando su espectro de los afectos. Se observan mayores niveles de disfrute y energía en el juego
- Comienza a identificar la diferencia entre pensamientos y sentimientos y establece la relación entre ellos. Identifica que los pensamientos negativos se relacionan con sentimientos de tristeza, soledad, exclusión, entre otros.
- Comienza a cambiar su esquema de pensamiento catastrófico a uno más realista

AUTO-ORGANIZACIÓN (AUTORREGULACIÓN Y AUTOCONTROL)

- Comienza a flexibilizar su pensamiento. Establece más fácilmente relaciones causa-consecuencia
- Mayor juicio de realidad y de sí mismo en relación con las fases anteriores
- Lenguaje mayormente expresivo
- Comienza a regular, modular y controlar sus impulsos
- Se pone metas dentro del espacio y muestra sus logros a la terapeuta
- Relaciones objetales: Comienza a entrar a la posición depresiva (de acuerdo a la teoría de Melanie Klein)

BÚSQUEDA DE SENTIDO

- Mayor autoafirmación
- Toma decisiones por sí mismo
- Etapa convencional en lo que respecta al desarrollo moral. Comienza a tomar consideración hacia los otros y sus puntos de vista, mayor grado de empatía. Se comporta de acuerdo a lo que las personas cercanas esperan y es capaz de

establecer relaciones mutuas de confianza, respeto y gratitud. Mayor grado de cooperación y trabajo por un bien común.

AFRONTAMIENTO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Comienza a tomar una actitud activa ante el ambiente y sus dificultades
- En el juego muestra su habilidad, se pone retos cada vez más difíciles y persevera hasta lograr lo que se propone
- Toma conciencia de la importancia de su autocuidado (permanecer limpio) y lo relaciona con ser un niño grande (proceso de autonomía-independencia)
- Toma decisiones dentro del espacio terapéutico en cuanto a lo que quiere hacer, cuándo comenzar y terminar una actividad, los materiales con los que desea trabajar, entre otros. Fuera del espacio también toma decisiones con por sí mismo
- Busca opciones para hacerse de las cosas que necesita, expresa sus necesidades y busca su satisfacción. Pide lo que necesita para cubrir sus necesidades dentro de la sesión
- Mejora en cuanto a habilidades sociales, refiere tener amigos en la escuela y en el fútbol
- Busca estrategias de solución de problemas (relación con el hermano)

Condición médica

- Se cuida dentro del espacio, cubre sus necesidades sin que el adulto le tenga que decir
- Jugamos a destruir a la espina bífida y a los sentimientos y cuestiones negativas que le ha generado
- Ha integrado la condición médica como parte de sí mismo
- Tiene conciencia de enfermedad

ANÁLISIS TEÓRICO: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CUARTA FASE DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Durante esta fase Alex manifestaba su deseo y necesidad de presencia y cercanía afectiva por parte de sus padres. Refiere sentirse triste por la ausencia de ambos, pues el padre en ese momento se encontraba trabajando en Oaxaca y la madre

trabajaba toda la tarde. Así, Alex continuaba con la percepción de que sus necesidades no estaban siendo gratificadas, llevándolo a angustiarse. A través de esta etapa y durante el proceso, la terapeuta sentó las bases para proporcionar una función de sostén, respondiendo a los cambios y necesidades del menor, representando un objeto firme y constante y proporcionándole un medio seguro y confiable. Winnicott (1960, citado en Cisneros Herrera, 2007) clasifica los fenómenos contratransferenciales en tres tipos: 1) los sentimientos contratransferenciales anormales, que dan cuenta de que el analista necesita más análisis, 2) los sentimientos contratransferenciales que tienen que ver con la experiencia y el desarrollo personal del analista y de los que depende su trabajo, y 3) la contratransferencia verdaderamente objetiva del analista, los sentimientos de amor y odio como respuesta a la personalidad y al comportamiento real del paciente, basada en una observación objetiva. Alex utilizaba la relación psicoterapéutica para nutrirse afectivamente, colocándose en un lugar desde el cual mostraba su necesidad de este espacio de contención. A nivel contratransferencial, la terapeuta proporcionaba funciones maternas, cuidando y proveyendo a Alex de un espacio continente y afectuoso en donde el sostén emocional facilitaba su integración psíquica y la incorporación de una imagen amada, así como la construcción de su personalidad. De la misma forma, se abre un espacio para el reconocimiento de sus fortalezas, recursos y habilidades (presentación del objeto), permitiendo la formación de relaciones de realidad con los objetos (Winnicott, 1980).

Por otro lado durante esta fase, Alex manifestaba deseos de ser “chiquito” para obtener la atención de sus padres y los cuidados que se le daban cuando era más pequeño, pues presentaba sentimientos de desconfianza básica, derivados de la falta de consistencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y en la cualidad de la relación con sus cuidadores primarios (Erickson, 1983). Esto dificultó la creación de una base que le diera un sentimiento de identidad y de ser aceptable. Ante la falta de esta relación cálida y consistente, Alex tendía a desconfiar y a mostrar inseguridad en el mundo, manifestando miedo a crecer y a ser autónomo. Por otro lado, los niños con espina bífida, presentan como una de las consecuencias psicológicas derivadas de la condición médica tendencia a la regresión, permeada por la sobreprotección que los cuidadores manifiestan hacia ellos (Arcas, Naranjo y Ponce, 2002) y a las dificultades en el mantenimiento de límites, roles y responsabilidades que se observa

dentro de las familias de niños con este padecimiento (Wiegner & Donder, 2000).

Alex se percibía a sí mismo como vulnerable ante las amenazas del entorno y percibía con constancia que su medio es peligroso, agresivo, amenazante y aniquilante. Esto constituía proyección de sus propios impulsos y deseos. El juego de Alex durante esta fase es principalmente de defensa más que de ataque como en fases anteriores, representando un cambio en su juego; este tipo de juego continúa correspondiendo dentro de la teoría Kleniana a una posición esquizo-paranoide. Desde esta posición se le dificultaba a Alex integrar sus impulsos agresivos y aceptar que sentía enojo ante lo que vivía de manera frecuente en relación con su condición médica y con situaciones de su vida cotidiana. Ante esto, la terapeuta procuró darle sentido de realidad, proporcionándole la posibilidad de identificar sus proyecciones y por lo tanto dar lugar a la posibilidad de que experimentara su enojo, a través de reflejos de sentimiento en relación con situaciones que le molestaban, reflejo de sus expresiones y movimientos corporales en relación con sus estados afectivos. Por medio de las intervenciones se interpretaron sus impulsos agresivos, sus deseos de destruir, permitiéndole poner límites no solo al exterior sino al interior, poner límites a sus propios impulsos. A partir de que se hace consciente de su propio enojo e impulsos agresivos comienza a autorregularse y a ser capaz de poner límites a través de la metáfora del juego. Asimismo se permitió a través de lo anterior el establecimiento de una relación entre su psique y soma, contribuyendo a la diferenciación entre su yo no-yo y a la integración de su sí mismo (Winnicott, 1965).

Asimismo, en esta etapa del proceso, Alex juega a defenderse desde el piso, que nos habla de un mecanismo de regresión adaptativa. De acuerdo con Bellak (1996), la regresión adaptativa es la capacidad del yo para hacer una disminución parcial, temporal y controlada de sus propias funciones, relajando la agudeza perceptual y conceptual, así como de otros controles yoicos en busca de la adaptación. En este caso Alex, se coloca en una posición de vulnerabilidad en relación con la terapeuta, que despierta un impulso de protección. Estas conductas ante la ansiedad y la angustia no eran propias de un niño de su edad, sin embargo utiliza sus recursos para que sea alguien más quien lo proteja y de esta forma regularse. Esto lo hace para tomar fuerza e impulsarse dentro de su proceso de desarrollo y crecimiento. Winnicott (1954, citado en Cisneros, 2007) señala que es en la relación transferencial

con el terapeuta donde se reeditarán las experiencias resultantes a los fracasos o fallas en las relaciones tempranas, buscando una nueva oportunidad de ser rectificadas para tomarlas y alcanzar una organización yoica apropiada al desarrollo. Esta reedición constituirá una regresión, la cual es referida por los autores como un fenómeno donde en la situación terapéutica surgirán formas de expresión del pasado, a menudo infantiles, que representan la reaparición de modalidades de funcionamiento psíquico ya abandonados o modificados. Para Winnicott, (1954, citado en Cisneros, 2007), la regresión clínica va a ser un fenómeno que surge de la necesidad del niño por buscar una provisión ambiental en el espacio psicoterapéutico que promueva su maduración en un punto donde no la alcanzó por una falla en su ambiente. Así, el paciente asemeja estar en un estado de dependencia como lo estuvo inicialmente en su desarrollo y la función de sostén por parte del terapeuta es fundamental. Por lo tanto, el rol de terapeuta es no volver a fallar y facilitar experiencias semejantes a las etapas iniciales del desarrollo, en función de lo que cada paciente necesite (Winnicott, 1963, citado en Cisneros, 2007).

