



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

**"MÁS ALLÁ DE LA OPOSICIÓN, DESOBEDIENCIA Y AGRESIÓN:
CONSTRUYENDO PSICOTERAPIA CON EL NIÑO".**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. FABIOLA ROMINA HERRERO GUZMÁN

DIRECTORA DEL REPORTE: Mtra. Verónica Ruiz González.

REVISORA: Mtra. María Asunción Valenzuela Cota

Mtra. Silvia Vite San Pedro

Dra. Fayne Esquivel Ancona

Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez

Ciudad Universitaria,

2015



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

Al Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (CONACYT) y a la Dirección General de estudios de Posgrado (DGEP), por el apoyo brindado para la realización de mis estudios.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma Mater, por ser un espacio vital para mi desarrollo profesional y humano.

Al centro Comunitario "Dr. Julián Mc. Gregor Sánchez y Navarro", que a través de la Dra. Noemí Díaz Marroquín y su equipo de trabajo me brindó las facilidades para realizar mis prácticas profesionales.

A mis supervisoras Verónica Ruiz y Yolanda Santiago por su acompañamiento y enseñanzas. ¡Gracias a ambas por apoyo, su gran calidez humana y profesionalismo!

A mis amigas y compañeras de sede: Luz, Itzel y Angélica, con quienes tuve la oportunidad de ir creciendo a nivel personal y profesional al compartir espacios de supervisión, experiencias terapéuticas, terapias de grupo, congresos, charlas, risas, angustias, comidas y muchas desveladas.

A mis compañeros de maestría: Kenia, Luz, Itzel, Brenda, Ale, Angélica, Male, Pamela, Bety, Raquel, Salvador, Kenya y Tere, por las enseñanzas compartidas y por su profesionalismo.

A la Dra. Nora Díaz, por su escucha, sensibilidad y calidez al acompañarme en mi proceso personal de psicoterapia y en mi proceso de formación como terapeuta.

A Kenia por ser una gran amiga, confidente, y compañera de crecimiento. ¡Te quiero mucho primis!

A los niños y sus familias que me permitieron acompañarlos en sus diferentes procesos de vida.

A mis padres y mi familia por su gran apoyo en todos los sentidos y su amor incondicional.

A Nino: Gracias amor por tu apoyo incondicional y por motivarme a superarme y terminar mi tesis. ¡Te amodoro!

A Dios por su infinito amor y presencia en cada una de mis experiencias de vida.

ÍNDICE

RESUMEN	6-7
INTRODUCCIÓN	8-12
CAPÍTULO 1. LA TERAPIA DE JUEGO INTEGRATIVA HUMANISTA	
Introducción	13-14
1.1 Sustento teórico y conceptos básicos.....	15-35
• Terapia centrada en el niño	
• Terapia de juego Gestalt	
• Terapia Existencial en niños	
1.2. El proceso de la terapia de juego	36-41
1.3. Aplicaciones clínicas y sustento empírico.....	42-43
CAPÍTULO 2 . EL NIÑO, LAS PÉRDIDAS Y EL DUELO	
2.1. El niño frente a las pérdidas.....	44-47
2.2. Mitos acerca del duelo en el niño.....	48-50
2.3. Evolución del concepto de muerte en el niño.....	51-55
2.4. El duelo anticipatorio del niño frente a la enfermedad terminal de uno de los padres.....	56-60
2.5. El papel de los padres en el duelo anticipado del niño.....	61-64
CAPITULO 3. CONSTRUYENDO PSICOTERAPIA CON EL NIÑO	
3.1. Acerca del caso	
a. Descripción clínica del niño	65-66
b. Genograma: Estructura, dinámica e historia familiar.....	67-70
c. Motivo de consulta	70-72
d. Historia de desarrollo de "Edgar".....	72-74
e. Escenario y materiales.....	74-77
f. Procedimiento.....	77-81
g. Integración de estudios psicológicos.....	81-85
h. Conceptualización del caso.....	86-89
i. Núcleos de trabajo psicoterapéutico.....	89-91
3.2. El proceso psicoterapéutico	
• Fases del proceso	
○ Fase 1: "Descubriendo lo que pasa en mi familia.....	92-107
○ Fase 2: "Reconociendo mis fortalezas, mis necesidades y mi poder de enojación".....	108-123
○ Fase 3: "Mi papá tiene cáncer de pulmón".....	124-134
○ Fase 4: "Aprendiendo a despedirme".....	135-148

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	149-163
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES.....	164-167
REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA.....	168-181
ANEXOS.....	182

RESUMEN

El presente Reporte de Experiencia Profesional es el resultado de mi formación como psicoterapeuta en la Residencia en Psicoterapia Infantil y describe el trabajo terapéutico con un niño con duelo anticipado de uno de sus padres, utilizando el enfoque de Terapia de Juego Integrativa Humanista (Bratton *et al.*, 2011).

La Terapia de Juego Integrativa Humanista (Bratton *et al.*, 2011) es un modelo relativamente reciente que abarca diversas orientaciones teóricas como el enfoque Centrado en el Niño, la Gestalt y la Terapia Existencial. Constituye una combinación única de elementos no directivos y directivos, en donde se hace especial énfasis en la relación entre el niño y el terapeuta, por un lado, y por otro lado en el funcionamiento saludable e integral del organismo en su totalidad, abarcando los sentidos, el cuerpo, las emociones, y el intelecto (Oaklander, 2005).

En este trabajo se desarrolla el caso de un niño de 7 años, cuyas conductas de desobediencia, oposicionismo, agresión, poco control de impulsos y dificultad para regular su enojo, lo hacían candidato para ingresar en un inicio a un grupo psicoterapéutico de niños con problemas de conducta. Como se leerá a lo largo del presente trabajo, durante las sesiones de evaluación el niño me fue dando una serie de “*pistas*” y poniendo “*acertijos*” que, al ser resueltos, me permitieron construir una relación de confianza con él y entender a profundidad el origen de sus conductas: la enfermedad terminal del padre, la cual se había mantenida en silencio por la familia como una forma de “*proteger al niño*”.

Dada las características particulares del caso, se decidió trabajar con el menor en sesiones de psicoterapia individual durante 63 sesiones, a lo largo de un periodo de un año un mes. Se siguió una línea de trabajo integrativa

humanista, en donde a través del juego y diferentes técnicas gestálticas, el niño pudo elaborar a nivel simbólico sus sentimientos relacionados con la evolución de la enfermedad del padre (cáncer de pulmón). Posteriormente, al ampliar sus fronteras de contacto y fortalecer su self, el niño pudo expresar de manera más abierta sus ideas y sentimientos en torno a la vida y la muerte, así como de la enfermedad del padre, pudiendo en última instancia nombrarla, simbolizarla y crear nuevas formas para acompañar a su padre y demostrarle su amor durante su tratamiento médico y evolución de la enfermedad, la cual tuvo varios avances y retrocesos.

Al cierre del proceso, el padre se encontraba en un nivel avanzado de la enfermedad y aparentemente "*estable*", no obstante, el niño se tuvo que enfrentar, por diferentes motivos, a una despedida más: la terminación de la relación terapéutica. En esta última fase del tratamiento, el niño (y la terapeuta) aprenden a resignificar su vínculo y a despedirse con agradecimiento y ternura (Worden, 2010).

A lo largo del presente reporte hablaré acerca del proceso del niño, de sus padres y el mío, de mi formación como psicoterapeuta infantil. Asimismo se incluyen algunos capítulos teóricos, en los que se desarrollan los temas y metodologías relacionadas con éste caso, un capítulo especial en donde se abordan las discusiones así como las limitaciones y sugerencias para trabajos psicoterapéuticos en circunstancias similares y finalmente un capítulo de conclusiones relacionadas con el caso y con mis aprendizajes en el "*saber ser terapeuta*" y "*saber ser persona*".

Palabras clave: Psicoterapia de juego integrativa humanista, duelo anticipado en el niño, pérdida paterna, fortalecimiento del self

INTRODUCCIÓN

"No es frecuente que tenga lugar un encuentro personal tan profundo y mutuo, pero estoy convencido de que si no ocurre de vez en cuando, no vivimos como seres humanos"

Carl Rogers

El presente trabajo, como se mencionó en el anterior apartado, es el resultado de múltiples aprendizajes durante mi proceso como residente en la Maestría en Psicoterapia Infantil. Sus objetivos son: 1) Describir el trabajo terapéutico con un niño con duelo anticipado de uno de sus padres, utilizando el enfoque de Terapia de Juego Integrativa Humanista (Bratton *et al.*, 2011), 2) Explorar si existen mejoras en el niño mediante dicho enfoque, y 3) Describir y mostrar evidencia de las habilidades profesionales adquiridas durante mi proceso de formación profesional dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil.

Al iniciar mi formación, recuerdo muy bien una plática con Vero, mi tutora y supervisora de sede, en donde hablaba acerca de los grandes saberes que adquiere el terapeuta durante su formación profesional: 1) el "saber teórico", 2) el "saber hacer" y 3) el "saber ser". El primer saber, el "saber teórico", se relaciona con los conocimientos teóricos que adquirimos y que nos son importantes en la intervención con los niños (modelos, teorías, conceptos, etc.). El segundo saber, el "saber hacer", se relaciona más con la aplicación práctica de los conocimientos y técnicas, mientras que el tercer saber, el "saber ser", tiene que ver más con el desarrollo humano integral.

Debo reconocer que sus palabras me impactaron profundamente, ya que me emocionaba la idea de que la Maestría me permitiera tener un desarrollo tan integral y profundo como se mencionaba. Asimismo me daba curiosidad el cómo se daría este proceso, y cuando sería el momento en que las

"*experiencias de la maestría*" iban a surtir su efecto en estas tres vertientes.

Al día de hoy, me doy cuenta de que el integrar estos saberes conlleva un proceso único y particular, el cual se va gestando, se va desarrollando a diferentes ritmos en diferentes momentos, y que requiere dedicación, esfuerzo, paciencia y tiempo (dentro y fuera de la Maestría).

En ese sentido, la experiencia de la Maestría me confrontó a nivel profesional ante la necesidad de integrar diferentes modelos, técnicas y visiones del niño y del proceso terapéutico. Cambió muchas de mis ideas y me motivó, posteriormente, a emprender nuevos caminos en el campo de la Psicoterapia Humanista y Tanatología. A nivel individual, me condujo a un proceso muy profundo de trabajo personal, lo que me permitió identificar mis recursos, mis necesidades emocionales, mi manejo emocional, mis motivaciones, mis miedos, mis expectativas y mis heridas por sanar; esta consciencia personal me permitió crecer a nivel personal y desarrollar mayor sensibilidad al trabajar con los niños, poniendo todo lo anterior "*a favor*" del proceso. Sin lugar a dudas, los aprendizajes obtenidos durante mi proceso de formación como psicoterapeuta Infantil no hubieran sido posibles sin una parte indispensable: *la formación práctica en sede*, por lo que a continuación describiré las generalidades de mi trabajo en ese lugar.

Como parte de mi formación como terapeuta infantil, además de las clases teóricas y las prácticas en cámara de Gesell, tuve la oportunidad de brindar psicoterapia a niños y niñas con diferentes problemáticas en el centro comunitario "*Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro*", el cual se ubica en la colonia Ruiz Cortínez, al oriente de la ciudad.

El centro comunitario "Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro" constituye una sede de capacitación y enseñanza ya que brinda a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad. Para ello, cuenta con diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en diversas áreas tales como: adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación, lo cual permite brindar atención psicológica tanto a nivel preventivo como de intervención.

Durante un periodo de dos años, asistí con un horario de Lunes a Miércoles durante la mañana y parte de la tarde, tiempo en el cual mi trabajo consistió en brindar atención psicológica a diez niños que presentaban diversas dificultades emocionales y conductuales tales como: hiperactividad, impulsividad, oposicionismo, inhibición, ansiedad, baja autoestima, reestructuración familiar, entre otros. Asimismo tuve la oportunidad de realizar intervenciones a nivel familiar, sesiones de orientación psicológica a padres, y en el último semestre de mi formación, desarrollé en co-terapia un grupo psicoterapéutico de niños con problemas de conducta tales como impulsividad, hiperactividad, oposición, desobediencia, y dificultades de relación tanto con pares como figuras de autoridad. Durante mi periodo de formación, todo mi trabajo fue supervisado, enriquecido y acompañado por dos grupos de supervisión de casos clínicos cuyas sesiones se llevaron a cabo los días Martes y los días Miércoles, y estuvieron conformados por mis compañeras de residencia así como supervisoras *in situ* del programa de formación de la Maestría en Psicoterapia Infantil.

En el último semestre de mi formación, al realizar un trabajo de psicoterapia grupal, tuve la oportunidad de conocer a "Edgar", un niño que presentaba conductas de desobediencia, oposicionismo, agresión, poco control de impulsos y dificultad para regular su enojo. Durante las sesiones de

evaluación "Edgar" me fue dando una serie de "pistas" y poniendo "acertijos" que, al ser resueltos, me permitieron construir una relación de confianza con él y entender a profundidad el origen de sus conductas: la enfermedad terminal del padre, la cual se había mantenida en silencio por la familia como una forma de "proteger al niño". Dado lo anterior, decidí trabajar el caso en psicoterapia individual y acompañarlo en la elaboración de su "duelo anticipado".

Elegí para este Reporte de Experiencia Profesional el caso de "Edgar" debido a que fue uno de los que más aprendizajes me dejó, tanto a nivel personal como a nivel profesional. A nivel profesional, el trabajo con "Edgar" me confrontó con mi "saber ser terapeuta" y me permitió integrar y poner en práctica todos los aprendizajes que había adquirido y que iba adquiriendo durante la Residencia, principalmente los relacionados a los modelos humanistas que tanto habían llamado mi atención. Asimismo, al revisar la literatura psicológica, pude observar que hay muy pocos estudios acerca del duelo anticipado en niños, por lo que este trabajo constituye una aportación en relación al tema.

A nivel personal, el trabajo con "Edgar" me permitió poner a prueba mi congruencia, mi empatía, y mi consideración positiva incondicional. Me hizo confrontarme conmigo misma en relación a mi "saber ser persona", al tocar mi vulnerabilidad y reflexionar acerca de temas tan profundos de la existencia como la vida, la muerte y la enfermedad.

El tema de "Más allá de la oposición, desobediencia y agresión: Construyendo psicoterapia con el niño" se abordará en el presente reporte de experiencia profesional a lo largo de sus diferentes capítulos, los cuales se describen a continuación:

En el primer capítulo, se hablarán algunas generalidades acerca de la Psicoterapia de Juego Integrativa Humanista, y se desarrollarán por separado los principales conceptos y los fundamentos teóricos y metodológicos de la Terapia de juego Centrada en el Niño , la Terapia de juego Gestalt, y la Terapia Existencialista, principales ejes de trabajo de dicha propuesta. Al finalizar este capítulo se revisará la evidencia empírica que los sustenta.

Para el segundo capítulo, se abordarán temas relativos a las pérdidas en el niño, el duelo anticipatorio, y el desarrollo del concepto de muerte durante la infancia. Asimismo se hablará acerca de cómo los padres pueden acompañar a sus hijos durante sus pérdidas significativas.

En el tercer capítulo, se expondrá el caso de "Edgar" y se ilustrará el trabajo terapéutico con el análisis de las diferentes fases del proceso. Dado lo anterior, la estructura de este capítulo se subdividirá en dos apartados, siendo el último de ellos en donde se ilustrará el proceso con el uso de viñetas.