A nivel de estructuras cognitivas Alex estaba generando esquemas de pensamiento rígidos que se iban reforzando a lo largo del tiempo a través de la repetición de sus experiencias de aprendizaje (Young, 1990, citado en Friedber & McClure, 2005), derivadas de las creencias que generó acerca de él mismo, las otras personas y el mundo desde muy pequeño (Beck, 2000). A partir de sus vivencias, que incluían situaciones en donde se sentía inadecuado, ansioso, inseguro, dependiente, triste, entre otras, fue construyendo esquemas de pensamiento que lo llevaba a interpretar las situaciones a través de sus creencias más fundamentales y profundas (dependencia, vulnerabilidad, sentimientos de inadecuación, amenaza, inseguridad, desconfianza básica, inferioridad, desvalorización) y a centrar selectivamente la información que confirmaba su creencia central. De esta manera Alex presentaba distorsiones cognitivas como la catastrofización, sobregeneralización y visión de túnel, que lo llevaban a su vez a incrementar sus niveles de ansiedad. Estas distorsiones le producían sentimientos de tristeza, desamparo, enojo y soledad. Los estilos cognitivos y las atribuciones de los niños tendientes a la ansiedad y a la depresión, como lo era el caso de Alex, son en general negativos, con predicciones y expectativas catastróficas de fracasos en el afrontamiento, sus mentes se bloquean en los aspectos potencialmente amenazadores de las situaciones (Fridberg y

McClure, 2005). Tomando en cuenta lo anterior, dentro de la intervención, se facilitó la identificación y expresión de dichos sentimientos a través de técnicas cognitivas. Según Fridberg y McClure (2005) es necesario estar seguros de que los niños son capaces de identificar sus pensamientos, emociones y conductas a través de la automonitorización antes de aplicar otras estrategias de intervención. De esta forma se favoreció la identificación de dichos componentes, estableciendo la relación entre ellos y posteriormente se llevaron a cabo técnicas de reestructuración cognitiva para cambiar los pensamientos inadecuados o disfuncionales por pensamientos de afrontamiento que contrarrestaran a los anteriores. De acuerdo con Caballo (2009), a través de la reestructuración cognitiva se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto, de forma indirecta, ya que la adquisición de nuevas conductas modifica, a largo plazo las cogniciones del sujeto. La reestructuración cognitiva consiste en que el consultante, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la reestructuración cognitiva los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles (Clark, 1989, citado en Bados y García, Grau, 2010). El componente de la reestructuración cognitiva ha sido parte de intervenciones cognitivo conductuales eficaces dirigidas a incidir sobre trastornos de ansiedad (Antona y García-López, 2008) y depresión (Méndez, Moreno, Sánchez, Olivares y Espada, 2000).

VINJETAS FASE 4

Pensamientos negativos

Muchas veces cuando jugábamos, Alex tendía a pensar de manera negativa acerca de sus resultados

A: Tú tienes más

T: Crees que yo tengo más, qué tal si las cuentas

A: Yo tengo más

T: me parece que a veces piensas cosas negativas que realmente no son Alex asiente, se ríe,

A: ya casi me empatas

T: vamos a compararlas

A: uyy no

T: Creías que casi te empataba pero no es así, tú vas ganando. ¿Alguna vez te ha pasado algo parecido de que piense que las cosas van mal cuando no lo van tanto?

A: sí, una vez cuando estaban jugando basket y ya casi nos empataban, pero después los arrebasamos

T: pensaste que les iban a ganar y al final ustedes ganaron, a veces piensas que las cosas no son tan positivas cuando en realidad si lo son

Solución de problemas

A: No fui al futbol porque mi mamá me castigó

T: ¿Qué pasó que te castigo?

A: no sé, a lo mejor se enojó porque no le quise prestar el balón a mi hermano

T: entonces si sabes por qué estaba molesta, ¿cómo crees que se sintió él de que no se lo prestaras?

A: un poco triste y enojado

T: ¿qué pasó que no le quisiste prestar el balón a tu hermano?

A: yo le pedí una moto y él no me la quiso prestar

T: entonces tu hermano no te quiso prestar algo que tú querías y por eso no se lo prestaste

T: ¿cómo le podrías hacer para arreglar esas diferencias que tienes con tu hermano?

A: diciéndole a mi mamá

T: ¿Podrías decirle algo a tu hermano?

A: decirle que ya no agarre mis cosas y que ya no me moleste

T: ¿cómo crees que se sentiría si le dices eso?

A: enojado

T: ¿cómo se te ocurre que podrías arreglarlo?

A: hay veces en que me presta su x box y por ejemplo cuando me trajeron los reyes el balón se lo presté

T: entonces a veces se prestan sus cosas

A: a lo mejor si él me presta sus cosas yo le puedo prestar las mías

T: esa puede ser una manera de arreglar o de negociar con tu hermano y de llevarse bien, así también de esa forma tu mamá estaría más contenta porque al parecer ella se enoja cuando ustedes pelean, ¡encontraste una forma de resolver la situación!

Alex ríe.

Cambio de pensamientos negativos a positivos

Le propongo jugar con la pelota, se la aviento y le digo que voy a pensar en pensamiento que no ayudan y los voy a decir, después le voy a lanzar la pelota y él va a decirme en esa situación en específico y lo convierta en una situación que si lo ayuda.

Voy a atravesar la calle y no me fijo que viene alguien en una bici y me dice ¡eres un tonto, por qué no te fijas! Pensamiento negativo: soy un tonto, nunca me fijo, siempre me pasan cosas malas

A: que te puedes fijar bien y ver a los dos lados de la calle para ver si no viene una bici o un carro

T: puedes pensar “a la otra me voy a fijar de los dos lados para ver si viene un carro o una bici”

Me caigo porque no traigo la agujeta amarrada y se burlan de mí.

Pensamiento negativo: soy un tonto, se burlan de mí, me caí. Me siento triste y tonto y me voy a un rincón

A: amarrándome las agujetas bien y así ya no me puedo caer

T: “a la otra me voy a amarrar las agujetas para ya no caerme”

Le pregunto algo a mi compañero y no me contesta. Pensamiento negativo: pienso que no me quiere hablar y me siento triste

A: a lo mejor mi compañero está muy concentrado porque la maestra ya pidió los cuadernos

Paso al pizarrón y me equivoco en una suma. Pensamiento negativo: ya no quiero volver a pasar, me salen más las cosas, no sé hacer sumas, me voy a mi asiento todo triste y ya no quiero volver a pasar

Positivo: me pongo a estudiar las sumas, las restas, para que cuando vuelva a pasar si me salga

FASE 5: “Listo para despegar, luz para guiar el camino”

Número de sesiones: 10 sesiones (37 a 46)

Tipo de materiales:

- Lámpara (que hizo y trae para mostrarme)
- Monopoli

- Pelota
- Actividades para el trabajo de reestructuración cognitiva

Tipo de juego:

- Juego motor: basquetbol, dominadas, juego de futbol donde contraataca fuerte, mete goles, hace cosas distintas (chilenas, barridas). Juega desde el piso (esfuerzo para pararla), defiende su portería con energía, esfuerzo, se avienta, para la mayoría de las pelotas
- Juego reglado

Temáticas principales

- **Futbol:** Me refiere cómo en un partido ayudó para que se metiera gol, me dice que tal vez desaparezca el equipo porque no son suficientes, refiere sentirse mal por eso pero piensa que tal vez si se logre completar. Habla de las chilenas, los pases
- **Cambios-transformaciones:** Lámpara (experimento que hizo para la escuela) que trae para enseñarme, cómo la hizo y quién le ayudó (abuelo), muestra cómo se prende y apaga. Expresa el deseo de tener un carro y refiere querer dibujar una nave, un cohete que va a la luna
- **Afrontamiento:** Temblor y lo que pasó en el contexto donde lo vivió
- **Temas de películas:** muerte de la familia (niño héroe), caídas y accidentes, pone énfasis en que al final ganan los buenos.
- **Cierre:** Cambios que ha tenido a lo largo del proceso, la madre me refiere que ha habido un retroceso en su proceso de autonomía (mantenerse seco). Recuento de lo que hicimos durante el proceso (juegos, dibujos, actividades). Fiesta de despedida: quiere “invitar a mamá, papá y hermano” adornar y hacer la fiesta (globos y jugar con los juguetes)

Intervenciones realizadas

- Señalamiento y reflejos de emoción, actitud, experiencia, sentimientos, sensaciones
- Reconocimiento de sus fortalezas, recursos y habilidades (presentación del objeto)

- Reestructuración cognitiva:
 - Actividades de reestructuración cognitiva (relación situación-pensamiento, cambio de pensamientos negativos por positivos)
 - Generar posibilidad de nuevas atribuciones de significado más realistas, flexibles y funcionales. Ej “A veces no nos salen las cosas pero las podemos volver a intentar”
 - Redirijo sus comentarios negativos, pregunto qué pudo haber pensado o hecho distinto
 - Aplicación de reestructuración cognitiva durante el juego, cambio de pensamientos negativos por pensamientos positivos
- Facilitar la toma de responsabilidad y la aceptación de que es capaz de hacer muchas cosas por él mismo y es capaz de controlar su cuerpo, así como sus emociones y pensamientos. Elaboramos un registro para mantenerse seco (economía de fichas)
- Preparación y trabajo de cierre terapéutico: Hacemos un recuento de las actividades que realizamos en todo el proceso, así como de sus cambios y avances. Uso de la metáfora como intervención: Hago referencia a la lámpara que trae a la sesión como una luz que le puede ayudar a iluminar su camino. Refiere que el foco de la lámpara “ya prende”, le hago saber que el también “ya prende”, que antes estaba más apagado, más serio y que ahora que viene le veo una sonrisa que le ilumina la cara. Asociación de la luz con su tono afectivo. En relación con el tema de la alineación de los planetas y los eclipses le hago ver que fuera de la Tierra hay muchas cosas que ver, así como fuera de este espacio. El deseo de un carro como un medio para moverse, para avanzar, hacemos un recuento de los avances que ha tenido. Recursos y habilidades en el juego del fútbol como en el juego de la vida. Retomo la nave que quiere dibujar y le digo que está listo para despegar, que todo este tiempo de terapia hemos preparado el momento para su despegue y ya es tiempo, está listo.

Relación terapéutica

Atmósfera tranquila, cálida, construcción de un espacio de confianza, aceptación, seguridad, apoyo, ayuda. Relación terapéutica que le ayuda a hacer las cosas por sí mismo y a continuar su camino sin el apoyo del proceso psicoterapéutico.

Terapeuta-niño

Predominantemente positivo:

- Receptiva, aceptante, interesada, sorprendida. Sentimientos de ternura, sorpresa y alegría al ver que va identificando sus pensamientos y cómo éstos influyen en sus emociones. Sentimientos de tristeza y alegría ante el término de la terapia.

Niño-terapeuta

Predominantemente positiva:

- Relación más horizontal, no espera a que le diga, decide, pide, se muestra activo, participa
- Tiene la confianza para hablar de cuestiones de su casa y de lo que pasa en su vida (sean cuestiones positivas o negativas, tristes o alegres)
- Me habla de lo que hace y siente
- Me hace saber sus fortalezas y me muestra sus habilidades
- Me permite entrar en su mundo
- Pide lo que necesita dentro del espacio para cubrir sus necesidades
- Identifica y expresa sus sentimientos de tristeza por el término de la terapia

INTEGRACIÓN DEL SELF

IDENTIDAD

- Se percibe como un niño capaz de ser aceptado y querido y como un niño más completo, delimitado
- Acepta y se autoreconoce sus habilidades y fortalezas (aumenta sentido de autoeficacia)
- Ve cuestiones positivas en sí mismo y fuera de sí mismo
- Comienza a establecer límites: dice no cuando no quiere realizar algo tanto dentro como fuera del espacio terapéutico
- Comienza a integrar la parte del cuidado de sí mismo, se reconoce y sensibiliza ante sus necesidades
- Toma decisiones por sí mismo, usa sus recursos para resolver y se observa

mayor disfrute en actividades lúdicas y sensoriales

- Percibe que puede ejercer mayor control sobre su ambiente (dice lo que quiere hacer, propone, pone reglas en los juegos y decide cuando comenzar y terminar una actividad)
- Mecanismos de defensa: principalmente proyección y regresión (que utiliza en función de sus necesidades y adaptación)
- Presencia de un pensamiento más realista, flexible y funcional. Utiliza sus términos para describir procesos de pensamiento. Metacognición (“pensando normal”)

SIGNIFICACIÓN –AUTORREALIZACIÓN

- Contacta con sus emociones, las identifica y las expresa. Ha ampliado su espectro de los afectos. Trata de evitar los sentimientos que le produce el término de la terapia
- Tono afectivo predominantemente alto: energizado, emocionado, alegre, abierto, activo. Se observan disfrute y energía en el juego
- Comienza a identificar la diferencia entre pensamientos y sentimientos y establece la relación entre ellos. Establece más fácilmente relaciones causa consecuencia
- Asocia sus pensamientos y sentimientos con situaciones de manera más clara, estructura su pensamiento y emociones
- Reconoce sus logros, se siente orgulloso de sus cambios y los muestra tanto dentro como fuera del espacio
- Comienza a cambiar su esquema de pensamiento catastrófico a uno más realista

AUTO-ORGANIZACIÓN (AUTORREGULACIÓN Y AUTOCONTROL)

- Comienza a flexibilizar su pensamiento.
- Mayor juicio de realidad y de sí mismo en relación con las fases anteriores
- Lenguaje mayormente expresivo
- Comienza a regular, modular y controlar sus impulsos
- Relaciones objetales: Entra a la posición depresiva (de acuerdo a la teoría de Melanie Klein)

- Se pone metas dentro del espacio y muestra sus logros a la terapeuta

BÚSQUEDA DE SENTIDO

- Mayor autoafirmación
- Toma decisiones por sí mismo
- Etapa convencional en lo que respecta al desarrollo moral. Tiene consideración hacia los otros y sus puntos de vista, mayor grado de empatía. Se comporta de acuerdo a lo que las personas cercanas esperan y es capaz de establecer relaciones mutuas de confianza, respeto y gratitud. Mayor grado de cooperación y trabajo por un bien común.

AFRONTAMIENTO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Toma una actitud más activa ante el ambiente y sus dificultades
- En el juego muestra su habilidad, se pone retos cada vez más difíciles y persevera hasta lograr lo que se propone
- Toma conciencia de la importancia de su autocuidado y lo relaciona con ser un niño grande (proceso de autonomía-independencia). Sin embargo en esta última fase del proceso presenta una regresión en cuanto a mantenerse seco.
- Toma decisiones dentro del espacio terapéutico en cuanto a lo que quiere hacer, cuándo comenzar y terminar una actividad, los materiales con los que desea trabajar, entre otros. Fuera del espacio también toma decisiones por sí mismo
- Busca estrategias de solución de problemas y opciones para hacerse de lo que necesita, hace cosas para cambiar las cosas que no le gustan
- Expresa sus necesidades y busca su satisfacción. Pide lo que necesita para cubrir sus necesidades dentro de la sesión
- Mejora en cuanto a habilidades sociales, refiere tener amigos en la escuela y en el futbol

Condición médica

- Se cuida dentro del espacio, cubre sus necesidades sin que el adulto le tenga que decir
- Ha integrado la condición médica como parte de sí mismo

- Tiene conciencia de enfermedad
- Alex en esta última fase presenta resistencia a crecer y hacerse responsable de mantenerse seco (autocuidado). Por su parte, la madre se interpone en el proceso de crecimiento de Alex (pierde las estrellas para el registro, descuido, deseos de que Alex no crezca)

ANÁLISIS TEÓRICO: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA QUINTA FASE DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Alex fue fortaleciendo su sentido del sí mismo a través de la relación psicoterapéutica, en la que se le proporcionó una función de sostén y se le proporcionó un medio seguro y confiable. De esta forma se le apoyó a construir la representación de ser un niño susceptible de ser amado y querido. Alex utilizaba la relación psicoterapéutica para nutrirse afectivamente, colocándose en un lugar desde el cual mostraba su necesidad de este espacio de contención. A nivel contratransferencial, la terapeuta proporcionaba funciones maternas, cuidando y proveyendo a Alex de un espacio continente y afectuoso en donde el sostén emocional facilitaba su integración psíquica y la incorporación de una imagen amada, así como la construcción de su personalidad.

La aceptación consistente y completa de Alex durante las distintas fases, permitió que introyectara una buena imagen paterna de parte del terapeuta adulto, y construyera una buena autoimagen interna (West, 1996). Según esta autora, los niños están listos para dejar la terapia cuando el terapeuta de juego cumple esta función, en la que el menor se lleve la aceptación y respeto del terapeuta dentro de él mismo, en forma de autoaceptación y autorrespeto. Asimismo, esta autora propone cuatro pautas principales de evaluación para la terminación de la terapia: 1) La comprensión del terapeuta acerca del progreso del niño a través de las etapas terapéuticas y la naturaleza de la relación; 2) El análisis acerca del proceso y contenido de las sesiones de juego; 3) La energía que pone el niño en las sesiones y su propia evaluación de su progreso; 4) Las percepciones del progreso del niño por parte de quien hizo la referencia. En el caso de Alex, durante el proceso psicoterapéutico se observaron mejorías significativas, que tanto él mismo como su familia fueron reconociendo, se notaron cambios en la calidad y tipo de juego y en el

surgimiento y progreso de diferentes temas, dando pauta para la terminación de la terapia. Durante esta fase y en concordancia con lo que realiza Cornejo (1996), se llevó a cabo un recuento de las actividades y juegos que hicimos, se le devolvieron sus diferentes cambios y se le hizo partícipe al irle preguntando él en que se sentía diferente y cuáles creía que habían sido sus avances, se recordó el motivo por el que vino la primera vez estableciendo una diferencia con el ahora. La última sesión por deseo suyo se llevó a cabo una fiesta de despedida.

Durante esta fase de terminación del proceso psicoterapéutico, Alex continúa jugando desde el piso, que como se mencionó anteriormente nos habla de un mecanismo de regresión adaptativa. Asimismo, se observa un retroceso en Alex en cuanto a mantenerse seco. En este sentido y de acuerdo con diversos autores, la terminación de procesos psicoterapéuticos pueden generar una serie de sentimientos, tales como preocupación, rechazo, culpa, enfado, fracaso, desmoralización y/o sensación de que fue un esfuerzo perdido (Pekarik, Sledge et al., citados por Vélez y Restrepo, 2008). Según Vélez y Restrepo (2008) durante la fase final de los procesos psicoterapéuticos, los consultantes pueden tener la sensación de que están siendo rechazados por el terapeuta y pueden experimentar ansiedad, ira, depresión o una sensación de desamparo o abandono que puede llevarlos a la activación de defensas primitivas, utilizadas en separaciones anteriores. Ante lo anterior, Craige (2006, citado en Vélez y Restrepo, 2008) sugiere dejar la posibilidad de un contacto futuro con el menor una vez terminada la psicoterapia, cuestión que se clarificó con Alex durante las últimas sesiones de tratamiento, asimismo, se exploraron sus ideas y sentimientos relacionados con el proceso de cierre.

A lo largo de esta fase y derivado del trabajo para integrar los impulsos agresivos y aceptar su enojo, Alex va identificando sus proyecciones y se comienza a observar una transición hacia la posición depresiva dentro de la teoría de Melanie Klein. Lo anterior se ve facilitado cuando Alex puede vivenciar mayores experiencias buenas sobre las malas, sintiendo que el objeto bueno prevalece sobre los objetos perseguidores y la pulsión de vida es más dominante que la pulsión de muerte. La relación psicoterapéutica le permitió introyectar un objeto interno lo suficientemente bueno, que lo llevó a superar el estado persecutorio propio de la pérdida de la madre como objeto parcial (Segal, 2002). El yo de Alex se fue

integrando y sus relaciones se comenzaron a dar con objetos totales malos y buenos, sintiendo menos angustia y teniendo mecanismos más organizados. Asimismo la ansiedad dominante pasó a ser depresiva que se manifestaba por la ambivalencia. Esto se debió a que la mayor integración del yo de Alex le permitía tolerar mejor la pulsión de muerte en su interior, decreciendo la escisión, tanto como sus temores paranoides y reconociendo a su objeto como total (Segal, 2002).