Finalmente, en el capítulo cuatro, se presentará la discusión del presente reporte de experiencia y en el capítulo cinco las conclusiones en donde se hablará de los aprendizajes, desafíos, retos y dificultades, que se fueron presentando durante mi formación.

CAPÍTULO 1. LA TERAPIA DE JUEGO INTEGRATIVA HUMANISTA

La Terapia de Juego Integrativa es una aproximación relativamente nueva en el campo de la psicoterapia infantil. Surge ante la necesidad de usar un tratamiento multifacético que, a través del juego y técnicas expresivas y creativas, permita lograr un cambio terapéutico en niños y adolescentes con diferentes trastornos psicológicos, los cuales en la mayoría de los casos, suelen ser multivariados, complejos y multideterminados.

El término "*psicoterapia integrativa*" es a menudo utilizado para referirse a una nueva y particular forma de psicoterapia con un conjunto de teorías y prácticas clínicas que sintetizan conceptos y métodos provenientes de dos o más escuelas de psicoterapia (Stricker y Gold, 2008). Dicho movimiento surge en algún sentido de procesos clínicos y de investigación, derivados del proceso de aprendizaje de psicoterapeutas que trabajan desde un modelo en particular y van tomando en cuenta nuevas ideas para incorporarlas al modelo existente y ofrecer a los clientes el mejor tratamiento para los problemas que presentan.

Desde esta perspectiva, la meta del terapeuta de juego integrativo consiste en elaborar un plan de tratamiento individualizado que corresponda a las necesidades y situación del niño, optimizando así el beneficio terapéutico. La pregunta a responder en cada intervención es: ¿Qué tratamiento (s)/intervención (es)/estrategia(s) funcionarían mejor con este cliente en particular? (Schaefer, 2005)

Todo modelo integrativo tiene un punto de partida: el de este reporte de experiencia es el de la Psicología Humanista. La Terapia de Juego Integrativa Humanista (Bratton *et.al*, 2011) abarca varias orientaciones teóricas como el enfoque centrado en el niño, la Gestalt, Terapia Existencial,

y es definido por la creencia en: a) el campo fenomenológico del niño; b) la tendencia natural del niño hacia el crecimiento, el dominio y la madurez; c) la capacidad del niño para la autoevaluación, la auto-regulación, auto-dirección, responsabilidad personal, y socialización; y d) la importancia de la relación entre el terapeuta-niño para facilitar el crecimiento del niño.

La terapia de juego integrativa Humanista es una combinación única de elementos no directivos y directivos. El establecimiento de la relación Yo-Tu de la terapia centrada en el cliente tiene una base no directiva, y permite establecer rapport y un ambiente de confianza entre el niño y el terapeuta. Posteriormente, el terapeuta utiliza habilidades directivas avanzadas en sesiones posteriores para facilitar una mayor conciencia sensorial y la expresión de las emociones.

1.1. SUSTENTO TEÓRICO Y CONCEPTOS BÁSICOS

Como se mencionó anteriormente, tres modelos constituyen la base del modelo de terapia de juego integrativa humanista: La psicoterapia Centrada en el Niño, la psicoterapia Gestalt y la psicoterapia Existencial. A continuación se presentan las generalidades y conceptos básicos de cada modelo, los cuales me permitieron tener una mayor comprensión acerca del niño y su proceso, y me sirvieron de sustento y guía en el análisis de las sesiones de juego.

A) TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO

“La terapia de juego es una oportunidad vital que se le ofrece al niño para que éste pueda expresar sus sentimientos y problemas, sus temores, su odio, su soledad, sentimientos de fracaso y desadaptación por medio del juego”

Virginia Axline

Virginia Axline (1975) fue la primera terapeuta en aplicar los principios de la terapia de centrada en el cliente desarrollada por Rogers (1951) para el trabajo psicoterapéutico con niños. Con la publicación de sus libros *“Terapia de juego”* (1975) y *“Dibs en busca del yo”* (1981) desarrolló los principios e ideas que sustentan a la terapia de juego centrada en el niño.

La terapia centrada en el niño se basa en la creencia de que todos los seres humanos tenemos una tendencia actualizante (Rogers, 1979), es decir, una fuerza inherente que conduce tanto a niños como a adultos hacia el desarrollo, el crecimiento, y el despliegue de su potencialidad. A través de la relación con el niño, el terapeuta de juego proporciona un entorno empático, congruente y aceptante, para que éste crecimiento se lleve a cabo.

Axline (1975) postuló que el cambio en los niños ocurre como resultado de la relación que establece con el terapeuta, y no como resultado de la aplicación de ciertas técnicas en específico. Siguiendo la misma línea, Landreth (2002) considera que el terapeuta debe servir como un espejo que refleje al niño y sus sentimientos, de tal manera que este último pueda tener una visión más clara y completa de sí mismo.

El supuesto básico de la terapia centrada en el niño es que el menor puede crecer y resolver sus propias dificultades emocionales, cuando se le proporciona un ambiente que genera crecimiento y se les da la oportunidad de expresarse libremente, utilizando las experiencias de juego y sus terapeutas para hacerlo (Landreth & Sweeney, 2005; Wilson, 2005). El éxito o fracaso de la terapia, de hecho, subyace en el desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica a través de la aceptación y entendimiento constante del terapeuta hacia el niño. Lo anterior crea una relación de seguridad que permite al niño sentir la libertad para expresarse y explorar dimensiones de sí mismo que por lo general no ha compartido con otros adultos.

Terapeutas de juego contemporáneos como Garry Landreth (2002), Daniel Sweeney (Sweeney y Landreth, 2009), Louise Guerney (1998), Risë Van Fleet (Van Fleet et al., 2010), y Wilson y Ryan (2005), han continuado refinando las ideas y estrategias de la terapia de juego centrada en el niño en su trabajo con sus clientes, brindando evidencia teórica y empírica acerca de la efectividad de esta modalidad terapéutica.

Landreth (2002), considerado como uno de los grandes seguidores del método de Axline, menciona que la terapia de juego centrada en el niño es un sistema terapéutico completo, no sólo la aplicación de algunas técnicas para construir relaciones de ayuda. Hace hincapié en que es una filosofía práctica

acerca de cómo nos podemos relacionar con los niños dentro y fuera del espacio terapéutico.

La terapia de juego centrada en el niño, pese a su simplicidad aparente, está sustentada por las diferentes teorías que conforman el enfoque centrado en la persona, así como por las investigaciones de sus teóricos actuales. Para este trabajo, pondremos especial interés en los principios que guían el trabajo psicoterapéutico con los niños (Axline, 1975), así como en la teoría de la personalidad, y la teoría de funcionalidad/disfuncionalidad que propone este modelo.

Según Landreth (2002), los constructos teóricos de la terapia de juego centrada en el niño no se relacionan con la edad, el desarrollo físico y psicológico o el problema que presenta el niño, sino con la dinámica interna del proceso de relación y descubrimiento que hace el menor del sí mismo en que es capaz de convertirse.

• **TEORÍA DE LA PERSONALIDAD**

Los terapeutas de juego centrado en el niño consideran que la estructura de personalidad del ser humano está conformada por: a) la persona, b) el campo fenomenológico y c) el self.

a) Persona

La persona (u organismo) constituye todo lo que el niño es. Se define como una totalidad integrada por aspectos físicos y psíquicos que conforman la estructura básica de la personalidad del niño: pensamientos, sentimientos y conductas, así como su respectiva fisiología. Para Rogers (1997), el organismo es el centro y lugar de toda experiencia, ya que

todos los procesos motivacionales, conductuales y valorativo-regulatorios tienen su origen en él. Desde esta noción, el niño existe en un mundo de experiencias que está en continua transformación y en el cual él es el centro.

Landret y Sweeney (1999) mencionan que la persona está en un proceso constante de desarrollo, y que por tanto, el niño es un sistema total organizado de tal manera que cualquier alteración en alguna parte produce cambios en otras. Los niños interactúan con su mundo personal de experiencias constantemente cambiante, y responden a él. En consecuencia, se da una interacción intrapersonal y dinámica continua en la que cada niño (persona), como sistema total, se esfuerza por materializar el sí mismo (self) en un ambiente determinado.

b) Campo fenomenológico

El campo fenomenológico es todo lo que el niño experimenta e incluye todo lo que sucede en una persona u organismo en un determinado momento, ya sea a nivel consciente, interno o externo.

El campo fenoménico, también denominado como "realidad subjetiva" o "marco de referencia individual", puede entenderse como el conjunto total de las experiencias (percepciones y significados), tanto simbolizadas como no simbolizadas. Actualmente se hace uso del término "*conciente*" para hacer referencia al conocimiento que la persona tiene de sí misma. El uso de "*consciencia*" se utiliza para referirse a contenidos de la experiencia no simbolizados

Landreth y Sweeney (1999) consideran que el campo fenomenológico "es la referencia interna que constituye la base para ver la vida", por lo que cualquier cosa que el niño percibe que ocurre es la realidad para el niño. De este modo, lo que el niño percibe en el campo fenomenológico asume una importancia primaria en contraposición con la realidad verdadera de los sucesos.

Axline (1975) considera que el comportamiento del niño está dirigido hacia la satisfacción de las necesidades que experimenta en su campo fenomenológico único que, para ese niño, constituye la realidad.

c) El sí mismo (self)

El concepto de "self" o "sí mismo" es quizás más importante para el desarrollo de la teoría de la personalidad propuesta por Rogers. Constituye ese aspecto diferenciado del campo fenomenológico que se desarrolla a partir de las interacciones que el niño tiene con los demás (Landreth, 2002; Rogers, 1991). La consecuencia de cómo perciban los otros la actividad emocional y conductual de un niño y, en consecuencia, la forma en que reacciona, comprenden la formación del concepto de "mi". Se trata de un proceso natural y continuo en el que los niños valoran positivamente las experiencias que desde su percepción los mejoran, y asignan un valor negativo a las que amenazan o no sustentan ni mejoran el sí mismo.

Generalmente al niño le gusta crecer y constantemente lucha por hacerlo. El niño crece tanto en experiencia como en la aceptación de sí mismo y de su propio mundo. A través de su interacción con el mundo va asimilando toda la información que se integra en una configuración única denominada "personalidad". A medida que avanza el desarrollo del niño,

una parte de su experiencia es simbolizada como conciencia de existir y funcionar. Esta parte del campo fenoménico se aísla y se unifica funcionalmente constituyéndose en el "self".

Rogers (1991) considera que el "self" es una configuración de experiencias y percepciones de uno mismo, expresadas simbólicamente como autoconcepto. Con base a las ideas de Karen Horney, Rogers reconoce dos tipos de "self": el "self real" y el "self ideal". El "self real" se refiere al concepto de sí mismo, tal como es percibido por el niño en un momento determinado. El "self ideal", por otro lado, representa aquello que el niño quisiera ser y que está formado por percepciones especialmente significativas e importantes para él.

- **TEORÍA DE LA ADAPTACIÓN/INADAPTACIÓN PSICOLÓGICA.**

Los objetivos de la terapia centrada en el cliente apuntan hacia un mayor grado de crecimiento de la independencia y de la integración del individuo. Su centro es la persona, no los problemas de la persona. Y su propósito no es solamente resolver problemas, sino acompañar al cliente en el proceso de crecimiento que lo conduce a un mejor afrontamiento de sus problemas.

Desde ésta perspectiva, no se habla de patología sino de "desajuste del self" ó "inadaptación psicológica". Rogers (1981) desarrolla sus conceptos de "inadaptación psicológica" sobre las siguientes bases:

- a. La anormalidad se presenta por la incongruencia entre la percepción del "yo" y el "yo real". Cualquier experiencia incompatible con la organización de la persona puede ser percibida como una amenaza, y cuanto más numerosas sean estas percepciones, más rígidamente se organizará la estructura de la persona para preservarse.

- b. La inadaptación psicológica se da cuando el organismo rechaza de la conciencia experiencias sensoriales y viscerales significativas.
- c. Una de las principales razones por las que se presentan las incongruencias (y en consecuencia anormalidades psicológicas) son los introyectos. La principal fuente de introyectos son las enseñanzas de tipo moral o religioso. Desarrollan fuertes sentimientos de culpa y pueden constituir el principio de la neurosis.

Axline (1975) explicó la diferencia entre un comportamiento bien ajustado y el comportamiento inadaptado de esta manera:

En cada individuo existen ciertas necesidades básicas que el organismo busca satisfacer. Cuando se alcanza una satisfacción relativamente plena, se dice que el individuo está bien adaptado. Por el contrario, cuando el esfuerzo por buscar esta tranquilidad de sus necesidades se encuentra impedido, toma caminos desviados para lograr la satisfacción y se dice que el individuo en este caso está mal adaptado. (Axline, 1975, pp. 22.)

Desde esta perspectiva, cualquier síntoma del niño podría considerarse constituye la expresión de una necesidad insatisfecha.

Investigaciones actuales (Mearns y Thore, 2000) han reformulado las ideas de Rogers y se pone de relieve la fluidez del proceso para responder a las circunstancias cambiantes. Consideran que el "trastorno" surge cuando la persona está bloqueada de forma crónica dentro de su propio proceso, de tal modo que el equilibrio homeostático no puede reconfigurarse para responder a las circunstancias cambiantes.

- **PRINCIPIOS QUE GUÍAN EL TRABAJO TERAPÉUTICO**

Axline propone 8 principios que guían el trabajo del terapeuta con los niños (1975), los cuales han sido revisados y ampliados por Landreth (2009):

1. El terapeuta se interesa en forma genuina con el niño y desarrolla una relación cálida y afectuosa.
2. El terapeuta experimenta una aceptación incondicional del niño y no desea que este sea de algún modo diferente.
3. El terapeuta crea una sensación de seguridad y permisividad en la relación, de modo que el niño se sienta en la libertad de explorarse y expresarse por completo.
4. El terapeuta es siempre sensible a los sentimientos del niño y refleja aquellos de forma tal que el menor desarrolle una mayor comprensión de sí mismo.
5. El terapeuta confía de manera plena en la capacidad del niño para actuar con responsabilidad, respeta siempre la capacidad del menor para resolver problemas personales y permite que él lo haga.
6. El terapeuta confía en la dirección interna del niño. Le permite ser el guía de todos los ámbitos de la relación, y se resiste a cualquier impulso por dirigir el juego o la conversación del menor.
7. El terapeuta entiende la naturaleza gradual del proceso terapéutico y no intenta apresurar el proceso.

8. El terapeuta establece sólo los límites terapéuticos necesarios para anclar la sesión a la realidad y que ayuden al menor a aceptar la responsabilidad de una relación personal y apropiada.

B) TERAPIA DE JUEGO GESTALT

"...Mi objetivo es ayudar al niño a darse cuenta de sí mismo y de su existencia en su mundo. Cada terapeuta encontrará su propio estilo para lograr el frágil equilibrio entre dirigir y guiar la sesión, por una parte, e ir con y seguir la línea del niño, por la otra. Cualquier sesión es una apacible y delicada fusión de lo que sucede dentro de usted, el terapeuta, y lo que sucede dentro del niño."

Violet Oaklander

La terapia Gestalt es una modalidad de terapia humanista, orientada a los procesos, que se interesa por el funcionamiento saludable e integral del organismo en su totalidad, involucrando los sentidos, el cuerpo, las emociones y el intelecto (Oaklander, 2005).

Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman son considerados los fundadores de este modelo de psicoterapia, el cual surge y se consolida con la publicación del libro "*Gestalt Therapy*" en 1951. A lo largo de su trabajo clínico, dichos autores elaboraron una síntesis coherente de diversas corrientes filosóficas, psicológicas, y metodológicas, constituyendo así una nueva "*Gestalt*" en la cual "*el todo es diferente de la suma de sus partes*". En dicha síntesis, se integran y desarrollan algunos principios básicos provenientes del Psicoanálisis, la psicología de la Gestalt, las teorías Humanistas, la terapia corporal Reichiana, así como de la fenomenología y el existencialismo.

A través del trabajo de Perls y sus colaboradores, se han desarrollado un gran conjunto de conceptos que subyacen a la práctica clínica de la terapia Gestalt, los cuales se relacionan con el desarrollo infantil saludable, así como con la psicopatología infantil. (Oaklander, 2005)

Violet Oaklander es considerada la pionera y principal exponente del trabajo gestáltico con niños. A lo largo de 32 años de práctica clínica, ha desarrollado un modelo único de trabajo con niños en el que combina la teoría, filosofía y práctica de la Terapia Gestalt con una variada mezcla de técnicas expresivas, supresivas e integrativas.

Durante su trabajo terapéutico, Oaklander observó una progresión natural del niño hacia el desarrollo de un sí mismo fuerte e integrado capaz de responder a sus necesidades. A dicha progresión la denominó "*proceso terapéutico*", el cual consta de los siguientes componentes (Esquivel, 2010; Mortola, 2006):

- ✓ Desarrollo de la relación
- ✓ Evaluación y establecimiento del contacto
- ✓ Fortalecimiento del self
- ✓ Trabajar la energía agresiva
- ✓ Favorecer la expresión emocional
- ✓ El trabajo de nutrición del self
- ✓ Centrarse en el proceso del niño
- ✓ Finalización de la terapia

Para Oaklander, el proceso de trabajo con el niño tiene un ritmo suave y fluido marcado por la interacción de lo que sucede dentro del terapeuta y lo que sucede dentro del niño. Este proceso no siempre es lineal, ya que el

terapeuta de juego tiende a ir hacia delante y hacia atrás dependiendo de las necesidades del niño. (Oaklander, 2009)

Para profundizar en el método Oaklander, a continuación se desarrollan los constructos teóricos básicos que habrán de tomarse en cuenta en el trabajo con niños (Oaklander, 2013/2005; Kottman, 2011; Esquivel, 2010; Carrol, 2009; Mortola, 2006)

- **Relación Yo-Tu**

Es la base del proceso terapéutico y puede, en sí misma, ser poderosamente terapéutica. (Oaklander, 2013). Este tipo de relación deriva de la obra de Martin Buber (1984), y comprende la reunión de dos personas que se encuentran en una relación horizontal, en donde ninguno superior al otro y ambos son iguales en derechos.

Cada sesión es un encuentro existencial en donde el terapeuta tal vez tenga metas u objetivos terapéuticos pero no expectativas acerca del niño o de su conducta. No necesita presionar o empujar al niño más allá de donde éste es capaz de ir. (Kottman, 2011)

Al relacionarse con el niño, el terapeuta de juego le da la oportunidad de experimentar su propio YO, sus propios límites, destacando así su sentido de sí mismo, su punto de vista, su manera de responder, y mejorando y fortaleciendo sus habilidades de contacto. El terapeuta se comporta lo más auténtico posible, de manera que no manipula, ni juzga, ni se hace expectativas acerca del niño.

- **Autorregulación orgánica**

Es el proceso natural que ocurre en el organismo con el objeto de llegar a su equilibrio homeostático (Robine, 2011). De acuerdo con los terapeutas Gestalt, cada organismo busca la homeostasis como una forma de mantener la salud, y hace uso de su proceso de autorregulación orgánica como una forma de satisfacer sus necesidades e integrar sus experiencias.

Cuando el niño se encuentra con dificultades como pérdidas, problemas familiares, o trauma, reacciona de diferentes maneras tratando de satisfacer sus necesidades y haciendo ajustes para mantener la homeostasis. Puede que dichos ajustes no restituyan el balance y el equilibrio, pero continuará buscando maneras de hacerlo. (Kottman, 2011)

- **Contacto**

En cada sesión el contacto es un asunto vital, existencial. Implica la capacidad de estar presente por completo en una determinada situación, con todos los aspectos vitales y disponibles del organismo (Oaklander, 2005). En la terapia de juego, el contacto implica la interacción con los materiales de juego y con el terapeuta. (Kottman, 2011)

Según Oaklander (2009), un contacto saludable implica varios factores, entre los que se encuentran: el uso de los sentidos, el cuerpo, la capacidad para expresar emociones y el uso del intelecto. También supone la capacidad para saber retirarse de manera apropiada en lugar de volverse rígido, una sensación de seguridad con uno mismo, y valentía para ser independiente.

El sano e ininterrumpido desarrollo de los sentidos, cuerpo sensaciones e intelecto de un niño es la base subyacente de su sentido del yo, y por tanto, de un buen contacto. Cuando el niño inhibe, bloquea o restringe cualquiera de

estas modalidades, no realiza un buen contacto. Se observa una fragmentación y no un funcionamiento integral, de tal manera que el sí mismo se debilita y pierde definición.

- **Resistencia**

Los niños presentan una serie de manifestaciones conductuales comúnmente llamadas "*resistencias*", como una manera de intentar lidiar, sobrevivir y hacer contacto con el mundo lo mejor posible. (Oaklander, 2009)

La resistencia es aliada del niño, es su manera de protegerse, y se expresa a través de inhibiciones, bloqueo en el contacto, represiones, restricciones en varios aspectos del organismo y/o en la disminución de la energía del niño de manera repentina. Ante dichas circunstancias, el terapeuta respeta y no fuerza al niño a ir más allá de sus capacidades. No obstante, sabe que más allá de este lugar de defensa hay un material muy importante para explorar y trabajar en sesiones posteriores, por lo que es su labor el encontrar los medios para que el niño mantenga algún contacto en una sesión ulterior

- **El cuerpo y los sentidos**

Desde el enfoque holístico de la terapia Gestalt, se presta atención al uso que hace el niño de su cuerpo. En el límite seguro del entorno terapéutico, los niños experimentan varias actividades para cobrar más conciencia de su cuerpo. Cada emoción tiene una conexión corporal, por lo que es importante que el niño preste atención a su cuerpo para descubrir que emoción está vivenciando.

- **Fortalecimiento del sí mismo (self)**

El fortalecimiento del sí mismo es un elemento clave dentro de la terapia Gestalt, ya que ayuda a los niños a desarrollar una sensación de bienestar y una percepción positiva con ellos mismos, así como la fortaleza interna para expresar emociones ocultas.

El terapeuta favorece el fortalecimiento del sí mismo a través de actividades que estimulen e intensifiquen el uso de los sentidos, que promuevan la conciencia corporal, que ayuden a definir el sí mismo, que impliquen la posibilidad de elección, que ofrezcan experiencias de dominio, o que les permitan a los niños experimentar el control. (Mortola, 2006; Oaklander, 2005)

- **Expresión emocional**

Una meta medular en la psicoterapia infantil consiste en ayudar a los niños a descubrir y expresar emociones bloqueadas (Oaklander, 2005). El terapeuta Gestalt hace uso de diferentes técnicas proyectivas expresivas y creativas entre las que se encuentran dibujar, hacer collages, jugar con arcilla, fantasear, imaginar, hacer teatro, interpretar música, contar historias, jugar con la caja de arena, emplear metáforas y diversos juegos.

Todo lo que el niño crea es una proyección de algo dentro de sí, o al menos algo que le interesa. De modo que si un niño cuenta una historia, seguramente contiene material que refleja su vida o quien es él, y expresa alguna necesidad, deseo, carencia o sentimiento que tiene.

- **Energía agresiva**

La energía agresiva es importante para el desarrollo del niño. A menudo se confunde con agresividad, sin embargo, la agresión en términos gestálticos denota a la energía que nos da el apoyo necesario para emprender una acción. Este tipo de energía es más que una sensación de poder interna: conlleva una acción que está por encima de ella.

La labor del terapeuta de juego se centra en ayudar a que los niños perciban esta energía desde un lugar sólido en su interior y a que se sientan a gusto con ella. El terapeuta de juego gestalt les ayuda a sentirse cómodos expresando su propio poder interior, enseñando a los niños a aprovechar y utilizar de manera apropiada su propia energía agresiva. (Kottman, 2011)

- **Autoformación**

La autoformación es un proceso en el que los niños se les ayuda a que aprendan a aceptar las partes de su persona que repudian o no les gustan de ellos mismos. El abordar estas características y los sentimientos que les generan ayudará a que el niño sea capaz de integrar mejor su personalidad y autoestima. Para Oaklander (2009) la aceptación de todas las partes de uno mismo, aún las más odiosas, es un componente vital de un desarrollo sano y no deteriorado. Es por ello que en el proceso terapéutico se enseñan a los niños habilidades para aceptarse, quererse, y tratarse bien a sí mismos.

- **Autocuidado**

Un paso vital en el proceso terapéutico es ayudar a los niños a que sean más receptivos, comprensivos, y activamente nutritivos consigo mismos. Según Kottman (2011), el desarrollo de habilidades de autocuidado ayuda a los niños

a lograr la auto-aceptación de manera integral y les enseña habilidades para cuidar de sí mismos y tratarse bien.

El primer paso del proceso de autocuidado implica desenterrar aquellas partes odiadas del yo. Aunque la fragmentación prevalezca, el niño tenderá a identificarse totalmente con cada una de esas partes. (Oaklander, 2009) Muchos niños, a medida que aumentan su sentido de sí mismo y su capacidad para cuidar de sí mismos, dejan de exhibir comportamientos negativos y otros síntomas.

- **Finalización de la terapia**

La finalización de la terapia es un aspecto muy importante del proceso y no puede tomarse a la ligera. Cuando el niño ha satisfecho sus necesidades y ha trabajado sus conflictos de acuerdo a su nivel de desarrollo, sobreviene un periodo de homeostasis y satisfacción que Oaklander denomina como "finalización". Desde este punto, el niño puede crecer y desarrollarse en forma sana.

A través de diferentes sesiones, se invita a los niños a revisar su progreso, celebrar sus cambios, y expresar sus sentimientos encontrados acerca de llevar esta importante relación a término. La última sesión representa un rito de paso, y es decisión del niño y el terapeuta el establecer como van a celebrar su último encuentro.

C) TERAPIA EXISTENCIAL EN NIÑOS

"No existe realidad o verdad para una persona viva, a menos de que participe, sea conciente de ella o mantenga una relación con la misma"

Rollo May

Históricamente la psicoterapia existencial tiene sus raíces en los trabajos de psicólogos y psiquiatras europeos del siglo XX, quienes con base en la fenomenología y la filosofía existencial, buscaron describir y comprender los conflictos y dilemas que los seres humanos enfrentamos debido al simple hecho de existir, tales como la libertad, la responsabilidad, la incertidumbre, el riesgo, la finitud, la muerte, la soledad y el sentido de la vida (Yalom, 2010). Sus ideas y conceptos han influido en el desarrollo de varias psicoterapias humanistas, tales como la terapia centrada en el cliente y la terapia gestalt, las cuales a su vez han permitido el desarrollo de diferentes modelos de trabajo con los niños (Axline, 1948; Landreth, 2002 ; Oaklander, 2009).

La psicoterapia existencial contempla al ser humano como un ser en proceso constante de desarrollo y evolución. Su postulado básico expresa que el hombre no es una esencia sino una existencia (Sartre, 2003), ya que se define y constituye cada día como parte de su enfrentamiento a las circunstancias que lo rodean. También considera que la persona se encuentra en constante relación con su medio, ya que es vista como ser-en-el-mundo (Heidegger, 1927), lo cual implica que su existencia se vea constantemente enfrentada a circunstancias que le exigen respuesta, y en consecuencia, una toma de decisiones.

En cuanto a la posibilidad de un abordaje existencial con niños, existen muchas controversias, ya que hay autores quienes plantean que los niños

están centrados en temas más concretos y que carecen de las habilidades cognitivas avanzadas a menudo asociadas con el sufrimiento existencial. (Attig, 1996). Por otro lado, hay quienes consideran que el niño a cualquier edad puede entender las nociones básicas de dichos dilemas. (Kastembaum y Aisenberg, 2000). No obstante dichas polémicas, es evidente que los niños al avanzar su desarrollo cognitivo comienzan a manifestar curiosidad y preguntarse acerca de cuestiones básicas de la vida y de la existencia, elaborando así sus primeros conceptos de la vida y de la muerte. Ante dichas preocupaciones, los padres generalmente reaccionan minimizando el tema o negándolo debido a las dificultades que encuentran para dar una explicación sencilla a temas tan profundos.

En relación a la psicoterapia infantil, encontramos que la psicoterapia existencialista es muy útil como modelo de intervención en casos en donde el niño se ve confrontado a situaciones de crisis relacionadas con la con la violencia, el abuso, la enfermedad o la muerte (Boyd, 2007). Contrariamente al mito de que la infancia es un período de inocencia y de juego sin preocupaciones, observamos que las crisis y eventos traumáticos son omnipresentes en la vida moderna y afectan a personas de todas las edades. En dichos casos, el niño necesita elaborar y encontrar sentido a sus experiencias, liberándose de las barreras internas que dificultan vivir una existencia totalmente actualizada.

Asimismo es posible observar la influencia de este modelo en la Terapia Centrada en el Niño y la Terapia Gestalt, los cuales retomaron algunos de sus conceptos y de sus temas fundamentales en el trabajo con niños, tales como: la relación yo-tú, la responsabilidad, la elección, la experiencia y la conciencia. Debido a que estos conceptos fueron desarrollados en los apartados anteriores, no se ahondará en ellos en este capítulo.

Uno de los psicólogos que más ha trabajado la terapia existencialista en niños es Chris Scalzo (2011), quien tiene una obra detallada en la que puntualiza algunos principios existenciales en el trabajo con los niños. Con el objetivo de ampliar el abordaje existencialista en niños abordaré algunos de ellos:

- Desde un punto de vista existencial, el niño es un ser-en-el-mundo, y por tanto, no puede existir de manera aislada sin el contacto con los otros. Cada relación que el niño establece le ofrece la oportunidad de entenderse y definirse en una situación en particular. En cada relación y en cada nuevo contexto el niño cambia y es diferente a como era antes. Dentro del contexto terapéutico, cada encuentro entre el terapeuta y el niño es único y especial, debido a que revela algo del niño en ese momento, por lo que el terapeuta debe esforzarse por encontrar que de nuevo, único y especial está mostrando el niño en su relación con él.
- Dentro de la terapia existencial, el objetivo es entender y no interpretar. Tampoco busca una verdad objetiva o esencial. Se asume que no hay una sola realidad sino diferentes puntos de vista. Es por ello que se hace uso del método fenomenológico para acercarnos más a las experiencias del niño, lo cual permite, poner entre paréntesis los valores personales, las suposiciones, las preferencias o prejuicios sobre lo que es relevante en una situación en concreto. A esta práctica se le conoce como Epoché (Martínez, 2011) y permite al terapeuta distanciarse de su forma habitual de pensar y sentir, para así poder vivenciar con la menor interferencia posible lo que emerge en la relación con el niño.
- La terapia existencial coloca la mirada primero en la relación y no en la persona. Una relación intersubjetiva crea posibilidades y, por lo tanto, elecciones. A medida que cada niño se desarrolla una mayor comprensión de la relación que se ha establecido a través del contexto de la terapia,

pueden entonces tomar conciencia de sus propias decisiones, responsabilidades, y, en última instancia, su libertad.