Durante esta fase se continuó trabajando la reestructuración cognitiva con el fin de cambiar los pensamientos inadecuados o disfuncionales de Alex por pensamientos más realistas y acordes con las situaciones que iba viviendo. Se observó que logró reconocer y diferenciar pensamientos de sentimientos y establecer la relación entre situación, pensamiento y sentimiento, estableciendo funciones de metacognición dentro de este proceso y logrando hacer un cambio en sus esquemas de pensamiento.

VINIENTAS FASE 5

Luz para guiar el camino

T: Hola Alex, hoy traes algo a la a la sesión

A: sí, es un experimento que hice para ciencias

T: lo trajiste para compartirlo, ¿me querías enseñar?

A: sí

T: hoy vienes con espíritu experimentador

Hace que se prenda y apague juntando los cables en la pila de manera continua hasta que se atenúa la intensidad de la luz

A: ya prende poquito

T: ¿Qué crees que haga que prenda poquito?

A: tal vez la pila

Intenta seguir haciendo que prenda y busca formas distintas para hacerlo, después la deja descansar un rato mientras juega para después volver a intentar

A: ya no prende poquito

T: ahora prende mucho, se parece a ti, ahorita que jugaste te llenaste de energía y tal vez te sientas como una gran luz como la del foco que ahora prende mucho

A: aunque le ponga poquito prende

T: eso puede significar que a veces necesitamos descansar para poder agarrar energía y poder funcionar al máximo

T: Alex esta luz que traes hoy me recuerda que mucho de lo que hemos estado haciendo en terapia ha sido ir prendiendo luces para que puedan ir iluminando tu camino, para que te sientas mejor, me parece interesante que hayas traído el foco y me lo quisiera mostrar

A: ¡ya prende!

T: tú también ya prendes, antes estabas más apagado, más serio y ahora que vienes te veo una sonrisa que te ilumina la cara

Alex sonríe y asiente. Al final de la sesión

T: ¿te diste cuenta de algo esta sesión?

A: de que traje mi experimento

T: de que traes una luz y que esa luz se puede quedar contigo y te puede iluminar y hacerte sentir bien en momentos difíciles y también en momentos felices y alegres, te puede iluminar todavía mucho más la luz que traes dentro de ti

T: ¿quisieras hacer algo en especial en estas sesiones que nos quedan?

A: mmm... hacer un dibujo de una nave, como de un cohete... que va a la luna

T: una nave, un cohete que está listo para despegar, así como tú estás listo para despegar e irte a otro lugar, moverte de lugar, estás listo para irte a otro lugar mejor, ha sido como ir calentando motores para que puedas despegar y puedas llegar muy alto, ¿cómo escuchas eso?

A: ¡bien! (con tono afectivo alto)

Avances

T: Alex a lo largo de este proceso que hemos llevado juntos he visto muchos cambios en ti, ¿tú te sientes diferente o has notado cambios? ¿Te gustaría que platicáramos de todos los cambios que hemos visto en ti?

A: tú empieza

T: cuando llegaste eras muy tímido y muy serio, te veía un poco triste o enojado, ahora te veo más contento, expresivo, sonríes más

A: que ya casi para los exámenes ya casi no me pongo nervioso y ya tampoco me pongo nervioso

T: yo recuerdo que eso fue lo que me dijiste la primera vez que viniste y me alegra que lo hayas podido cambiar

T: antes te quedabas callado casi todo el tiempo, ahora habla más y te veo más contento, cuando juegas disfruta más...

A: que ya casi este, ya cuando antes me invitaban a jugar casi no quería.. y ahora si quiero

T: ¿qué pasaba que no querías ir a jugar?

A: me ponía nervioso y ahora ya no

T: te has vuelto más sociable, ahora haces cosas que te gustan sin ponerte nervioso y has logrado integrarte mejor con sus compañeros.

A: a veces me daba este... miedo este... irme a la escuela porque antes casi no me juntaba con nadie y ahora tengo mis amigos

T: ahora tienes amigos y eso te pone muy contento, ¿cómo le hiciste para hacer amigos?

A: hablándoles

T: se te quito el miedo a hablarles y lo hiciste, eres muy valiente

A: que antes me daba pena hablar y ahora si hablo y que de que antes casi no quería jugar a nada

T: y ahora sí, tienes la intención de hacer más cosas, tienes más energía, ¿algo más?

A: que antes era muy serio en la escuela y ahora ya no, ahora soy alegre

T: si, también yo te noto mucho más alegre cuando vienes

T: también ahora tú tomas tus propias decisiones, antes esperaba a que yo te dijera qué hacer o como hacerlo y ahora tú me dices “quiero hacer esto, o primero esto”

T: me dijo tu mami que ahora tú tomas la iniciativa para hacer las tareas, y antes ella te tenía que decir

A: antes cuando nos dejaba un ejercicio la maestra me daba miedo pararme pero ahora ya no, me daba miedo pararme a calificar

T: se te han quitado varios miedos. Tu mami me dijo que se te quitó el miedo a quedarte solo en el negocio.

A: Asiente y sonríe

T: también me dijo tu mami que te llevas mejor con tu hermano

A: si, antes le decía que si jugábamos futbol y no quería jugar conmigo y entonces ahora le digo que si jugamos y me dice que cuando acabe la tarea jugamos, y como él a veces me ayuda a mi tarea me dice que mientras juegue yo y que cuando termine juega conmigo, espero y después jugamos los dos

T: también has aprendido a negociar con él y le dices “yo te presto mi pelota y tú me prestas tu x box”

A: asiente

T: también ahora te defiendes cuando antes no lo hacías, ¿si es cierto eso?

A: si...antes me hacían burla... y ahora ya no

T: ¿ya no te hacen burla o sí te hacen burla y te defiendes?

A: les digo que se calmen y si no se quieren calmar los acuso con la maestra

T: has aprendido a generar estrategias para que no te molesten

T: ¿crees que haya cambiado algo en casa?

A: de que antes casi no quería ayudar y bueno de que antes casi no hacía la tarea y ahora ya

T: estás más motivado para hacer cosas

T: has tenido muchísimos avances, estás listo para despegar.. querías dibujar un cohete, te siento listo para seguir sin la terapia, ¿tu cómo te sientes?

A: bien (con tono alto, manipula las hojas)

T: tienes muchas habilidades y fortalezas

Hace un barquito de papel mientras hablamos...

T: vas a zarpar, ¿sabes lo que es zarpar?

A: voy a ir a otro lugar (contento)

T: ¿tú crees que haga falta algo?

A: no

T: ¿crees que puedas seguir tu trabajo y tus avances sin venir?

A: si

T: tal vez va a haber ocasiones en las que necesites ayuda, y estoy segura de que va saber cómo resolverlos y cómo pedir ayuda

Alex me mira, sonrío y asiente.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente reporte fue describir y analizar la intervención psicoterapéutica de Alex, un niño con condición médica (espina bífida) bajo el enfoque de la terapia integrativa.

Durante la realización del presente reporte se profundizó en dos temáticas fundamentales que constituyeron la base de este trabajo. Una de estas temáticas hizo referencia a las intervenciones psicosociales dirigidas a incidir con menores que sufren de alguna condición médica y la otra ahondó en el tema de la integración en psicoterapia como propuesta de trabajo clínico con estos niños.

En los últimos años se ha hecho un esfuerzo cada vez mayor por brindar una atención integral a los pacientes que padecen enfermedades crónicas, sin embargo, el sistema de salud tiende a atender de manera prioritaria los síntomas físicos de los diversos padecimientos, dejando de lado las múltiples implicaciones y consecuencias que la enfermedad tiene en otros niveles, como el psicológico, social, escolar, familiar, entre otros; parcializando o fragmentando así a la persona que acude en busca de ayuda.

En México, la integración de equipos multi e interdisciplinarios que ofrecen atención en el sistema de salud se inició sólo hace algunos cuantos años en lo que se refiere a la inclusión de la Psicología. Por esta razón, aún no se ha logrado establecer un programa de atención, capaz de cambiar el esquema del modelo de atención emocional para los pacientes médicamente enfermos. La cantidad de profesionales de la salud, en concreto, psicólogos y/o psicoterapeutas que trabajan en hospitales es escasa, por lo tanto, los servicios resultan insuficientes para atender al grueso de la población pediátrica que los requiere.

Es por esta razón que se hace necesaria la formación de profesionistas de la salud abocados a atender las consecuencias psicológicas, socioemocionales y familiares que una enfermedad crónica implica. En este contexto surge la elaboración de este trabajo, así como de mi interés en el área de la psicología de la salud y en concreto en el trabajo con niños que padecen una condición médica.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente reporte fue describir y analizar la intervención psicoterapéutica de Alex, un niño diagnosticado al nacimiento con un defecto del tubo neural o espina bífida bajo el enfoque de la terapia integrativa.

La base de la intervención terapéutica con Alex, la constituyó la Terapia de Juego, que como el medio natural de expresión de los niños me permitió adentrarme en su mundo y constituyó la vía por la cual él pudo expresar y externar de manera libre su conflictiva. Dentro y a lo largo del proceso psicoterapéutico me fui percatando de que, ante la complejidad del caso, era necesario echar mano de diversas aproximaciones teóricas y técnicas, así como de diversas herramientas terapéuticas. Schaefer (citado en Drewers, 2012) refiere que dentro del trabajo realizado en Terapia de Juego con niños las dificultades son complejas por la etapa de vida y en su mayoría determinadas por una multiplicidad de factores, lo cual requiere de un método de trabajo multifacético. Por otro lado, de acuerdo con Espina y Ortego (2003) y en el trabajo referente a la salud, existe una interacción de múltiples factores biopsicosociales, así como principios de plurideterminación y multicausalidad, por lo que los enfoques unidimensionales no suelen ser efectivos.