- La psicoterapia existencial coloca de manera fundamental el valor en el proceso que en el contenido. Lo que dice un niño en terapia no tiene tanta importancia sino cómo lo dice y que es lo que implícitamente se revela en lo que dice.
- El juego constituye un medio a través del cual el niño puede procesar y comunicar sus pensamientos, sentimientos y su mundo interno. El juego constituye el lenguaje interno y el externo a través de la cual los niños se presentan en su experiencia. El juego facilita la comunicación entre el terapeuta y el niño. Cada personaje que el niño adopta es una representación de una parte de él mismo en ese momento.
- El contexto en el que un niño llega en la terapia puede ser visto como una narrativa. Dentro de esta narración se lleva implícito un mensaje que comunica algo de las circunstancias del niño y de la manera en que es visto por sus padres. Las impresiones iniciales pueden tener el terapeuta acerca del niño y el diálogo que se desarrolla durante las sesiones también forma parte de dicha narrativa.
- Como seres que viven en el mundo, cada niño está constantemente tomando decisiones y relacionándose con su medio ambiente con el fin de hacer frente al mundo de la que forman parte. Desde esta perspectiva podríamos decir que los niños se definen a sí mismos por sus acciones y elecciones. Cuando se trabaja con un niño, es posible fomentar la reflexión y el conocimiento de sus circunstancias, y por lo tanto, la conciencia de las decisiones que se están haciendo. El terapeuta infantil amplía la conciencia del niño al ofrecer opciones y diferentes formas de

ser, a fin de que este pueda elegir y responsabilizarse por las decisiones que toma.

1.2. EL PROCESO DE LA TERAPIA DE JUEGO

El juego constituye un medio de expresión natural, experimentación, y aprendizaje en general del niño. Es un medio que facilita la expresión de sentimientos, frustraciones y ansiedades, y que brinda la oportunidad de manejar las emociones del niño desde una perspectiva diferente. (Esquivel, 2010).

Según Landreth (2002), la terapia de juego es un abordaje estructurado, basado en la teoría, que se construye sobre los procesos comunicativos y de aprendizaje de los niños. En la terapia de juego, los juguetes son las palabras del niño y el juego su lenguaje.

Antes de iniciar las sesiones de juego, es importante que el terapeuta diseñe las condiciones físicas necesarias para el trabajo con los niños. Estas consideraciones incluyen el tipo de espacio y el tipo de juguetes incluidos, los cuales se detallaran en el capítulo tres, al describir el escenario y los materiales empleados en la intervención con "Edgar".

En relación al proceso terapéutico, se parte de una visión holística y humanista, en donde el niño es visto como un ser creativo en constante crecimiento y capaz de guiar conscientemente su comportamiento desarrollando su máximo potencial para satisfacer sus necesidades como un ser único e irrepetible. De ahí a que el trabajo psicoterapéutico no se ocupe exclusivamente del síntoma, es decir, no se trata de una terapia que sólo se enfoque en curar la agresividad, los berrinches, o el llamado "*mal comportamiento*", sino que se busca favorecer el desarrollo integral del niño, el autodescubrimiento, y crecimiento personal. El síntoma constituye sólo una manifestación de que "*algo ocurre*", de que la tendencia al crecimiento sano

está bloqueada debido a que ciertas necesidades del niño no están siendo satisfechas.

Para que dicho cambio se efectúe es necesario que se den ciertas condiciones. Desde el enfoque humanista, gestáltico y existencial, la base para dicho proceso reside en la relación yo-tu, noción derivada de los escritos de Martin Buber (1984). En esta relación única, en donde la naturaleza única y la individualidad del niño es apreciada y aceptada, el niño experimenta el permiso para ampliar los horizontes de la misma de acuerdo con el grado de aceptación sentida y comunicada por el terapeuta, manifestándolo en etapas identificables de cambio en el proceso de terapia de juego en desarrollo (Landreth, 2002)

Desde el enfoque humanista, existen varios autores que han hablado acerca del "*proceso de cambio*" en los niños como resultado de la terapia de juego (Oaklander, 2006; West, 2000; Moustakas, 1997). La mayoría de estos autores concuerda en que el niño atraviesa por una serie de etapas o "*momentos de movimiento*" (Rogers, 1956) las cuales no siempre se presentan de manera lineal y ordenada sino que suelen variar en su ocurrencia. En algunas ocasiones, puede ser que las etapas se repitan o se presenten nuevamente con algunas variaciones cuando el niño necesite trabajar aspectos adicionales de su mundo interno. Asimismo, concuerdan en que el establecimiento de la relación constituye parte medular del proceso terapéutico.

Oaklander (2006) no habla de etapas del proceso terapéutico sino más bien de componentes, ya que considera que el movimiento hacia el cambio no se da de manera lineal. Considera que una vez que se trabajan con dichos componentes, las conductas inapropiadas que han traído a los niños a terapia disminuyen o desaparecen. Dichos componentes son:

- ✓ Desarrollo de la relación
- ✓ Evaluación y establecimiento del contacto
- ✓ Fortalecimiento del self
- ✓ Trabajar la energía agresiva
- ✓ Favorecer la expresión emocional
- ✓ El trabajo de nutrición del self
- ✓ Centrarse en el proceso del niño
- ✓ Finalización de la terapia

Por otro lado, Janet West (2000) considera que el proceso terapéutico no se desarrolla de manera automática sino depende, en parte, de la relación de trabajo, que se conoce como alianza terapéutica, que se forja entre el niño y el trabajador. Es más probable que surja la alianza terapéutica cuando el terapeuta de juego responde de manera consistente y sensible a los sentimientos del niño, acepta la actitud de este, y transmite una creencia constante y sincera con respeto hacia el niño.

Según esta autora, la terapia de juego infantil comúnmente pasa por varias etapas, las cuales nos ayudan a medir el progreso del niño. Estas pueden resumirse brevemente de la siguiente manera:

1) Primera etapa:

1. El niño recorre todo el lugar
2. Comienza a surgir el foco de intervención: El niño presenta los "problemas" a través de temas de juego con frecuencia de forma imperfecta, aún desarticulada

2) Segunda etapa (etapa media)

3. Ambivalencia: Los temas de juego se desarrollan, con el inicio del surgimiento de soluciones y decisiones de manera fragmentada e irregular. En este momento, por lo general se informan mejorías en algunos aspectos en la vida exterior del niño, pero éste puede encontrarse vacilante respecto a sus sentimientos y afectos.

3) Etapa final

4. Aproximación más realista hacia la vida: Muestra análisis constructivos de los temas de juego; la naturaleza del juego y la relación del niño con el terapeuta se vuelve más apropiada a la edad y la conducta del pequeño en el mundo exterior, se muestra más realista.

Finalmente, Moustakas (1997) observó en diversas investigaciones que los niños en terapia de juego progresan a través de una serie de etapas a lo largo del proceso terapéutico. Dicho autor menciona que dichas etapas no siempre son estrictas en la práctica y a veces es difícil diferenciarlas a pesar de la conclusión satisfactoria de la terapia de juego; sin embargo, son lo suficientemente útiles para requerir atención cuidadosa.

- Etapa 1: La conducta del niño es profusa, difusa, por arriba del límite, o inhibida, dirigida de manera apropiada e inapropiada. El niño quizá haya perdido contacto con su propio yo real y la intranquilidad puede ser general, indiscriminada, o estar desvinculada de la persona, o ambas situaciones provocaron los problemas. La tarea terapéutica consiste en formar la alianza terapéutica.

- Etapa 2: El niño expresa sus sentimientos de enojo y temores en cosas o personas definidas, fuera de ellos mismos. Al principio quizá sea el terapeuta de juego quien reciba el impacto total, porque el niño confía lo suficiente como para someterlo a prueba de tal manera. Posteriormente, es común que los niños también tengan el valor de poner a prueba su enojo o temor en la casa o en la escuela. Puede parecer que el comportamiento del niño empeora, ya que el surgimiento de temores y enojo puede ser intenso, sin embargo, a medida que los niños expresan y liberan sus sentimientos negativos en formas directas, y el terapeuta de juego acepta estas expresiones, ya no están a merced de estos sentimientos atemorizantes que entonces se vuelven menos insistentes. Mientras más expulse sus sentimientos de enojo y más los acepte el terapeuta de juego, el niño estará más capacitado para sentirse bien internamente como una persona valiosa.
- Etapa 3: En este momento llega la construcción de sentimientos positivos. A medida de que los niños se convencen de que son valiosos, "buenos" internamente y que se les acepta, ya no son tan negativos todo el tiempo en la expresión de sus sentimientos. Esta es una etapa de ambivalencia aguda en la que los niños pueden llegar a odiar y amar al objeto al mismo tiempo. Asimismo los niños someterán tentativamente a prueba los sentimientos buenos de amor y confianza pidiéndoles cosas a las personas importantes en su vida. Estos sentimientos ambivalentes en ocasiones son de intensidad grave al principio pero, cuando se expresan una y otra vez en la relación terapéutica, se calman.
- Etapa 4: En esta etapa el niño expresa sentimientos positivos y realistas de modo más fuerte, desarrollando una relación más apropiada a su edad con el terapeuta de juego. A través de las primeras tres etapas el terapeuta de juego aceptó de manera consistente y completa al niño, sin

importar que tan atroz sea. Así, para este momento el niño ya introyectó una buena imagen paterna de parte del terapeuta y siente una buena autoimagen interna. En esta etapa, el niño se adapta a la realidad y ve a las personas como son, ya que son capaces de aceptar sus faltas y deficiencias sin una ansiedad indebida. Asimismo tienen mejor capacidad para tomar decisiones apropiadas, para aceptar alguna auto-responsabilidad, reconocer sus sentimientos y responder ante ellos.

1.3 APLICACIONES CLÍNICAS Y SUSTENTO EMPÍRICO.

La terapia de juego ha sido reconocida como *“la modalidad más popular de terapia infantil en la práctica clínica”* (Reddy, Files-Hall, y Schaefer, 2005). Durante los últimos años ha sido objeto de críticas sobre si hay evidencia científica que soporte la eficacia de este tipo de terapia (Phillips, 2010), por lo que dedico un apartado especial para revisar el sustento empírico de este enfoque.

Dentro del campo de la investigación, se han hecho diversos estudios de caso (Le Vieux, 2005; Landreth, Sweeney, Ray, y Glover, 2005; Axline, 1948) en donde se ha demostrado la utilidad de la terapia de juego en diferentes tipos de trastornos. Sin embargo, los estudios que más validez muestran son aquellos en donde se han investigado los efectos de la terapia de grupo y de la terapia filial.

Reddy, Files-Hall, y Schaefer (2005) reflexionan que en las pasadas dos décadas ha habido un incremento de estudios bien diseñados y controlados en la intervención con terapia de juego. En 2010, un artículo publicado por el Dr. Phillips (2010) puso en controversia la validez de la terapia de juego al aseverar que *“para la mayoría de la terapia de juego no existe un cuerpo de evidencia científica válida”* (pp 13.).

A raíz de estas críticas, varios autores, principalmente la Dra. Sue Bratton y el Dr. Dee Ray, han incrementado sus investigaciones desarrollando meta-análisis que dan sustento a la terapia de juego (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005; Bratton y Ray, 2002; Bratton y Ray, 2000)

La mayoría de las investigaciones recientes en el campo de la psicoterapia de juego (Anexo Tabla 1) se centran en la terapia de juego centrada en el niño

y en la terapia filial. Dicha evidencia sustenta la eficacia de la terapia centrada en el juego en niños con educación especial, en niños que han experimentado desastres naturales, en niños con problemas de conducta, con dificultades de lenguaje, en niños que muestran síntomas de TDAH, con problemas de autoestima, dificultades académicas, niños con problemas de agresividad, y víctimas de violencia. (Kottman, 2011).

No obstante el aumento de evidencias empíricas, Schaefer (1998) considera que a pesar de que hemos creído en la eficacia de la terapia de juego, los terapeutas de juego no hemos desarrollado suficiente evidencia empírica para convencer a otros de que la terapia de juego, constituye un modelo eficaz para el tratamiento de diferentes problemas de la infancia. Lo anterior constituye un problema y a la vez un desafío para los terapeutas de juego, y seguramente un tema de muchos debates en los futuros años.

CAPÍTULO 2 . EL NIÑO Y EL DUELO

2.1. EL NIÑO FRENTE A LAS PÉRDIDAS

"Todo cambio implica una pérdida, del mismo modo que cualquier pérdida es imposible sin el cambio"

Robert Neimeyer

Ante la incertidumbre de la vida podemos estar seguros de una sola cosa: viviremos momentos muy felices pero también habremos de experimentar y vivir distintas pérdidas. De cómo las enfrentemos se determinará la calidad de nuestra vida, y de cómo aceptemos el hecho de nuestra fragilidad mortal dependerá el tener, o no, un proyecto de vida aterrizado. (Pérez, 2011).

Las pérdidas son parte inherente de todo ser humano, y eso incluye a niños, jóvenes, adultos y ancianos. Constituyen experiencias que todas las personas hemos experimentado (y habremos de experimentar) en mayor o menor medida en algún momento de nuestras vidas. Desde el momento del nacimiento comenzamos la vida con nuestra primera pérdida: la pérdida de la comodidad y la dependencia absoluta de nuestra madre, para después podernos ir adaptando a la vida, a los cambios, e ir creciendo de manera independiente.

En general las pérdidas constituyen "*experiencias de cambio*" que nos llevan a un "*periodo de ajuste*", ya que cuando ocurren dejamos de poseer algo que nos es importante y necesario. Cuando las cosas se van sin nuestro consentimiento o en contra de nuestros deseos, es entonces cuando hacemos referencia a una pérdida y es cuando ésta nos aflige y genera sufrimiento, por lo que necesitaremos aprender a vivir nuestra realidad sin nuestro objeto de apego.

En éste periodo también será importante ponernos en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que genera. También será de vital importancia reconocer y aprender a poner en marcha nuestra capacidad para afrontar lo negativo y lo positivo que viene ahora en el presente y el futuro de nuestra existencia. Desde una perspectiva humanista, es importante reconocer el aspecto doloroso de la pérdida, y a la vez, reflexionar acerca de los aspectos positivos que nos puede dejar. (Pérez, 2006)

Las pérdidas son un fenómeno tan amplio que no sólo incluyen separaciones y adioses a los seres queridos, sino también las pérdidas concientes e inconcientes de nuestros sueños, de nuestras esperanzas irrealizables, nuestras ilusiones de libertad, de poder, de seguridad, así como la pérdida de nuestra juventud, de aquella individualidad que se creía para siempre ajena a las arrugas, invulnerable e inmortal (Viorst, 1990). Generalmente, las pérdidas se acompañan de una sensación de despojo, un sentimiento de inestabilidad, desorganización, de haber sido afectada la garantía de protección, etc.

Como mencionaba en un inicio, los niños no son ajenos a las pérdidas y al dolor. A lo largo de su desarrollo experimentan la muerte de sus abuelos, sus vecinos y sus mascotas. En algunos casos también experimentan la muerte de sus amigos, padres y sus hermanos. En casos extremos, un menor puede verse expuesto a situaciones límite, que lo llevan a enfrentarse con su finitud, con el miedo, la muerte y la toma de decisiones trascendentales (Ej. niños en situaciones de guerra o de desastre).

Una pérdida, sin importar lo que haya sido, lleva al niño a vivir un duelo. Si el niño ya perdió su objeto de afecto, se dice que se encuentra en un "duelo en proceso". Si aún no ha llegado ese momento, el niño vive un "duelo

anticipatorio”, como cuando tiene algún familiar con un diagnóstico de enfermedad terminal (Pérez, 2011). El diagnóstico de la enfermedad terminal no es la sentencia de pérdida, sin embargo, a partir de él el niño comienza a perder varias cosas, entre ellas, el pensamiento mágico de que la muerte o el dolor es algo que le ocurre a otras personas.

El duelo, del latín *dolus*: dolor, puede definirse como el proceso de adaptación emocional que atraviesa una persona tras sufrir algún tipo de pérdida. Su principal función es elaborar el impacto de la pérdida y adaptarse a la nueva situación (Payás, 2010).

El duelo constituye una reacción natural ante la pérdida de una persona, evento u objeto significativo, e incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. (Gómez-Sancho, 2004). La intensidad y duración del duelo depende de muchos factores: tipo de muerte (esperada o repentina, apacible o violenta), la intensidad del vínculo con el fallecido, el tipo de relación con la persona perdida (dependencia, conflictos, ambivalencia), la edad, etc.

El duelo es un proceso, y no un estado, en el que la persona atraviesa por una serie de fases y tareas que conducen a la superación de dicho proceso (Worden, 2010). Es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo y, aunque es una experiencia muy individual que cada persona vive de manera distinta, presenta algunos aspectos en común.

La observación de los rasgos similares del duelo en distintos momentos y en distintas personas ha permitido a los investigadores crear modelos que permitan describir las características sobre como los dolientes experimentan sus pérdidas significativas. De ésta manera se han propuesto diversos modelos explicativos del proceso del duelo: psicoanalíticos, psicosociales,

cognitivos, constructivistas e integrativos. (Freud, 1915; Bowlby; 1998; Kübler-Ross, 1975; Rando, 1984; Neimeyer, 2002; Barreto; 2007; Nomen, 2008; Worden, 2010; Payás, 2010).

Pese a las diferencias de las propuestas de dichos autores, en términos generales se habla que en el proceso de duelo hay un primer momento de gran impacto emocional, negación o shock, en el que a la persona le es difícil aceptar la triste realidad. Posteriormente, se habla de estadios intermedios en donde ocurren diferentes tipos de manifestaciones: desorganización, desesperanza, ira, culpa, depresión, etc. Finalmente aparece una etapa en la cual aparece la reorganización y la aceptación de la pérdida.

En el niño, las características de este proceso están condicionados por varios factores:

- La edad del niño y sus capacidades cognitivas y emocionales.
- El estado de salud del niño en el momento de la pérdida.
- La naturaleza de la relación que tenía con la persona fallecida.
- La calidad del acompañamiento y de los recursos externos de los que disponga durante su duelo.

Todos los niños en duelo, no importa cuál sea la causa, requerirá apoyo de su familia y medio ambiente. La naturaleza de ese apoyo dependerá de las necesidades y sus circunstancias. (Kennedy, C., et al, 2008).

Durante el duelo, el niño necesita que le den la oportunidad de vivir y expresar cada una de las emociones experimentadas en el momento, cuando están ocurriendo, y no evitarlas ni negarlas. Para lograr dicho fin se requiere que el terapeuta infantil muestre autenticidad, aceptación positiva incondicional y la empatía hacia el niño, siendo estas las condiciones

necesarias y suficientes para que se lleve a cabo una terapia exitosa (Rogers, 1990). De esta manera, el niño podrá elaborar su duelo en tanto se le proporcione un ambiente emocional para simbolizar lo ocurrido. Así, cuando el niño transforma sus emociones en sentimientos y los hace conscientes, puede explorarlas, reconocerlas y aceptarlas, sobre todo cuando son emociones desagradables como la tristeza.

2.2. MITOS ACERCA DEL DUELO EN EL NIÑO

Los mitos son narraciones utilizadas para explicar y entender nuestro entorno y de este modo dar sentido a nuestra existencia. En el duelo, existen algunos mitos para entender como el niño confronta sus experiencias frente a la muerte y el sufrimiento. Los mitos más frecuentes (Kroen, 2011; Darrel, 2008) acerca del duelo en el niño son:

1 . Los niños no se afligen ante la pérdida cuando llegan a una cierta edad.

Los niños se afligen y lloran a cualquier edad. Las formas en que se manifiesta el dolor ante la pérdida, como hemos revisado, varía en función de la edad del niño, el desarrollo y experiencias de vida.

2. Los niños superan las pérdidas rápidamente.

Nadie se sobrepone una pérdida significativa. Tanto los niños, como los adultos, aprenden a vivir con la pérdida, revisando esa pérdida en los diferentes puntos en su desarrollo. En realidad, el duelo es un proceso y mientras los niños crecen y se desarrollan van descubriendo e incorporando nuevos factores relacionados con la pérdida.

3. La muerte de un ser querido es la única pérdida importante que los niños experimentan

Los niños experimentan a lo largo de su desarrollo varios tipos de pérdidas, entre las que se encuentran, las pérdidas propias de su crecimiento, las pérdidas de sus mascotas, las pérdidas de sus sueños, las pérdidas causadas por algún tipo de traumatismo y las pérdidas debido a la enfermedad y/o la muerte.

4. Se debe de proteger a los niños ante las pérdidas debido a que son demasiado pequeños para experimentar el dolor.

Por mucho que queramos proteger a los niños de la pérdida, es imposible. Es importante ofrecer apoyo a los niños que experimentan una pérdida inevitable y modelar formas sanas de adaptación a la pérdida. Se requiere incluir a los niños en el duelo en lugar de excluirlos. La exclusión sólo aumenta los temores y sentimientos de resentimiento e impotencia.

5. Los niños no deben ir a los funerales

Los niños deben tener la opción de decidir si desean participar en los rituales funerarios de sus seres queridos. Si deciden asistir, necesitan información, opciones y apoyo por parte de sus cuidadores. Si no, es importante apoyar al niño para que realice algún ritual personal de despedida.

6. Las pérdidas dejan heridas permanentes y dolorosas en los niños

La mayoría de las personas, incluidos los niños, son resilientes. Aunque las primeras pérdidas significativas pueden afectar el desarrollo, el apoyo sólido

y fuerte continuidad de la atención pueden ayudar a los niños a que afronten sus pérdidas.

El sufrimiento es una respuesta normal a la muerte de un ser querido. La mayoría de los niños y niñas que reciben apoyo y sienten que sus sentimientos y sus experiencias son validadas, tienden a desarrollarse normalmente. Si, la pérdida produce una herida emocional que el niño aprende a sanar y vivir con ella.

7. Hablar con los niños es el enfoque terapéutico más eficaz para hacer frente a la pérdida.

Hay mucho valor en la comunicación abierta con los niños. Sin embargo, también hay un gran valor en el uso de métodos que permitan a los niños otras formas creativas de expresión. El juego, el arte, la danza, la música, y el ritual son ejemplos de los modos de expresión creativa que los niños pueden utilizar para expresar el dolor y adaptarse a la pérdida.

8. El tiempo lo cura todo, y también el dolor de los niños.

Este dicho no se aplica a los niños que sufren la pérdida por la muerte de un ser querido. El paso del tiempo ayuda a calmar la intensidad del dolor y desdibujar los recuerdos, pero en si mismo no es curativo.

2.3 LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE EN EL NIÑO

A pesar de los esfuerzos de los adultos por evitar que los niños conozcan la muerte, los niños toman conciencia de ésta mucho antes de que nos demos cuenta, y están expuestos a ella diariamente por medio de las historietas, los dibujos animados, las películas, los programas televisivos, los videojuegos e incluso los libros, los cuales están llenos de diversas imágenes relacionadas con la muerte. En algunos otros casos, los niños ya tienen experiencias más directas a la muerte porque han vivido la pérdida de una mascota o de un miembro de la familia.

Cada niño, a cualquier edad, tiene su propio concepto de la muerte. En general, los niños van a comprender y a reaccionar de diferentes maneras ante la muerte, dependiendo de su desarrollo cognoscitivo, su desarrollo emocional, su personalidad, su educación, su capacidad de conceptualizar, su personalidad, su educación, su entorno social, su cultura, y sus experiencias previas con la muerte. Por otra parte, el estilo de comunicación y las actitudes que la familia posea para afrontar la muerte también influirán en la adquisición del significado y abordaje que el niño pueda ir haciendo sobre la muerte.

Jean Piaget (1975), psicólogo evolutivo, ha demostrado que los niños pequeños carecen de la capacidad para el pensamiento abstracto. Los conceptos de irreversibilidad, universalidad y cese de las funciones por lo general se desarrollan en el momento en que los niños avanzan del pensamiento preoperacional al de las operaciones concretas.

Otros investigadores que han observado muy cerca el mundo infantil, como Kastembaum y Aisenberg (2000), han concluido que el niño, independientemente de si posee o no la capacidad intelectual para ello, capta

lo esencial de la muerte, y conforme crece va desarrollando poco a poco una conciencia y comprensión más amplia de misma.

Actualmente, diversos estudios revelan que los niños atraviesan por una serie de etapas en el entendimiento de la muerte (Pearlman, D'Angelo, y Cloire, 2010). La comprensión de la muerte constituye un proceso largo y emocional, en donde el niño va asimilando aspectos clave sobre la muerte en función de la etapa evolutiva en la que se encuentre.

El concepto de muerte se ha definido de diferentes formas, pero en términos biológicos, se considera como el cese irreversible o permanente de las funciones vitales del organismo (Kübler-Ross, 2005)

En general, todos los niños y adolescentes deben comprender cuatro conceptos clave sobre la muerte para poder construir un significado de lo que ésta representa y poder afrontar su dolor y elaborar lo sucedido de la forma menos confusa posible. Estos conceptos son (Cid, 2012):

1. *La muerte es universal.* Todos los seres vivos mueren.
2. *La muerte es irreversible.* Cuando morimos no podemos volver a estar vivos nunca.
3. *Todas las funciones vitales terminan completamente en el momento de la muerte.* Cuando morimos el cuerpo ya no funciona.
4. *Toda muerte tiene un porqué.*

Es de vital importancia saber cómo va adquiriendo el niño el concepto de muerte y de "estar muerto" a lo largo de su desarrollo evolutivo. Es importante saber qué entiende, qué se pregunta y con qué fantasea a cada edad, para poder ayudarle a que se aproxime a esta realidad de una manera veraz y menos angustiada.

A continuación se presenta un resumen de las reacciones normativas de los niños ante la muerte a través de diferentes edades, basada en observaciones clínicas e investigaciones al respecto (Pearlman, et.a, 2010; Cid, 2012):

- a. 0 a 2 años: Los niños no han desarrollado su capacidad cognitiva para entender la muerte. Desconocen el concepto de muerte, sin embargo perciben la ausencia de su padre o madre. Son capaces de responder a cambios de rutina, de cuidadores y al caos familiar exhibiendo conductas como confusión, ansiedad de separación, aumento del llanto, berrinches y desesperación.

- b. 3 a 5 años: Apoyados en su pensamiento mágico y egocéntrico, los niños de edad pre-escolar creen que la muerte es temporal y reversible, y la equiparan al acto de dormir. Ésta creencia está reforzada por los personajes en dibujos animados que se "*mueren*" y "*reviven*" otra vez. Perpetúan la relación a través de rezos, cartas y conversaciones con el fallecido. En este sentido, quien ha fallecido "*está en el cielo*", y por lo tanto desean escribir y visitarle.

A esta edad, la imagen que tienen los niños del mundo es muy literal. Por lo tanto, deberá explicarles la muerte (un concepto abstracto) utilizando un lenguaje muy concreto.

Quiere saber cosas específicas acerca de la muerte. Pueden preguntar "*¿por qué?*" y "*¿cómo?*" se produce la muerte. Son frecuentes las preguntas: *¿qué quiere decir "muerto"?, ¿por qué el doctor no puede arreglarlo?, ¿A dónde se fue la tía María cuando murió?, ¿Dónde está ahora?, ¿Puede comer?, ¿Cómo respira debajo de la tierra?, ¿Va al baño?*,

¿Me escucha?, ¿Cómo puede estar al mismo tiempo en la tumba y en el cielo?". ¿Cómo llegó allí?, ¿Puedes hacer que viva de nuevo?, etc.

El niño en edad pre-escolar puede sentir que sus pensamientos o acciones han provocado la muerte y, o la tristeza de quienes lo rodean, y puede experimentar sentimientos de culpa o vergüenza.

- c. 6 a 8 años: Los niños empiezan comprender que la muerte es algo definitivo, incluso aunque no entiendan que esto le ocurrirá a todos los seres vivos algún día.

Aunque la muerte puede ser personificada como un ángel, un esqueleto o un fantasma, este grupo etéreo ya comienza a comprender la muerte como "permanente" e "inevitable".

La muerte se interpreta como un castigo, es como un "personaje" que te atrapa. En este sentido, logran identificarla como un hecho irreversible pero no universal, o sea no afecta a todos.

Ante la muerte, es frecuente que se cuestionen que tan segura es la vida, y por lo tanto, suelen surgir preguntas como "¿Tú también te vas a morir?". A esta edad hacen preguntas que pueden parecer morbosas a los adultos y que pueden motivar la consulta médica: "¿Me puedo quedar con la tele del papá?, ¿Y que pasa con el cuerpo?, ¿Se pudre?, ¿Y cuanta sangre le salió?".

También pueden hacer preguntas más personales como: ¿Cuándo morirás?, ¿Cuándo moriré yo?

- d. 9 a 12 años: Desarrollan un entendimiento más realista de la muerte. Se adquiere la concepción adulta de la muerte; final, irreversible y universal.

Pese a que comprenden el proceso biológico de la muerte, la viven como un hecho lejano para ellos y como un castigo por malos comportamientos.

Pueden manifestar mucha curiosidad sobre el proceso físico de la muerte y qué ocurre después de que una persona muere. Es posible que debido a esta incertidumbre los niños de este grupo teman su propia muerte. El miedo a lo desconocido, la pérdida de control y la separación de su familia y amigos pueden ser las principales fuentes de ansiedad y miedo relacionadas con la muerte en un niño en edad escolar.

- e. 13 a 18 años: Independientemente de haber o no tenido experiencias previas con la muerte de un familiar, un amigo o una mascota, la mayoría de los adolescentes comprende el concepto de que la muerte es permanente, universal e inevitable.

Entienden que todos los seres humanos finalmente mueren, independientemente de su categoría, su comportamiento, sus deseos o lo que sea que intenten hacer.

Pese a que perciben a la muerte como más cercana, enganchan con actividades de alto riesgo adoptando una actitud "*inmortal*". A esta edad se adquiere el interés "*social*" por la muerte y sus ritos.