Derivado de lo anterior y de mi visión del ser humano como un ser integral, completo, sí un ser biológico pero también psicológico, social, cultural, espiritual y con características, historia y contextos únicos, busqué llevar a cabo una intervención que pudiera reconocer la complejidad y unicidad de Alex como individuo. El trabajo psicoterapéutico tuvo como base los preceptos de la Terapia de Juego Centrada en el Niño, sin embargo, al buscar realizar un trabajo que pusiera por delante las necesidades y requerimientos de Alex, fue imperante encontrar herramientas desde diferentes enfoques teóricos y metodológicos y utilizar estrategias que fueran útiles desde diversas aproximaciones. De esta manera comencé a construir una intervención desde la Terapia de Juego Integrativa, sin conocer en un primer momento el nombre del modelo desde el cual estaba trabajando.

Posteriormente leí en alguno de los textos trabajados durante la Maestría que la Terapia Integrativa surge justamente de la necesidad de abrirse ante perspectivas distintas, donde se dé cabida a diferentes aproximaciones de trabajo psicoterapéutico, que conlleven a formas de intervención más efectivas en el tratamiento de diversos padecimientos (Fernández y Opazo, 2004), y en donde la aplicación de las intervenciones respondan a las necesidades y situación particular del paciente (Rosado, 2007). Esto me dio oportunidad de adentrarme en el tema de la integración en psicoterapia y de reconocer mi trabajo bajo esta aproximación.

Así, dentro del continuo del proceso psicoterapéutico se fue dando prioridad a algunas cuestiones sobre otras, acordes con lo Alex iba necesitando o demandando.

Uno de los primeros retos fue el establecimiento de la alianza terapéutica con Alex, quién por su historia y sus vivencias presentaba una marcada desconfianza en los demás, sentimientos de inseguridad y temor. Alex presentaba un apego inseguro ansioso, que lo hacía sentir incompetente e incapaz frente a los otros, poco querido y le dificultaba la confianza en los demás (Heredia Ancona, 2005). A pesar de tener un deseo de intimidad y afiliación, al tener una imagen negativa de sí mismo y de los otros, Alex presentaba desconfianza y temor y evitaba así la cercanía (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006). Ante esta situación, el trabajo en la alianza terapéutica representó uno de los pilares más importantes dentro de la intervención. Procuré proporcionarle a Alex un espacio de presencia, seguridad, contención y un ambiente predecible, así como una estructura flexible y abierta. Asimismo, se mostraron las actitudes psicoterapéuticas básicas de acuerdo con la Terapia Centrada en el Cliente: empatía, congruencia y consideración positiva incondicional. Lo anterior permitió que Alex pudiera sentirse seguro y en confianza en un primer momento y que en una segunda etapa del proceso pudiera resignificar el vínculo primario establecido con sus cuidadores, dando lugar a la posibilidad de relacionarse de manera distinta con los demás. Asimismo, a través de la relación psicoterapéutica, en la que se le proporcionó una función de sostén emocional, Alex se fue nutriendo afectivamente; la terapeuta proporcionó funciones maternas, cuidando y proveyendo a Alex de un espacio afectuoso que facilitaba su integración psíquica y la incorporación de una imagen amada, a través de lo cual fue fortaleciendo su sentido del sí mismo (Winnicott, 1954, citado en Cisneros, 2007).

Posterior a la integración de estudios psicológicos y la conceptualización del caso, se concluyó que eran varios los factores que estaban afectando el desarrollo de Alex además de la condición médica. El menor presentaba indicadores de un desarrollo interferido; por un lado la malformación congénita (espina bífida e hidrocefalia) eran causa de dificultades cognitivas y visomotoras que redundaban en un bajo rendimiento escolar y le dificultaban la construcción de su esquema corporal; la enuresis y encopresis primaria dificultaban la inserción de Alex en contextos educativos y sociales y estaban relacionadas con su retraimiento, timidez e inhibición. Por otro lado presentaba dificultades socioemocionales derivadas de su

condición médica y del estilo de crianza predominantemente autoritario de sus padres, así como de las dificultades en permitir su proceso de autonomía-independencia. Lo anterior tenía un impacto directo sobre su autoconcepto, autoestima y en la forma en que Alex se percibía a sí mismo y se desenvolvía en su ambiente. La combinación de estos factores estaban limitando su desarrollo socioemocional y constituyeron las directrices para llevar a cabo la intervención en un primer momento.

De esta manera, una vez establecida la alianza terapéutica con Alex se realizaron actividades sensoriales y experienciales con el fin de poner a Alex en contacto consigo mismo y para facilitarle el contacto con el ambiente, pues se habían observado bloqueos tanto en su cuerpo como en sus emociones (Salama, 2007). Asimismo, se facilitó el contacto con sus sentimientos y sensaciones internas y con sus procesos mentales. La terapeuta sirvió como “espejo” de sus gestos, respuestas corporales, movimientos, sentimientos, de manera que Alex pudiera identificarlos e integrarlos, proporcionándole así experiencias que le ayudaran a fortalecer e integrar su sentido del sí mismo. El mismo proceso y las situaciones que Alex enfrentaba (intervención quirúrgica), dieron lugar al trabajo con el tema de la noción y consciencia de su condición médica, que hasta el momento había sido algo no hablado dentro del espacio psicoterapéutico. Alex presentaba resistencia a hablar de un tema difícil para él, pues presentaba miedo, angustia y fantasías relativas tanto a su condición como a las intervenciones que se debían realizar derivadas de ésta. Alex desconocía el nombre, origen y consecuencias de su condición médica y al no tener un sentido de realidad en cuanto a su enfermedad tendía a sobredimensionar lo que le sucedía. Ajuriaguerra, (1983) refiere que una gran parte de estos sentimientos pueden estar dados por lo que el niño imagina de su condición. El trabajo psicoeducativo llevado a cabo con Alex, le ayudó a adaptarse y a aceptar su enfermedad, así como a afrontar de manera más activa las consecuencias de su padecimiento y a bajar los niveles de confusión, angustia y miedo derivados de sus fantasías de malformación e incompletud. Por medio de la Terapia de Juego y el uso del juego simbólico, Alex pudo expresar sus sentimientos de frustración, enojo, miedo y angustia en relación con la espina bífida. De igual manera, logró representar y simbolizar por medio de diversas estrategias sus sentimientos y fantasías con respecto a la intervención quirúrgica que se le iba a realizar, lo que le permitió ir

creando mecanismos para afrontar la situación. A través de las actividades propuestas por la terapeuta y del juego libre se fomentó la identificación y expresión de emociones, proporcionando una vía de salida para sentimientos de enojo y rabia que Alex tendía a reprimir y que le provocaban síntomas psicosomáticos. Asimismo, aprendió técnicas de relajación y respiración que constituyeron una herramienta para disminuir sus niveles de ansiedad ante lo que vivía de manera cotidiana y ante la intervención quirúrgica que era necesario realizarle.

Otro eje fundamental en la intervención con Alex fue el trabajo en la reestructuración cognitiva, pues se observó a lo largo del proceso la presencia de distorsiones cognitivas como la catastrofización, sobregeneralización y visión de túnel, que le generaban sentimientos desadaptativos y lo llevaban a su vez a incrementar sus niveles de ansiedad. Los estilos cognitivos y las atribuciones de los niños tendientes a la ansiedad y a la depresión como lo era el caso de Alex son en general negativos, llevándolos a predecir y a tener expectativas catastróficas, esto sucede pues sus mentes se bloquean en los aspectos potencialmente amenazadores de las situaciones (Fridberg y McClure, 2005). Alex con la ayuda de la terapeuta, aprendió a identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos, y a sustituirlos por otros más apropiados, reduciendo así la perturbación emocional y conductual causada por éstos y permitiéndole la posibilidad de generar atribuciones de significado más realistas, flexibles y funcionales.

A nivel familiar se logró trabajar a través de la psicoeducación la condición médica de Alex, asimismo, se rehistorizó y recabó la historia de los hechos en lo que respecta a la espina bífida del menor, intervención recomendada por la literatura referente a condición médica (Jongsma, 2000). La madre de Alex logro mayor comprensión de la condición médica de su hijo y sus implicaciones a nivel físico, cognitivo y psicológico, y derivado de lo anterior, fue adecuando sus expectativas con respecto al rendimiento académico del niño, siendo éstas más realistas. Asimismo se trabajaron las prácticas parentales, logrando modificar aspectos de las mismas, como el tener respuestas más aceptantes, cálidas y receptivas ante su hijo.

Como ya se mencionó, el trabajo psicoterapéutico se llevo a cabo desde la Terapia Centrada en el Niño como fundamento y se fueron integrando intervenciones y

técnicas desde diferentes aproximaciones. El marco teórico psicodinámico fue imprescindible para la conceptualización del caso y la comprensión de lo que sucedía con el menor a nivel intrapsíquico. Desde el enfoque de la Psicoterapia Gestalt se trabajó el contacto de Alex con sus sensaciones y sentimientos, tanto la identificación como la expresión de los mismos. La psicoeducación fue una herramienta fundamental para trabajar la conciencia y aceptación de su condición médica, apoyándose en estrategias de reducción de estrés para afrontar de mejor manera la intervención quirúrgica y los síntomas psicósomáticos que presentaba. El trabajo desde la Terapia Cognitivo Conductual (reestructuración cognitiva) permitió que Alex modificara sus esquemas de pensamiento inadecuados o disfuncionales por pensamientos más adaptativos y funcionales. Algunos de los enfoques y técnicas anteriormente descritos para trabajar específicamente ciertas problemáticas han sido respaldados por la investigación y la evidencia empírica como procedimientos efectivos para el trabajo en la sintomatología específica que se refiere, otros han sido descritos por autores representantes de los diversos enfoques como eficaces para el trabajo con niños con características similares a las que Alex presentaba.