Los jóvenes comienzan a formar su propio sistema de creencias espirituales y buscar a sus compañeros por el apoyo y la comprensión. Se sienten capaces de convertirse en defensores de causas relacionadas con la muerte de su persona.

2.4 EL DUELO ANTICIPATORIO DEL NIÑO FRENTE A LA ENFERMEDAD TERMINAL DE UNO DE LOS PADRES

"Aunque me esté muriendo, estoy rodeado de almas llenas de amor y cariño.

¿Cuántas personas pueden decir lo mismo?"

Mitch Albom

La muerte de un familiar cercano en la infancia es una pérdida fundamental. En particular, la muerte de un padre en la infancia ha sido considerado como uno de los eventos más traumáticos que pueden ocurrir en la vida de un niño. (Pearlman, D'Angelo, Cloitre, 2010). Los niños, como los adultos, se afligen cuando alguien cercano a ellos muere y necesitan oportunidades para expresar ese dolor en un ambiente seguro y de apoyo.

El "*duelo anticipado*" es una respuesta natural al conocimiento o temor de que alguien va a morir (Pérez, 2011). Inicia con el diagnóstico y termina cuando se produce la pérdida, dando paso al "*duelo real*". Involucra a los sentimientos, los pensamientos y las sensaciones físicas que ocurren cuando un ser querido tiene una enfermedad terminal o se está acercando al final de su vida natural.

El término de duelo anticipatorio fue usado inicialmente por Lindermann (1944) para indicar aquellas fases anticipatorias de duelo que facilitan el desapego emotivo antes de que ocurra la muerte. Este tipo de duelo es vivido por los familiares del enfermo, sobre todo en el caso de enfermedades terminales y/o crónico-degenerativas.

Algunas de las respuestas más comunes al duelo anticipatorio en niños son:

- a) Pensamientos: Los niños manifiestan preocupación a través de preguntas como: *¿Qué pasará conmigo?, ¿Cómo puedo ayudar?, ¿Cómo puedo detener*

esto?, ¿Mi conducta causó la enfermedad?, ¿Es mi culpa?. Asimismo presentan preocupaciones extremas acerca de la persona con enfermedad terminal.

- b) Sentimientos: Tristeza, depresión, miedo, enojo, ansiedad, culpa, soledad, irritabilidad, etc.
- c) Sensaciones físicas: Dolor de cabeza, dolor de estómago, náusea, dolor muscular, mareos, incremento de energía, y tener los síntomas de la persona que esta muriendo (somatización).

En general, el duelo anticipado resulta ser un proceso aún más complejo que el duelo normal. Lo anterior se debe a que las pérdidas que ocurren en el duelo anticipado son continuas, y se relacionan con aspectos pasados, presentes y futuros de la vida del individuo (Pearlman, D'Angelo, Cloitre, 2010). Por tal motivo, exige más tareas que la mera anticipación de la muerte, ya que la familia y el enfermo terminal requieren organizarse en torno a la futura o futuras pérdidas, concluir asuntos pendientes, y facilitar una muerte apropiada. Asimismo, puede haber sentimientos encontrados ya que la familia y el niño se encuentran en ese delicado lugar de mantener la esperanza y, al mismo tiempo, comenzar a dejar ir al ser querido, lo cual en ocasiones puede ser mal interpretado como "*darse por vencido*", ocasionando culpa y haciendo que la situación sea más difícil de afrontar.

Enfrentar la enfermedad terminal de un padre, no es algo fácil para un niño (ni para un adulto). Cuando los padres reciben el diagnóstico, los niños experimentan un malestar significativo. En la literatura científica hay poca información sobre la naturaleza de esta angustia y cómo los niños enfrentan, sobre todo cuando un padre es diagnosticado con cáncer avanzado (Kennedy y Williams, 2009), debido a que la mayoría de los estudios se centran en el

impacto de la enfermedad en familia en general, o bien, en las consecuencias psicosociales para el cónyuge e hijos mayores.

En el caso de los niños de padres con una enfermedad terminal, la investigación sugiere que los niños pueden exhibir el más intenso dolor cuando un padre está en la fase terminal de la enfermedad y que los síntomas pueden desaparecer después de la propia muerte. (Siegel, Kaurus, Raveis, 1996). Asimismo se observa que el niño desarrolla temor por el bienestar del padre sobreviviente.

En general, la confrontación con la enfermedad terminal de alguno de los padres puede ser muy amenazante para los niños y puede originar problemas psicosociales, como la ansiedad, la confusión, la tristeza, la ira y sentimientos de incertidumbre con respecto al resultado de la enfermedad.

Varios autores (Visser, Huizinga, Van Der Graaf, Hoekstra, y Hoekstra-Weebers, 2004), realizaron un meta-análisis acerca del impacto de la enfermedad terminal (cáncer) en el funcionamiento psicosocial del niño, siendo estos los hallazgos:

a) Funcionamiento emocional

La mayoría de los estudios cuantitativos informaron que los niños en edad escolar que están dentro de la normalidad en los problemas emocionales, mientras que otros estudios han encontrado aumentaron las puntuaciones. También se observaron síntomas de estrés-respuesta (evitación e intrusivos pensamientos) en los niños en edad escolar y adolescentes.

Los estudios cualitativos mostraron que los niños en edad escolar reportaron miedo a los síntomas del cáncer, los efectos secundarios del tratamiento, la muerte de los padres y de la vulnerabilidad de los padres.

Los niños reportaron sentimientos de culpa, porque se consideraban responsables de la aparición de cáncer de sus padres, por el enojo de sus padres, con retiro, o la falta de afecto. Además, estaban angustiados por la pérdida de sus actividades habituales y la pérdida de contacto con sus compañeros.

b) Funcionamiento social

Los estudios cuantitativos no mostraron diferencias en la competencia social (habilidades en las relaciones sociales y las actividades de ocio) entre los niños de padres con cáncer de grupo y la norma.

Los estudios cuantitativos se centraron principalmente en las relaciones de los niños con sus familiares y amigos. Los niños en edad escolar informaron no tener a nadie para ayudarles a hacer frente a la situación.

c) Funcionamiento conductual

Los estudios cualitativos reportaron diversos resultados. En los niños de edad preescolar se observó aumento en el llanto, apego y dificultad para dormir.

En los niños de edad escolar se observó: el aumento de la comprobación de que estaba haciendo el padre enfermo; búsqueda de la proximidad física o el retiro; aumento de los conflictos con los padres, hermanos y compañeros; y mayor atención a las necesidades del padre enfermo y el deseo de apoyarlo.

d) Funcionamiento cognitivo

Los estudios cualitativos informaron que los niños en edad escolar mostraron dificultad para concentrarse y completar las tareas en la escuela ante la enfermedad terminal de uno de los padres.

e) Funcionamiento físico

Según un estudio cuantitativo y dos estudios cualitativos, los padres reportaron síntomas somáticos, como dificultades para dormir y dolores de cabeza, en sus hijos de edad preescolar y escolar. Los niños de edad escolar también reportaron por si mismos el tener problemas de sueño.

2.5. EL PAPEL DE LOS PADRES EN EL DUELO ANTICIPADO DEL NIÑO

"Poder llorar la muerte de un ser querido adecuadamente y afrontar la pérdida antes de que se produzca, en el momento en que ocurre y sobre todo después, hace que el niño crezca sin sentirse culpable, deprimido, enojado o asustado. Cuando ayudamos a nuestros hijos a curarse del dolor que produce la herida emocional mas profunda de todas, la muerte de un ser querido, los estamos dotando de unas capacidades y una comprensión importantes, que habrán de servirles para el resto de sus vidas".

William Kroen.

Una de las preocupaciones más comunes de los padres gravemente enfermos es el bienestar de sus hijos. Los padres a menudo se muestran inciertos en la manera de hablar de su enfermedad con sus hijos, no saben qué palabras usar, cómo hablar sobre el tratamiento y los efectos secundarios, o cómo explicar la posibilidad de la muerte. (Sutter y Reid, 2012).

Lo anterior es algo normal, ya que el ser querido del niño también es el ser querido del padre sobreviviente, por lo que es probable que este último no se sienta lo suficientemente preparado para enfrentar las necesidades emocionales del hijo.

Se puede llegar a pensar que al no informar al niño sobre la enfermedad terminal de alguno de los padres se le protege al evitarle el sufrimiento que la familia sobrelleva. Sin embargo, de esta manera ignoramos su sufrimiento e indirectamente les prohibimos que expresen su pena. Tratar de proteger al niño del conocimiento de lo que realmente está sucediendo a menudo confunde a los niños aún más que las circunstancias por sí solas y se intensifican las preocupaciones sobre los acontecimientos que están fuera de su control (Beale, et al, 2004)

Los niños pueden ser muy sensibles a la experiencia de enfermedad, al grado de que son capaces de darse cuenta de lo que ocurre en casa. Generalmente toman conciencia de la severidad de la enfermedad al observar el deterioro progresivo y el incremento en la discapacidad de su padre enfermo. Incluso los niños más pequeños reconocen este cambio por hechos como las múltiples hospitalizaciones, pérdida de peso, incremento en la fatiga, y la inhabilidad para realizar sus funciones previas.

Ante tales cambios, el niño llega a perder el sentido de estabilidad y seguridad sobre su ambiente, expresando ansiedad, tristeza, ira, culpa, y miedo extremo acerca de la condición actual del padre, miedo a la disolución de la familia, y preocupaciones generales en torno al futuro. Es por esto, que es necesario que los padres pueden apoyar emocionalmente a su hijo en este proceso a través de las siguientes acciones:

- ✓ Explicar la enfermedad de manera simple, honesta y precisa: Es importante que el niño reciba información básica acerca de la enfermedad del padre. Esta debe incluir el nombre de la enfermedad, la parte del cuerpo donde se encuentra, como será el tratamiento, y los cambios que habrá en sus propias vidas. Darle a un niño las oportunidades para discutir sus temores disminuye la ansiedad y proporciona al niño la comprensión y la aceptación de sus sentimientos, así como la seguridad para hablar de cualquier aspecto de la enfermedad de alguno de los padres. De esta manera se disipa la sensación de que la enfermedad es demasiado terrible para discutir.

- ✓ Crear una atmósfera de confianza y apertura: Dicho clima además de tranquilizar a los niños, les transmitirá el mensaje de que no hay una manera correcta ni equivocada de sentirse.

- ✓ Animarle a expresar lo que siente: Es beneficioso que el niño comprenda el dolor y pueda expresarlo en el momento adecuado. Observar sentimientos de pena en la familia hace que el niño los vea como aceptables. Jamás restringir su expresión (Ej. *"no estés triste"*, *"tienes que ser valiente"*).

- ✓ Asegurarse de que el niño se sienta cuidado y protegido: Los niños necesitan saber que siempre habrá alguien que cuide de ellos. Dígales que su plan para su cuidado si algo le sucediera a usted y al otro padre.

- ✓ Mantenga las rutinas tanto como sea posible: A los niños les sienta bien la rutina, los ayuda a sentirse seguros. Cuando la vida se vuelve impredecible necesitan ayuda para ajustarse a los cambios.

- ✓ Promueva la expresión creativa. Los niños no muestran abiertamente sus emociones, a veces las expresan a través del juego. El juego les da la oportunidad de expresar sus sentimientos en una forma conocida, lo cual ayuda mucho en su sanación. Déles papel y marcadores, u otros materiales artísticos como barro o pintura. Ayúdelos a hacer libros especiales donde puedan escribir cartas a su ser querido y compartir sus sentimientos, memorias, y logros, a medida que crezcan.

- ✓ Comparta con ellos sus creencias espirituales: Hábleles sobre sus creencias acerca de la enfermedad y la muerte en el momento en que sea oportuno.

- ✓ Haga uso de redes de apoyo y contención: Si le parece que su propio dolor puede impedirle ayudar a su hijo(a) en este momento difícil, pida a un amigo(a) o un familiar que cuide a su hijo(a). Elija a alguien que sea del agrado de usted y de su hijo(a) y en quien ambos confíen.

- ✓ Respetar su manera de afrontar la pérdida: A medida que los niños aprenden cómo enfrentar la enfermedad de un ser querido, necesitan que se les deje espacio, que se les comprenda y se les trate con paciencia para que puedan expresar su dolor a su manera. Permitirle cierta irritabilidad, menor rendimiento escolar, cambios en el apetito, regresión en pautas de comportamiento, juegos ruidosos o "morbosos" (Ej. *Jugar "a morirse o al funeral"*). Dar espacio a sus temores: ("*¿yo tuve la culpa?, ¿quién me va a cuidar?*"). Sus parientes deben de pasar todo el tiempo posible con el niño y hacerle saber bien claro que tiene permiso para manifestar sus sentimientos libre y abiertamente.

- ✓ Evite hacer promesas que no pueda cumplir: Como por ejemplo, declarando que usted promete que el ser querido volverá con seguridad, o que se curará pronto.

- ✓ Validar el tiempo de diversión: Invite a sus niños a pasar tiempo con sus amigos. Díales que está bien divertirse.

- ✓ Crear una caja de recuerdos para el padre que está ausente: Incluir un plan para compartir los contenidos en su regreso.

CAPÍTULO 3. CONSTRUYENDO PSICOTERAPIA CON EL NIÑO

3.1. ACERCA DE "EDGAR"

Para la presentación de este caso se utiliza el nombre de "Edgar" como un seudónimo a fin de proteger identidad del niño y asegurar su confidencialidad.



a) Descripción clínica de "Edgar"

"Edgar" es un niño creativo y hábil para el dibujo, cuya apariencia corresponde a su edad cronológica. Al inicio del tratamiento tenía 6 años 11 meses y cursaba el segundo año de primaria en una escuela pública. Físicamente tiene ojos rasgados, estatura media, complexión delgada, tez morena clara, y presenta varios raspones en brazos y piernas producto de sus movimientos acelerados y bruscos.

Acudió a sus sesiones de manera puntual y en adecuadas condiciones de aliño e higiene, vistiendo en la mayoría de las ocasiones con pantalón de mezclilla, playera y tenis. Regularmente era acompañado por su tía materna, y en algunas ocasiones por su madre cuando el trabajo se lo permitía.

En cuanto a su expresión verbal, "Edgar" en un inicio hablaba muy rápido lo cual hacía difícil entender lo que expresaba. Mostraba un pensamiento desorganizado ya que saltaba de un tema a otro e hilaba a su discurso recuerdos relacionados con lo que veía o iba diciendo en el momento. Se

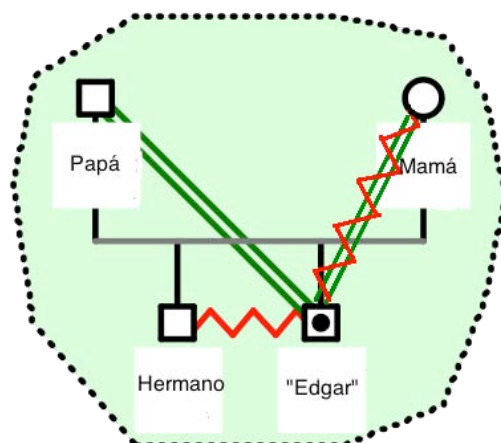
observaron dificultades en la pronunciación [“d” x “r”] y omisión de la “s” en algunas palabras, Ej.: escuela= [ecuela] También se observaron indicadores inadecuados del lenguaje internalizado ya que gran parte de lo que piensa lo dice, aspecto que le ha ocasionado problemas con familiares y compañeros de clase.

En las primeras sesiones “Edgar” mostraba grandes niveles de ansiedad que expresaba a través de hiperactividad, movimientos estereotipados con los dedos de las manos, atención dispersa y un constante chupeteo de sus labios. En general, ante el término de las sesiones, “Edgar” manifestaba gran preocupación, preguntándome cada que se acordaba cuantos minutos faltaban para terminar la sesión.

En cuanto a su relación con la terapeuta, en un inicio se mostró desconfiado y ansioso, poniéndome acertijos, preguntando si recordaba cosas de las sesiones pasadas, revisando que escribiera lo que el decía al pie de la letra, y verificando que sus dibujos estuvieran completos y en buen estado. Posteriormente comenzó a mostrarse controlador y mandón , presionándome a realizar la evaluación lo más pronto posible diciéndome expresiones como: *“ya vamos a trabajar”, “ya pregúntame y “apúrale nena”*. Finalmente se mostró más cooperador y cariñoso.

En cuanto a las sesiones de juego diagnóstico, “Edgar” mostró preferencia por los juguetes de las categorías agresión/miedo y familia/cuidados. Fue mediante actividades lúdicas con estos materiales que pudo contactarse con sus sentimientos y afrontar sus principales miedos. Las principales temáticas de juego estuvieron relacionadas con: familia, luchas de poder, desconfianza-engaños, protección-cuidado, salud-enfermedad-muerte, relación padre-hijo, y la construcción del self.

b) Genograma: Estructura, dinámica e historia familiar.



<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>
Mamá	42	Secundaria	Empleada
Papá	42	Secundaria	Carpintero
Hermano	18	Preparatoria abierta	Estudiante

Cronología de eventos importantes:

2006: Separación temporal de los padres por cuatro meses.

2010: En el mes de Octubre, fallece una prima que era muy cercana a "Edgar" en un accidente automovilístico. La madre refiere que en su momento no supieron cómo explicarle al niño la muerte de su prima y que lo llevaron al velorio y al entierro. Desde entonces "Edgar" se muestra sumamente ansioso ante temas de muerte.

2011:

- Inicia consumo de marihuana del hermano mayor de "Edgar"
- "Edgar" habla mucho de su prima y dice que quiere verla; él y su primo estuvieron pensando en aventarse de la ventana para irse al cielo a verla.
- En el mes de Junio, la madre y "Edgar" contraen una infección muy severa y reciben un tratamiento médico muy fuerte basado en inyecciones muy dolorosas.
- En el mes de Diciembre, al padre le diagnostican cáncer de pulmón y comienza a recibir tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología. El tratamiento incluye sesiones de inyecciones y oxigenación celular.

2012:

- A mediados de Febrero, la madre comienza a recibir atención psicológica en el Centro Comunitario.
- En el mes de abril, se agudizan los síntomas del padre y empieza a presentar toses sangrientas y mayor dolor en el pecho.
- En junio los médicos inician tratamiento experimental y encapsulan el cáncer indicando reposo absoluto. A partir de este hecho el padre ha presentado diversas recaídas. Ante esta situación, la madre ha pedido al hijo mayor que apoye a la familia moral y económicamente ya que la renta de la casa en donde habitan depende del padre.
- En Octubre de 2012 al padre le diagnostican cáncer en los huesos.

“Edgar” es el segundo hijo de una familia compuesta por su madre, quien tiene 42 años y trabaja como empleada de mostrador en una farmacia, por su padre, quien tiene 42 años y trabaja como carpintero, y por su hermano de 18 años de edad, quien cursa la preparatoria abierta. Los padres tenían 19 años de casados al inicio del tratamiento y contaban con estudios de secundaria. El nivel económico de la familia es bajo.

En cuanto a la dinámica familia, la madre refiere que la relación conyugal era “regular”. Cuando “Edgar” tenía 2 años se separaron durante 4 meses y después la madre decide regresar con su esposo debido a que “Edgar” lloraba mucho y preguntaba por su padre. La madre refiere que intentó separarse de su esposo debido a incompatibilidad de ideas, sin embargo, no lo hizo porque considera que su esposo “*ante todo ha sido buen padre y está pendiente de las necesidades de sus hijos*”.

En relación a las prácticas parentales, se observa que oscila de autoritario (madre) a permisivo (padre). El medio disciplinario que más utiliza la madre son los gritos, castigos y los pellizcos, y cuando ha llegado a perder el control y se desespera con “Edgar” emplea las nalgadas. En relación al

padre, la madre menciona que éste consiente mucho a "Edgar" y lo complace en lo que quiere, por lo que piensa que "Edgar" ha aprendido a hacer berrinches cuando quiere conseguir algo. La madre comenta que sentía muy poco apoyo de su esposo para "controlar" a sus hijos y ponerles límites; *"a mi esposo le falta fuerza de carácter para llamarle la atención a mis hijos"*.

El padre mantenía una relación cercana y afectiva con "Edgar", ya que platicaba mucho con él y lo consentía. La relación de "Edgar" con su madre era cercana y tensa, ya que frecuentemente lo regañaba por no obedecer y no hacer las cosas rápido. En cuanto a la relación entre hermanos, era agresiva y tensa, ya que el hermano era muy rudo y grosero con "Edgar". La madre considera que "Edgar" imita muchas conductas de su hermano (avienta cosas y pega) y se defiende de él, imitando su conducta en varias ocasiones diciendo que su hermano también lo hace. La madre reporta que "Edgar" se angustia mucho y llora cuando su hermano se pone agresivo y pierde el control.

Cabe resaltar que en el 2007 el hermano de "Edgar" estuvo recibiendo atención psicológica en el Centro Comunitario por rebeldía y agresión, interrumpiéndose el tratamiento debido a que el joven ya no quería asistir. La madre refirió que estaba preocupada por el estado de salud física y psicológica de su hijo mayor, ya que en 2011 descubrió que consumía marihuana. A raíz de dicho evento intentó llevarlo a grupos de ayuda sin ningún éxito, ya que el joven se negaba rotundamente y se ponía muy agresivo. La madre desconoce si su hijo aún consume drogas ya que *"debido al trabajo no puedo estar al pendiente de él como quisiera"*.

En 2009 el padre comenzó a presentar problemas respiratorios y el médico al practicarle una espirometría le indica que deje de fumar y de trabajar ya que sus pulmones estaban muy dañados a causa de un solvente que utiliza en su trabajo. El padre ignora la recomendación del médico debido a la gran

necesidad económica de la familia, y en los meses siguientes comienza a presentar crisis respiratorias que requerían de hospitalizaciones frecuentes. En Diciembre de 2011, un mes después de iniciar el proceso psicológico de "Edgar", al padre le diagnostican cáncer de pulmón, situación que moviliza a la madre a tener un mayor acercamiento con su esposo para apoyarlo y acompañarlo en su enfermedad.

A lo largo de su enfermedad, el padre recibe un tratamiento cada vez más severo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), presentando dificultad para dormir, debilidad, cansancio, tos fuerte con sangrado y dificultad para respirar. El padre mencionó que le angustiaba mucho pensar en la posibilidad de morir y no poder ver a su hijo crecer. Por otro lado, la madre mencionaba que le costaba trabajo aceptar la enfermedad de su esposo y reconoció que no habían sabido como manejar la situación con "Edgar", ya que solo le habían dicho que su papá estaba enfermo y que necesitaban que se portara bien para que no lo hiciera enojar. "Edgar" se mostraba cariñoso con su papá, y se angustiaba cuando tosía mucho. El hermano mayor conocía la situación de salud de su padre, ya que en varias ocasiones había tenido que ir por su papá a su trabajo cuando tenía crisis; ante el diagnóstico de cáncer ha reaccionado con llanto y enojo.

c) Motivo de consulta

La madre de "Edgar" acude al Centro Comunitario y solicita el servicio de atención psicológica a petición de la maestra de primer grado, ya que refieren que en la escuela el niño *"es muy desobediente, se enoja mucho y le cuesta mucho trabajo controlar su enojo"*.

Dicha información se ingresa a la lista de espera, y es hasta un año después de la solicitud que se le brinda atención, ya que me pongo en contacto con la

madre vía telefónica para invitar a su hijo a formar parte de un grupo psicoterapéutico con niños con problemas de conducta. En esos momentos mi co-terapeuta y yo estábamos conformando al grupo y la primera fase consistía en evaluar a un conjunto de niños para determinar si eran candidatos (cumplían los criterios de inclusión) para el trabajo grupal.

A la primera entrevista acude la madre de "Edgar", una mujer madura, de más de 40 años, tez morena y complexión robusta. Daba la impresión de estar desesperada con la conducta de "Edgar", por las constantes quejas que hacía, refiriendo que ha observado que su hijo "*es muy berrinchudo*", "*es muy lento para todo*", "*es desobediente*", "*pelea y le grita mucho a su hermano*", y "*cuando pierde se enoja y hace berrinche*". Las medidas que la madre tomaba frente a dichas conductas eran hablarle enojada, castigarlo y pellizcarlo, lo cual dificultaba y hacía tensa la relación entre ellos. Al explorar las ideas de la madre en relación al origen de dichas conductas, comenta que posiblemente los conflictos entre los padres y relación agresiva con el hermano estaban afectando al niño.

Asimismo, la madre manifestó preocupación por la conducta ansiosa de "Edgar" y sus ideas de "*quererse morir*". Menciona que en 2010 falleció una prima de "Edgar" en un accidente automovilístico, situación que afectó al niño debido a que tenía muy buena relación con ella. Menciona que en su momento no supieron cómo explicarle al niño las razones de la muerte de su prima, y que solo lo llevaron al velorio y al entierro y le dijeron que se comportara. A decir de la madre, desde entonces el niño ha expresado su deseo de aventarse por la ventana para "*irse al cielo*" y verla. Los padres le dicen que no lo haga porque se puede lastimar mucho, y no saben cómo explicarle el tema de la muerte.

Al explorar con "Edgar" su motivo de consulta menciona que *"es mi mamá me regañó porque no me he portado bien en estos días... es que luego las hago enojar (refiriéndose a su madre y maestra) porque no saco buenas calificaciones y son trabajos bien difíciles en la escuela"*.

d) Historia de desarrollo de "Edgar".

"Edgar" es el segundo hijo de la familia, planeado y deseado. Ambos padres tenían 35 años al nacimiento del niño. En relación a sus **antecedentes pre-peri-post natales**, la madre refirió complicaciones durante el embarazo ya que presentó un hematoma cerca de la placenta y posibilidad de aborto. También menciona que su situación emocional era de tensión ya que tenía muchos problemas con su hijo mayor, quien en ese entonces era muy agresivo. "Edgar" nace a las 34 SDG y no reportan complicación alguna durante el parto. La madre describe a "Edgar" como un bebé muy tranquilo, dormilón y enfermizo.

En cuanto a su **estado de salud y alimentación**, "Edgar" presentó reflujo desde los 6 meses hasta los 4 años. Hasta la fecha no puede comer muchas grasas y lácteos, y ponen mucha atención en su alimentación para que sea balanceada. Asimismo refieren que el niño presentó enfermedades respiratorias frecuentes durante el primer año de vida (gripa e infecciones de la garganta), siendo atendido por su pediatra. Hasta la fecha se enferma de gripa y tos recurrentemente.

La abuela materna y la tía paterna apoyan a la madre en el **cuidado de "Edgar"** desde que éste tenía 8 meses, ya que la madre trabaja en una farmacia con rotación de turnos cada quincena (7 a 16 hrs./ 14 a 22 hrs.).

El **desarrollo psicomotor** de "Edgar" ha sido normal, no obstante, sus movimientos son bruscos y acelerados lo que hace que constantemente tenga raspones por caídas. En relación a su **lenguaje**, se observa dificultad en la pronunciación ["d" x "r"] y omite la "s" en algunas palabras. Ej.: escuela= [ecuela]. Asimismo en ocasiones emplea palabras poco usuales para un niño de su edad, por ejemplo, dice neumático en lugar de llanta. En relación al **sueño**, los padres reportaron que "Edgar" tenía un sueño inquieto con pesadillas frecuentes.

En cuanto al **área escolar**, "Edgar" ingresa al kinder a los 4 años de edad. La madre refiere que el niño se adaptó rápidamente debido a que desde antes le empezó a platicar acerca de la escuela y de las actividades que ahí se realizaban. Al ingresar al kinder, la maestra reporta que "Edgar" comienza a pegar *"porque las cosas le salían mal y se desquitaba con sus compañeros"*. Hasta la fecha la madre refiere que tiene poca tolerancia a la frustración y es intolerante. Asimismo lo describen como un niño inseguro ya que continuamente decía que no le iban a salir las cosas bien, y presentaba dificultad para hacer amigos.

En una ocasión "Edgar" le aventó un juguete en la cara a un compañero, por lo que la directora del kinder solicita atención psicológica para el menor y exige documento que avale que el niño está recibiendo tratamiento. "Edgar" recibe atención psicológica en el Centro de Salud de Santa Úrsula-Coapa durante 4 meses. La madre reporta mejoría ya que el niño deja de pegar. La psicóloga le comentó a la madre que el comportamiento agresivo de "Edgar" se debía a las dificultades en la relación fraterna.

A su ingreso a la primaria, la maestra de primer año lo describe como un niño muy inquieto, distraído, con poca tolerancia a la frustración y berrinchudo. Dado lo anterior nuevamente solicitan atención psicológica para el menor. En relación al aprovechamiento escolar, mencionan que "Edgar" cuenta con

buenas habilidades para la lecto-escritura y que presenta algunas dificultades para realizar las sumas y restas y hacer cálculo mental. Requiere el 80% del apoyo de la madre para la realización de tareas.

“Edgar” presenta muy pocos **hábitos de autonomía personal**. La madre refiere que “Edgar” es un niño muy dependiente para muchas cosas ya que *“No se viste solo, ni se amarra agujetas, ni se lava los dientes, ni recoge sus cosas, y cuando va al baño hay que limpiarlo”*.

En relación a los **antecedentes heredo-familiares** se tiene que el padre padece cáncer de pulmón, el hermano presentaba abuso de sustancias (marihuana) y la madre y el padre se referían a sí mismos como *“deprimidos”*. También existen antecedentes de violencia en familia materna, ya que la madre refiere que ella fue una niña golpeada y que a raíz de ello le cuesta mucho trabajo expresar sus sentimientos.

e) Escenario y materiales

Las sesiones de evaluación y tratamiento psicológico con “Edgar” se llevaron a cabo en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mc. Gregor Sánchez y Navarro”, el cual depende directamente de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El centro Comunitario “Dr. Julián Mc. Gregor Sánchez y Navarro” se fundó en 1981 y tiene como objetivos el apoyar la profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado en Psicología, y brindar servicio a la comunidad. A través de este centro, los estudiantes ofrecen atención a las principales problemáticas de la comunidad, lo cual les permite adquirir y consolidar distintas habilidades profesionales en escenarios reales.

Durante mi formación en la Residencia en Psicoterapia Infantil, el trabajo en este sede se llevó a cabo en la cámara de Gesell 1, un espacio de aproximadamente 2.5 m x 3 m, el cual estaba acondicionado con una mesa y dos sillas de preescolar, una silla de escritorio, pizarrón blanco, iluminación, equipo de audio y un vidrio de visión unilateral para permitir la observación en la habitación contigua por parte del equipo de supervisión en caso de ser necesario. Durante las sesiones con "Edgar" no tuve necesidad de utilizar la habitación como cámara de Gesell, por lo que el vidrio se cubría con una cortina blanca para evitar distracciones.