Al tipo de intervención que se describe en este reporte se le denomina integración asimilativa, y consiste en llevar a cabo el tratamiento desde una aproximación teórica, en este caso la Terapia de Juego Centrada en el niño y se incorporan de manera selectiva diferentes técnicas y procedimientos desde otros enfoques, los cuales se eligieron considerando las necesidades del menor. Según Messer (1992, citado en Norcross, 2005), las ventajas de este modelo son tener como base un sistema único y teórico coherente, con la posibilidad de utilizar de forma flexible un rango amplio de intervenciones desde distintos sistemas.

Las diversas técnicas se llevaron a cabo a lo largo del continuo del tratamiento y se fue poniendo mayor atención a aquellas que se consideraron importantes tomando en cuenta la situación y necesidades de Alex en su momento.

Así, como resultado de la integración de los diferentes enfoques descritos, a lo largo del proceso se fueron observando cambios en Alex en diferentes áreas de funcionamiento. A pesar de que los materiales y juegos que eligió en las diferentes fases fueron bastante similares, los cambios observados se dieron a nivel de la

calidad de su juego, tono afectivo e integración del self. Algunos de estos cambios se puntualizan a continuación:

- Alex cambia su tipo de juego, de realista a un juego cada vez más simbólico. Su juego evoluciona desde el juego solitario hacia el juego cooperativo en diada y posteriormente al juego reglado
- De una percepción devaluada de sí mismo transita a saberse como un niño capaz de ser aceptado y querido, desarrolla una aceptación positiva de sí mismo
- Acepta y se autoreconoce sus habilidades y fortalezas, toma decisiones por sí mismo y su sentido de autoeficacia y autoafirmación aumentan, busca estrategias de solución de problemas
- Percibe que puede ejercer mayor control sobre su ambiente (dice lo que quiere hacer, propone, pone reglas en los juegos y decide cuando comenzar y terminar una actividad)
- Busca opciones para hacerse de las cosas que necesita, expresa sus necesidades y busca su satisfacción
- Se observa un cambio considerable en su tono afectivo y su tono hedónico tanto en las actividades sensoriales como en el juego
- Es capaz de identificar y expresar sentimientos y aumenta su capacidad de auto-observación
- Transita de un estadio de no diferenciación a uno de delimitación y diferenciación como individuo, hasta tener una subjetividad propia
- Su nivel de empatía aumenta y transita de la etapa pre-convencional a la etapa convencional en lo que respecta al desarrollo moral
- Los signos de ansiedad disminuyen y los síntomas psicósomáticos son cada vez más espaciados
- Se observa una mejoría en cuanto a habilidades sociales, refiere tener amigos en la escuela y en el fútbol; su modo de interactuar con el otro se modifica
- A nivel corporal se percibe como un niño más completo, delimitado, comienza a integrar la parte del cuidado de sí mismo, se sensibiliza ante sus necesidades
- Ha integrado la condición médica como parte de sí mismo y tiene conciencia de enfermedad

Como se puede observar en las puntualizaciones anteriores, los resultados obtenidos en las diferentes áreas de funcionamiento del menor dan cuenta de la efectividad del tratamiento. Su sentido del sí mismo se fue fortaleciendo a lo largo del proceso redundando en mejoras en las diferentes áreas de su vida.

Como se hace patente, fue necesario ir diversificando tanto los modelos teóricos como las técnicas de intervención para dar respuesta a las necesidades de Alex y a los objetivos planteados a partir de la conceptualización del caso. En la terapia de juego infantil, los terapeutas necesitan utilizar diversas destrezas y ser capaces de cambiar entre diversos modelos terapéuticos con el fin de satisfacer tanto las necesidades del niño como la necesidad de orientación de las personas involucradas en el proceso - padres, maestros, tutores, familia, entre otros- (Coonerty, citado en Drewers, 2012). En este sentido, mi trabajo como psicoterapeuta infantil consistió en integrar y ampliar los distintos puntos de vista teóricos y técnicos, así como seleccionar las herramientas con las cuales trabajar para obtener el mayor beneficio posible. Asimismo, durante la intervención con Alex hubo momentos en que fue necesario estructurar la sesión tanto como fuera posible, asumiendo una postura directiva, pues en ese momento él así lo requirió; en otros momentos Alex guiaba la sesión de principio a fin, en ocasiones las sesiones podían ser de juego libre por completo y en otras era necesario tomar la mayor parte de la sesión para llevar a cabo actividades que era necesario trabajar. A este respecto Drewers (2012) refiere el terapeuta desde la terapia de juego integrativa debe tener la capacidad de ser versátil, flexible y de cambiar en función de las necesidades de cada individuo.

Así es como el psicoterapeuta integrativo busca adoptar una postura abierta y va construyendo las intervenciones desde la articulación de la teoría, la técnica, los propios recursos, la experiencia, la riqueza de formación y de su propia capacidad para integrar. Resulta una tarea compleja que nace de la necesidad de crear vías factibles de cambio y que no pretende ser un enfoque más, superior a los ya existentes, ni alcanzar la verdad absoluta, sino crear una aproximación que ofrezcan al paciente múltiples vías a través de las cuales avanzar o progresar en su desarrollo como individuo y atienda sus necesidades reales.

El presente trabajo representa una propuesta de trabajo innovadora y eficaz, construida a partir de la experiencia, que aporta tanto al área de la Terapia Infantil Integrativa como al área de la Psicología de la Salud. Por un lado integra y resume el trabajo realizado hasta ahora en lo referente a las intervenciones psicosociales para incidir sobre la espina bífida y por otro, representa una propuesta de trabajo desde la terapia integrativa para el trabajo con niños que presentan una condición médica o una enfermedad crónica. Al mismo tiempo constituye una propuesta sistematizada en lo que se refiere a la conceptualización del caso y el análisis del proceso, al aportar diferentes dimensiones de análisis a tomar en cuenta desde la terapia integrativa y al adaptar dimensiones de análisis para adultos (Opazo, 2004) a población infantil.

La propuesta de trabajo psicoterapéutico integrativo plasmado en este documento tiene un amplio potencial de desarrollo para el trabajo con población pediátrica. El hecho de que las intervenciones bajo esta aproximación estén hechas a la medida y necesidades del consultante, promueve un modelo de trabajo breve y focalizado, susceptible de ser adaptado a medios hospitalarios y comunitarios. Por otro lado, representa una de las pocas propuestas de trabajo clínico realizado y conceptualizado desde la aproximación integrativa en México.

Algunas de las limitaciones encontradas para la realización de este trabajo fueron la discontinuidad en la asistencia a las sesiones por parte de Alex quién faltaba por cuestiones médicas y escolares. Las pocas sesiones de trabajo realizadas con la madre de Alex, representaron otra limitante, así como el nulo involucramiento del padre de Alex en el proceso a pesar de la insistencia para que asistiera. De manera general puedo decir que por el contexto laboral y social de los padres y la poca aceptación que tenían de la condición médica de su hijo fue difícil establecer una adecuada adherencia al tratamiento. Por otro lado, encontrar bibliografía acerca de los temas en los que se profundizó representó otra dificultad, por un lado porque son temas poco estudiados, en concreto en lo que se refiere a intervenciones psicosociales en niños con espina bífida y por otro porque las referencias encontradas pertenecían muchas de las veces a trabajos llevados a cabo fuera del país, lo que hizo difícil acceder a las fuentes de información de manera directa.

Derivado de este trabajo se sugiere dentro de la intervención a realizar con niños que padecen enfermedades crónicas, adoptar una aproximación holística, es decir, tomar en cuenta las diferentes variables psicológicas involucradas tanto del menor como de su familia, por ejemplo sus recursos psicológicos, sus fortalezas y debilidades, estilos de afrontamiento, estilos de crianza, vínculo, factores protectores y de riesgo, contexto social y educativo, entre otros, considerando así de manera integral al menor y tomar en cuenta lo anterior como base para la toma de decisiones durante el proceso psicoterapéutico. Asimismo, es relevante al estudiar el desequilibrio salud-enfermedad, realizar un análisis desde el niño, su familia, el tipo de enfermedad y los servicios de salud, como lo refieren Lorenzo, Alba y Rodríguez (2005).

Se reitera la necesidad de formar psicólogos que atiendan las demandas de la población infantil que sufre de enfermedades crónicas para abordar los problemas subyacentes a las condiciones médicas desde una aproximación que dé respuesta a la complejidad de cada caso. Se propone la utilización de un modelo desde la Terapia Integrativa para no dejar de ver los diferentes aspectos que implica la enfermedad y para acceder a diversas conceptualizaciones teóricas, metodológicas y técnicas que den respuesta a las necesidades de cada individuo.

Específicamente en el trabajo con niños con espina bífida es imperativo poder tener comunicación y acuerdos con los diferentes especialistas que están a cargo del menor para poder llevar a cabo un trabajo conjunto que redunde en el beneficio de estos pacientes.

Por otro lado, se sugiere llevar a cabo investigación que dé lugar a la sistematización de una metodología de trabajo con pacientes con condiciones médicas específicas. Asimismo es necesario ahondar en el conocimiento acerca de los factores mediadores, mecanismos de cambio y factores curativos de la Terapia de Juego Integrativa (Schaefer, citado en Drewers, 2012) con el fin de que las intervenciones sean más efectivas y cubran las necesidades específicas de los menores que requieren los servicios psicoterapéuticos.

CONCLUSIONES

Mi formación como Psicoterapeuta Infantil dentro del Programa de Maestría en Psicología me aportó aprendizaje y experiencias enriquecedoras en muchos sentidos.

A nivel profesional la formación me proporcionó conocimientos, habilidades y competencias teórico-prácticas, que me han permitido brindar atención especializada, profesional y ética a los diferentes casos con los cuales he trabajado. El hecho de que el trabajo se lleve de manera paralela, tanto a nivel teórico, práctico, de investigación y de difusión a lo largo de todo el proceso de formación, me permitió integrar y asimilar los conocimientos desde la experiencia, que representó una fuente de recursos esencial para mi aprendizaje.

El trabajo realizado a nivel teórico, sentó las bases de mi labor como psicoterapeuta, proporcionándome claridad en cuanto a la conceptualización y entendimiento de los diferentes casos con los que fui trabajando, dándome herramientas para realizar un trabajo de evaluación y diagnóstico que sentaran las bases para llevar a cabo una intervención pertinente y adecuada a los requerimientos de cada caso particular. De igual modo fui adquiriendo mayor capacidad crítica, reflexiva, sintética, de comprensión y de integración tanto de la información, como de las experiencias clínicas que iba teniendo con mis pacientes.

Por su parte, el trabajo llevado a cabo en el Centro Comunitario, me permitió llevar a la realidad aquello aprendido en la teoría y poner en práctica mis conocimientos, capacidades, habilidades y competencias como profesionista de la salud. El hecho de trabajar directamente en un escenario me permitió el tener una experiencia amplia en el tratamiento de los niños y sus familias, por la diversidad de casos que tuve la oportunidad de atender. Asimismo, la experiencia de trabajar psicoterapia tanto a nivel individual como grupal con los menores, me proporcionó una perspectiva bastante amplia del trabajo que se puede realizar y de las posibilidades de cambio terapéutico de cada modalidad.

El tener la oportunidad de trabajar con los padres de los niños que se atendieron, me dio a su vez una perspectiva distinta de los casos y me hizo consciente de la importancia de incidir con los cuidadores de los menores de manera paralela. Este tipo de trabajo permite llevar a cabo una labor directa con el menor y su

problemática y aunado a esto, incidir sobre el ambiente o contexto que en un primer momento podría estar causando o ejerciendo influencia en la sintomatología del menor. En los casos en que los padres se prestaron a asistir a las sesiones de orientación, y estuvieron dispuestos a apoyar el proceso, el trabajo se vio potencializado.

Dentro del trabajo práctico, las supervisiones fueron una fuente inmensa de recursos, de aprendizaje desde la experiencia, de retroalimentación; fue un espacio de escucha, de empatía y de contención, además de un espacio que amplió mi perspectiva y desde el cual se fue construyendo el conocimiento a través del compartir experiencias, aprendizajes, recursos, técnicas, recursos bibliográficos, entre otros. De la misma manera, las cámaras de Gessell representaron un recurso fundamental de aprendizaje, proporcionando el seguimiento de casos desde una supervisión cercana, en la que varias miradas proporcionaban una perspectiva amplia e integral de los que iba sucediendo en las sesiones. Asimismo, el trabajo de coterapia fue una experiencia bastante nutricia, pues me ayudó a ampliar y enriquecer mi forma de trabajo y a abrir mis perspectivas tanto a nivel de conceptualización como de intervención.

Además de la formación teórico-práctica, la Maestría nos forma con habilidades tanto de investigación como de difusión. Dentro de este rubro y como parte de la formación dentro de la maestría, asistí al XIX Congreso Mexicano de Psicología y al VII Congreso Argentino de Salud Mental con el fin de difundir el caso que se presenta en este documento. Estas dos experiencias me proporcionaron un gran aprendizaje debido al intercambio de experiencias y conocimientos con especialistas de otros países y de diversas áreas dentro de la salud.

En este sentido, la Residencia en Psicoterapia Infantil y la UNAM fungieron como un espacio de construcción del conocimiento y como un punto de encuentro, que me proporcionó una formación profesionalizante y especializada invaluable.

Por otro lado, el atender niños con diferentes problemáticas psicológicas, emocionales, sociales, familiares, entre otros, implica la confrontación con aspectos propios de vida, ya sea pasada o actual. Esto implica un reto a nivel profesional y personal, pues pareciera ser un doble trabajo, que va paralelo a nuestro quehacer

como terapeutas. En este sentido, la supervisión y mi proceso terapéutico personal fueron fundamentales para llevar a cabo mi trabajo de la mejor manera posible y me permitieron darme cuenta de qué aspectos trabajar desde mí para poder trabajar entonces sí, con el otro. En este sentido, me pude percatar a lo largo de mi formación como terapeuta que la teoría es una guía fundamental que sustenta las intervenciones y las técnicas una herramienta que nos ayuda a lograr ciertos objetivos dependiendo de la problemática de cada caso, sin embargo, una gran parte del éxito en el tratamiento tiene que ver con la subjetividad tanto del paciente como del terapeuta y todo lo que se juega en esa relación.

El Programa de Maestría de la Facultad de Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil no sólo representó un espacio de aprendizaje a nivel académico y profesional, sino que representó una experiencia de vida a nivel personal. Me permitió generar y construir conocimientos y enriquecerlos con la experiencia, lo que ha fortalecido y desarrollado muchas áreas de mi vida como profesionista y como persona. Me ha proporcionado una base sólida a partir de la cual generar y contribuir al desarrollo de la Psicología y en concreto de la Psicoterapia Infantil.

REFERENCIAS

- Ajuriaguerra, J. (1983). *Manual de psiquiatría infantil*. México: Masson.
- Anchin, J. C. (2003). Integratively Oriented Brief Psychotherapy: Historical Perspective and Contemporary Approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13, 219-240.
- Antolovich, G. C. & Wray, A.C. (2008). Habilitation of children and young adults with Spina Bifida. En Ozek, M. M., Cinalli, G., Maixmer (Ed), *The spina bifida. Management and outcomes* (pp. 342-348). Italy: Springer.
- Antona, C. J., García-López, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 281-292.
- Arcas Cuberos, M. D., Naranjo Motta, A. Ponce Ruíz, E. (2002). Deficientes motóricos I: Espina Bífida. En Bautista (coord.), *Necesidades Educativas Especiales*. Málaga: Aljibe.
- Bados, A., García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Barakar, L. P. Boyer, B. A. (Eds.). (2008). Pediatric Psychology. *Comprehensive handbook of clinical health psychology*. New Jersey: Wiley.
- Barlow, J. H. & Ellard, D. R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: Care & Health*, 30, 637-645.
- Bauman, L. J., Drotar, D., Leventhal, J. M., Perrin, E. C. Pless, B. (1997). A review of psychosocial interventions for children with chronic health conditions. *Pediatrics*, 100, 244-251.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. España: Gedisa.
- Bellak, L. (1996). *TAT, CAT y SAT. Uso clínico*. México: Manual Moderno.

- Beutler, L. E. Consoli, A. J & Lane G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. En Goldfried, M. R. y Norcross, J. C. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 121-143). New York: Oxford University Press.
- Borzyskowski, M., Cox, A., Edwards, M. & Owen, A. (2004). Neuropathic bladder and intermittent catheterization: social and psychological impact on families. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, 160-167.
- Brown, R. T., Daby, B. P., & Rickel, A. U. (2008). *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Caballo, V. (1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
- Carlos, L. E. & Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-9.
- Chazan, S. (2002). *Profiles of play*. Londos: Jessica Kingsley.
- Cisneros Herrera, J. (2007). La contratransferencia en la psicoterapia de juego grupal. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cornejo, L. (1996). *Manual de terapia infantil gestáltica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Corsi, J. (2006). Psicoterapia integrativa multidimensional. Buenos Aires: Paidós.
- Cunningham, A. J. (2000). Adjuvant psychological therapy for cancer patients: putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology*, 9, 367-371.
- Donovan, D. A. (1988). Psicología Pediátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 91-101.
- Drewers, A. A. (2012). Integrating play therapy theories into practice. En Drewers A. A., Bratton S. C. & Schaefer E. C. (Ed.) *Integrative play therapy* (pp 21-35). New Jersey: Wiley.
- English, H. B. y English A. (1977). *Diccionario de psicología y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Espina, A. y Ortego, M. A. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales*. Madrid: Editorial CCS.

Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Ediciones Hormé-Paidós.

Federación Asociaciones Espina Bífida de Andalucía. El equipo interdisciplinar, el niño con espina bífida. Protocolo de información de la espina bífida. Consultado en: www.faeba.es/descargas/inf_espina_bifida_33_44.pdf

Feixas G. y Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia; reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En Fernández-Álvarez, H. y Opazo R. (comps). *La integración en Psicoterapia, manual práctico* (33-67). Barcelona: paidós.

Feixas G. y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández Castillo, A. (2001). Dificultades motoras en educación especial. En A. Fernández Castillo, (ed.). *Fundamentos psicopedagógicos de educación especial*. Granada: GEU.

Fernández Castillo, A. y Arco Tirado, J.L. (2004). Dificultades ligadas a problemas motóricos y de salud. En Arco Tirado y Fernández Castillo A (coord.). *Necesidades Educativas Especiales. Manual de evaluación en intervención psicológica*. Madrid: McGraw Hill.

Fletcher, J. M. & Brei, T. J. (2010). Introduction: Spina bifida. A multidisciplinary Perspective. *Developmental Disabilities, 16*, 1-5.

Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. México: Paidós.

Gabalda, C. (1999). El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública, 11*, 19-26.

- Golfried, M. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. España: Desclée De Brouwer.
- Goldfried M. R. & Castonguay L. G. (1992). The future of psychotherapy integration. *Psychotherapy Integration*, 29, 4-10.
- Goldfried M. R., Pachankis J. E. & Bell A. C. (2005). A history of psychotherapy integration. En Goldfried, M. R. y Norcross, J. C. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 24-60). New York: Oxford University Press.
- Gómez, B. (2004). Abordaje terapéutico de trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas. En Fernández-Álvarez, H. y Opazo R. (comps). *La integración en Psicoterapia, manual práctico* (257-281). Barcelona: paidós.
- Gluckman, S. & Barlign J. (1980). Effects of a remedial program on visual-motor perception in spina bifida children. *The Journal of Genetic Psychology*, 136, 195-202.
- Golden, D. (1988). Terapia de juego para niños hospitalizados. En Schaefer, Ch., O'Connor, K. (Eds.) *Manual de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Grosse, S. D., Flores, A. L., Ouyang, L., Robbins, J. M & Tilford, J. M. (2009). Impact of Spina Bifida on parental caregivers: Findings form a survey of Arkansas families. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 574-581.
- Harper, D. C. (1997). Pediatric Psychology: Child psychological health in the next century. *Journal of clinical Psychology in Medical Settings*, 4, 181-192.
- Heredia Ancona, B. (2005). *Relación madre-hijo*. México: Trillas.
- Hernández S.R., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holmbeck, G. N. Coakley, R. M, Hommeyer, J. Sopera, W. E. & Westhoven, V. (2002). Observed and perceived dyadic and systemic functioning in families of preadolescents with a physical disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 177-189.
- Holmbeck, G. N. & Devine, K. A. (2010). Psychosocial and family functioning in spina bifida. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 16, 40-46.

Holmbeck, G., Gorey-Ferguson, L., Hudson, T., Seefeldt, T. Shapera, W. Uhler, J. (1997). Maternal, paternal and marital functioning in families of preadolescents with spina bifida. *Journal of Pediatric Psychology, (22)*, 167-181.

Holmbeck, G. N. Greenley, E. N. Coakley, R. M., Greco, J. & Hagston, J. (2006). Family functioning in children and adolescents with spina bifida: An evidence-based review of research and interventions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, 249-277.

Holmbeck, G.N., Westhoven, V.C., Philips, W.S., Wendy, S., Bowers, R., Gruse, C., Nikolopoulos, T., Totura, C.M. Wienke, D.K. (2003). A multi-method, multi-informant, and multi-dimensional perspective on psychosocial adjustment in preadolescents with spina bifida. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 782-796.

Jones, E. M. & Landreth, G. (2002). The efficacy of intense individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy, 11*, 117-140.

Jongsma, A., Peterson, L. M., McInnis W. P. (2000). The child and adolescent psychotherapy treatment planner. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Josan, V., Morokoff, A., Maixner, W.J. (2008). Epidemiology and aetiological factors. En Ozek, M. M., Cinalli, G., Maixmer, W.J. (Ed), *The spina bifida. Management and outcomes* (pp.59-65). Italy: Springer.

Méndez-Venegas, J., Maya-del Moral, A. (2011). Psicología pediátrica. *Acta Pediátrica Mexicana, 32*, 231-239.

Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación de México.

Kemal Kuscu, M. Cankaya, B. (2008). A family-Centered Evaluation of Psychosocial Agendas in Spina Bifida. En Ozek, M. M., Cinalli, G., Maixmer (Ed), *The spina bifida. Management and outcomes* (pp. 413-421). Italy: Springer.

Kern de Castro, E., Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo, 12*, 81-86.

Kibby, M. Y., Tyc, V. L., & Mulhern, R. K. (1998). Effectiveness of psychological intervention for children and adolescents with chronic medical illness: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 18*, 103-117.

Korff-Sauce, S. (2000). El cuerpo discapacitado. En Geissman, C., Houzel, D. (ed). *El niño, sus padres y el psicoanalista*. Madrid: Síntesis.

Last, B. F., Stan, H., Onland-van Nieuwenhuizen, A. M., Grootenhuis, M. A. (2007). Positive effects of a psycho-educational group intervention form children with a chronic disease: First results. *Patient Education and Counseling, 65*, 101-112.

Lazarus, A. A. (2005). Multimodal Therapy. En Goldfried, M. R. y Norcross, J. C. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 105-120). New York: Oxford University Press.

Liptak, G. & El Samra, Al. (2010). Optimizing health care for children with spina bífida. *Developmental Disabilities Research Reviews, 16*, 66-75.

Lollar, D. J. (2001). "El aprendizaje en los niños con espina bífida". *Spina Bifida Association*, consultado en: http://www.spinabifidaassociation.org/atf/cf/%7BEED435C8-F1A0-4A16-B4D8-A713BBCD9CE4%7D/sp_learning_among_children.pdf

Lorenzo, A., Alba, L., Rodríguez, M.C. y Vargas, S. (2005). Psicología de la salud en la atención a niños y adolescentes. En Hernández, E. y Grau, J. (Ed.) *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Mahler M., Pine F., Bergman A. (2002). El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación. Buenos Aires: Enlace Editorial.

Maiz Lozano, B. y Güereca Lozano, A. (2006). *Discapacidad y autoestima. Actividades para el desarrollo emocional de niños con discapacidad física*. México: Trillas.

Manual para la vigilancia epidemiológica de los defectos del tubo neural (2010). <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Man16-DefectoTN/Man16.htm> (19/08/2010 03:17:21 p.m.)

Martínez, W, Carter, J. S., Legato, L. J. (2011). Social competence in children with chronic illness: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology, 36*, 878-890.

Méndez Carrillo, F. X., Moreno, P. J., Sánchez Meca, J., Olivares, J., & Espada, J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual*, 8, 487-510.

Mendoza Díaz, F. G. (2010). *La función del holding en psicoterapia*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Meyers y Weitzman (1991). Pediatric HIV disease. The newest chronic illness of childhood. *Pediatric Clinics of North America*, 38, 169-191.

Mirapeix, C. y Rivera, L. (2010). *Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia*. Recuperado de <http://www.interpsiquis.com>

Morillo Ramos, M. E. (2010). *La espina bífida y su intervención en el contexto educativo. Innovación y experiencias educativas*. Recuperado de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_30/M_ENCARNACION_MORILLO_1.pdf

Morrison, J. E., Bromfield, L. M. & Cameron H. J. (2003). A therapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 125-130

National Birth Defect Prevention Network (1997). Congenital Malformation Surveillance Report. *Teratology*, 56, 116-175.

Navas Martínez, L. y Castejón Costa, J. L. (2002). Discapacidad Motórica. En Navas Martínez, L. y Castejón Costa (Ed.), *Unas bases psicológicas de la educación Especial* (pp. 237-257). Alicante: Editorial Club Universitario.

Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. En Goldfried, M. R. y Norcross, J. C. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 3-23). New York: Oxford University Press.

Obregón Velasco, N. (2002). *Análisis del movimiento integracionista de la psicoterapia: Consideraciones para futuras propuestas integrativas*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Oaklander (2009). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos.

Opazo, R. (1997). In the Hurricane's Eye: A supraparadigmatic Integrative Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 17-49.

Opazo, R. y Bagladi, V. (2007). *Historia del modelo integrativo en Chile*. Recuperado de: http://www.icpsi.cl/wp-content/uploads/2013/12/historia_modelo_integrativo.pdf

Pinquart, M. & Shen, Y. (2011). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 1003-1016.

Plante, W. A., Lobato, D., Engel, R. (2001). Review of group interventions for pediatric chronic conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 435-453.

Powers, S. W. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: procedure-related pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 131-145.

Ramírez Ortiz, R. M. (2009). *Espina bífida. Innovación y experiencias educativas*. Recuperado de: http://www.csic.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_25/ROSA_MARIA_RAMIREZ_2.pdf

Rosado y Rosado, M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*, 1, 42-50.

Ryle (2005). Cognitive analytic therapy. En Goldfried, M. R. y Norcross, J. C. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 196-217). New York: Oxford University Press.

Ruíz, A. L., Alba Pérez, L. A., Rodríguez Reyes, M. C. y Vargas, López, R. (2005). En Hernández Melendez, E., Garu Abalo, J. (Eds). *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Salama (2007). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. México: Alfaomega.

- Segal, H. (2002). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Seymour, J. W. (2011). History of psychotherapy integration and related research. En Drewers A. A., Bratton S. C. & Schaefer E. C. (Ed.) *Integrative play therapy* (pp 3-19). New Jersey: Wiley.
- UNICEF (2004). "Estado Mundial de la infancia 2004". Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/sowc04/sowc04_contents.html
- Van der Lee, J., Mokkink, L. B. Grootenhuis, M. A., Hymans, H. S. & Offringa, M. (2007). Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 29, 2741-2751.
- Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove, R. & Dogin, M (1993). The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 751-767.
- Vélez Gómez, P. y Restrepo Ochoa, D. A. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado. Aspectos clínicos y técnicos. *Revista CES Psicología*, 2, 59-68.
- Watchel, P. L. (2010). Psychotherapy integration and integrative psychotherapy: Process or product. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 406-416.
- Wachtel, P. L., Kruk, J. C. & McKinney, M., K. (2005). Clinical psychodynamics and integrative relational psychotherapy. En Goldfried, M. R. y Norcross, J. C. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 172-195). New York: Oxford University Press.
- Weiland, S.K., Pless, I.B., Roghmann, K.J. (1999). Chronic illness and mental health problems in pediatric practice: results from a survey of primary care providers. *Pediatrics*, 89, 445-449.
- Weir, K. N. (2007). Using integrative play therapy with adoptive families to treat Reactive Attachment Disorder: A case example. *Journal of Family Psychotherapy*, 18, 1-16.
- West, J. (1996). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.

Wiegner, S. Donder, J. (2000). Predictors of parental distress after congenital disabilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 271-277.

Wills, K. E. (1993). Neuropsychological functioning in children with spina bífida y /o hydrocephalus. *Journal of Clinical Child Psychology*. 22, 247-265.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. (7ª. Impresión, 2000). España: Gedisa.

Winnicott, D.W. (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.