Para crear un ambiente terapéutico apropiado para "Edgar" y facilitar la expresión emocional y temas de juego, se incluyó un set materiales integrando las clasificaciones de categorías de juguetes propuestas por West (2000) y Van Fleet (2010).

A continuación se presenta la lista de juguetes empleados por categoría:

- a) Juguetes de la familia/cuidado: Estos juguetes le permiten al niño expresar temas familiares relativos a la crianza, el cuidado, y las relaciones interpersonales. Los materiales empleados para esta área fueron: casa con muebles, familia de animales, familia de humanos, familias de títeres (humanos y animales), juego de té, trastecitos y comida de juguete, bebés sexuados, pañalera con accesorios de cuidado y maletín médico.
- b) Juguetes de agresión/miedo: Estos materiales permiten al niño expresar sus sentimientos e impulsos agresivos, así como sus miedos. Para dicho fin se utilizaron: juegos de pistolas con dardos de hule espuma, soldados en miniatura, luchadores en miniatura, ring de pelea para miniaturas, juego

de boliche, carritos, dinosaurios de diferentes tamaños, animales de granja, espadas de plástico, superhéroes y villanos.

- c) Juguetes creativo/expresivos: Proporcionan al niño la oportunidad de expresar su creatividad, sentimientos, deseos y preocupaciones. Dentro de esta área se utilizaron materiales como: medias cartulinas blancas, hojas blancas, hojas de colores, block con papeles de diferentes texturas, pinturas digitales, pinceles, crayolas, colores de madera, gises, plumones, estampas, diurex de colores, diamantina, pritt, palitos de madera, listones de colores, tijeras de punta redonda, resistol, y masa de modelar play do.

- d) Juguetes construcción/dominio: Proporcionan al niño oportunidades de fortalecer su sentimiento de dominio y poner en práctica sus habilidades de resolución de problemas. En esta categoría se incluyeron: rompecabezas, bloques de madera, bloques de construcción, kit de herramientas.

- e) Materiales para pensar: En esta área se incluyeron tapetes de foami y una selección de cuentos con diferentes temáticas del desarrollo infantil.

Asimismo se incluyeron algunos juegos de mesa como Memorama, Palillos Chinos, Conecta 4, Turista, Twister, Caras y Gestos, Lince, Adivina Quien y Lotería.



Cabe resaltar que los materiales y juguetes se guardaban en unas cajas de plástico transparentes, y “Edgar” en cada sesión tenía la libertad de elegir cuales quería utilizar. Asimismo, al termino de la sesión se invitaba al niño a guardar los materiales y colocarlos en su lugar, con el objetivo de que el niño pudiera contar con una estructura y rutina en su espacio, la cual a su vez le brindaba un sentimiento de seguridad y constancia.

f) Procedimiento

El proceso de psicoterapia con “Edgar” tuvo una duración de 63 sesiones, las cuales se llevaron a cabo una vez por semana, con un tiempo de duración de 60 minutos. A lo largo de dicho proceso se incluyeron 12 sesiones de evaluación psicológica, 38 sesiones de trabajo psicoterapéutico con el niño, y 13 sesiones de orientación con la madre.

Durante las primeras 12 sesiones se realizaron entrevistas con la madre y con el niño, se aplicaron algunas pruebas psicológicas y se tuvieron sesiones de juego diagnóstico tomando en consideración los ocho principios básicos de

Axline (1976). Lo anterior permitió construir una relación de ayuda basada en la empatía, la congruencia y la consideración positiva hacia el niño, así como establecer un plan de tratamiento tomando en consideración sus principales necesidades.

En las sesiones de evaluación con "Edgar" se dividió el tiempo de sesión en dos partes: 1) un "tiempo de actividades", en el que yo proponía realizar dibujos, elaborar historias, y realizar tareas relacionadas con algunas pruebas psicológicas, y 2) un "tiempo de juego", en el que "Edgar" proponía la actividad a realizar con los materiales y juguetes disponibles. Al inicio de cada sesión "Edgar" tenía la oportunidad de elegir con cual actividad quería empezar con el objetivo de favorecer su toma de decisiones.

Las técnicas e instrumentos psicológicos que se utilizaron en el "tiempo de actividades" fueron:

- 1) Entrevista inicial
- 2) Historia Clínica
- 3) Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.
- 4) Prueba del dibujo de la figura humana (DFH) de Elizabeth Koppitz
- 5) Prueba del dibujo de la familia de L.Corman
- 6) Test de frases incompletas
- 7) Test de la casa-árbol-persona de Buck
- 8) Test de fábulas de Düss
- 9) Escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV)
- 10) Tareas para medir impulsividad (go-no go, demora de recompensa, respuestas conflictivas, ejecución-no ejecución)
- 11) Sesiones de juego diagnóstico

En el "*tiempo de juego*" Edgar decidía que hacer y conforme a lo que sucedía se hacían reflejos simples, de sentimientos, de lo no verbal y algunas elucidaciones con el fin de devolverle al niño una imagen nítida de lo que decía o hacía, ampliar su darse cuenta, y recuperar las actitudes y sentimientos inherentes de lo que expresaba. De esta manera, "Edgar" se sentía escuchado y acompañado, lo que permitió que fuera explorando su experiencia de manera natural y por iniciativa propia.

Asimismo se establecieron algunos límites con el objetivo de promover la autorregulación y la responsabilidad personal del niño, y mantener al niño y al terapeuta seguros durante las sesiones de juego. Para dicho fin, al inicio del proceso se le explicó a "Edgar" que el cuarto de juegos era una habitación especial, en donde podría decir *todo* lo que quisiera, y hacer *casi todo* lo que quisiera. Asimismo se le expresó que si en algún momento había algo que no pudiera hacer yo se lo haría saber.

También se le mencionó que en este espacio era importante cuidar tres cosas para mantenernos seguros:

- 1) Cuidado del cuerpo: lo cual implicaba no lastimarse a sí mismo ni al terapeuta.
- 2) Cuidado de los materiales: refiriéndose a no dañar deliberadamente los juguetes y materiales del cuarto de juego .
- 3) Cuidado del espacio: lo cual implicaba el cuidar el cuarto de juegos (paredes, piso, mobiliario).

Lo anterior permitió co-crear una atmósfera de cuidado y marcar un límite ante comportamientos agresivos en la relación, y proteger los materiales y la propiedad de cualquier daño.

En cuanto al término de las sesiones, se le avisaba a "Edgar" 10 minutos antes de finalizar acerca del tiempo restante de la sesión y se le preguntaba como quería terminar su juego. Posteriormente a los 5 minutos, se le indicaba que era tiempo de recoger los materiales.

Respecto al registro de las sesiones, la mayoría fueron audio-grabadas para posteriormente ser transcritas de manera descriptiva, retomando algunas de las frases de manera literal para reconstruir los diálogos y recuperar las expresiones de "Edgar". En algunas ocasiones se tomaron algunas fotografías y vídeos a petición del niño, con el fin de poder recordar en la siguiente sesión en que parte se había quedado la historia del juego.

Cabe resaltar que el trabajo terapéutico se realizó bajo el sistema de práctica supervisada. Semanalmente supervisaba mis casos en dos espacios de supervisión: uno a cargo de la Mtra. Verónica Ruiz González, el cual se llevaba a cabo los días Martes, y otro que se llevaba a cabo los días Miércoles y estaba a cargo de la Mtra. Yolanda Santiago.

El tiempo de duración aproximada de cada sesión de supervisión era de 3 horas, en donde se presentaban los casos de cada una de las cuatro residentes de manera alternada y calendarizada. Semanalmente enviaba mis registros de sesiones a mis compañeras y a la supervisora *in situ* correspondiente, para que fueran revisadas y posteriormente analizadas en las sesiones de supervisión.

En estos espacios, fue fundamental el apoyo de mis supervisoras, quienes con sus comentarios y sugerencias me permitieron desarrollar varias competencias profesionales y tener una comprensión más profunda acerca del trabajo realizado. De igual manera fueron muy importantes los comentarios de mis compañeras, ya que cada una ofrecía un punto de vista diferente,

enriquecían el caso con sus contribuciones, y me retroalimentaban respecto a mis intervenciones.

Para el análisis de las sesiones de juego y el establecimiento de fases del proceso, se retomó el análisis dimensional del Childrens Play Therapy Instrument (CPTI) propuesto por Chazan (2005). En dicho análisis se utilizaron tres parámetros diferentes: descriptivos, estructurales y de adaptación, con el objetivo de observar la evolución del juego del niño.

g) Integración de estudios psicológicos

Dados los motivos de consulta mencionados, se decidió realizar una evaluación psicológica la cual tuvo como objetivos: 1) establecer una relación de ayuda y confianza con el niño, 2) explorar su desarrollo socio-emocional, perceptual y cognitivo a fin de valorar el tipo de psicoterapia más idónea a sus necesidades (individual o grupal), y 3) formular el plan de intervención más adecuado a las características y necesidades del niño.

Los resultados de la valoración muestran que "Edgar" es un niño CON GRANDES RECURSOS ya que es muy creativo, tiene una gran habilidad para el dibujo, muestra gran sensibilidad al ambiente, tiene una actitud extrovertida y entusiasta, y una capacidad para establecer vínculos positivos en un ambiente cálido y de confianza.

"Edgar" posee un nivel de maduración perceptomora que corresponde a su edad cronológica, sin embargo, se identificaron fallas en sus ejecuciones que se relacionaban con su impulsividad, la cual se observó en el poco cuidado y rapidez al realizar algunas de las ejecuciones. De estos resultados se deriva que "Edgar" cuenta con la habilidad de percepción y control visomotriz

necesarios para la lecto-escritura, no obstante, su rendimiento escolar se ve obstaculizado en algún momento por su impulsividad.

En relación al área socio-emocional, se observa que "Edgar" presenta dificultades de adaptación a su medio ya que percibe a su ambiente como caótico, hostil, inseguro, incongruente, poco confiable y atemorizante. Dicha percepción del ambiente se deriva de varios factores: la enfermedad oculta del padre, las hiperexigencias de la madre, la conducta agresiva y fármacodependencia del hermano, el ritmo acelerado de vida de la familia, y la difícil situación económica en la que viven. Ante dichas situaciones "Edgar" responde con confusión, desconfianza, enojo y una elevada ansiedad que expresa a través de sus movimientos estereotipados de manos y su chupeteo de labios. Asimismo se muestra desconfiado y suspicaz con su familia ya que percibe que hay "una verdad" que le ocultan (enfermedad del padre) lo cual le genera culpa en relación a lo que sucede en casa. Cabe resaltar que en la familia existe cierta tendencia a evitar hablar de las temáticas de enfermedad y de la muerte, lo cual causa mucha ansiedad y confusión en el menor, y fomenta la generación de fantasías en relación a los mismos.

La desconfianza que "Edgar" muestra ante su ambiente también influye en la forma en que se relaciona con los adultos en general, pues al no tener claro si sus necesidades afectivas serán cubiertas, se muestra suspicaz y controlador como una forma de asegurar que estos le provean de lo que necesita.

Respecto a su autoconcepto y autoestima, se observa que "Edgar" tiene una baja autoestima y un concepto distorsionado, ya que muestra una pobre valoración de sí mismo y falta de confianza en sus capacidades. Se identifica con el rol masculino y se percibe a sí mismo como "berrinchudo", "irritable", "hipersensible", "enojón" y "agresivo", mensajes que ha introyectado de su

medio ambiente familiar y escolar, y que han contribuido a que incorpore una imagen predominantemente negativa de sí mismo.

“Edgar” ha desarrollado un falso self (de “ser muy fuerte”) como una forma de sobreponerse a su vulnerabilidad y hacer frente a su ambiente, sin embargo, cuando se da cuenta de que esto no le funciona, entra en angustia y muestra conductas regresivas tales como hacer berrinches, chuparse el dedo y hablar como niño más pequeño, las cuales a su vez constituyen nuevas adaptaciones creativas a través de las cuales satisface sus necesidades de protección y cuidado.

En cuanto a su afectividad, “Edgar” tiene dificultad en la expresión y autorregulación de emociones negativas (en especial los de tristeza, soledad, abandono, rechazo), las cuales tiende a expresar a través del exceso de conducta motora y síntomas ansiosos. Percibe a su ambiente familiar con pocas oportunidades para expresar dichos sentimientos y ser acompañado, por lo que en general tiende a reaccionar de manera ansiosa e impulsiva.

Cabe resaltar que “Edgar” es un niño muy sensible a los cambios, los cuales en la mayoría de los casos no se le anticipan ni se le comunican (Ej.: la muerte de su prima), por lo que ha adoptado conductas disruptivas tales como pegar, insultar, hacer berrinche y desobedecer, como una forma de manifestar su desacuerdo y ejercer control ante lo imprevisible. Asimismo muestra muy poca tolerancia a la frustración, teniendo pocas oportunidades para dicho aprendizaje ya que en casa lo presionan constantemente para que haga las cosas rápido y bien.

En cuanto a su núcleo familiar, se observa que “Edgar” presenta gran ansiedad al hablar de su familia. Percibe al ambiente familiar como caótico,

estresante, agresivo y depresivo, y a sus miembros como agresivos, rígidos y con poco control de impulsos.

Se identifica con su padre, a quien admira y percibe más cercano afectivamente. Expresa sentirse acompañado y querido cuando está con él, y manifiesta preocupación y angustia respecto a su estado de salud y temor ante la posibilidad de que pueda morir. Proyecta culpa en relación a la enfermedad del padre y manifiesta temor a que éste muera y que no exista quien pueda satisfacer sus necesidades.

En relación a su madre, mantiene un vínculo ambivalente, ya que en ocasiones comenta que la quiere mucho y quiere estar cerca de ella, y en otras la percibe muy demandante y poco accesible para contactarla y comunicarse afectivamente con ella. También manifiesta preocupación respecto a su estado de salud.

Sobre su hermano, "Edgar" lo visualiza como intrusivo, agresivo y poco confiable. Expresa sentimientos de rechazo y temor, ya que lo visualiza como una persona hostil que lo devalúa y lo agrede constantemente.

Respecto a sus pares, "Edgar" es un niño que tiende a ser excluido cuando reacciona de manera agresiva al no salirle las cosas como él quiere, al empeñarse en hacer lo que el desea, o cuando alguien lo critica o hace algún comentario de broma acerca de él. "Edgar" percibe exclusión y rechazo por parte de sus compañeros, lo cual le hace sentir gran enojo, tristeza y frustración. Desearía ser aceptado por el grupo de pares, pero se aísla y tiende a ser agresivo con ellos.

En cuanto a su rendimiento intelectual, a "Edgar" se le aplicó la escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV) para valorar su nivel

general de funcionamiento cognitivo. En este instrumento "Edgar" obtuvo un Índice de Comprensión verbal (ICV) de 81, un Índice de Razonamiento Perceptual (IRP) de 79, un Índice de Memoria de trabajo (IMT) de 99, y un Índice de Velocidad de procesamiento (IVP) de 109, y una capacidad intelectual global (CIT) de 87 +/- 5. Su desempeño general se colocó en el rango "PROMEDIO BAJO", y es igual o mayor que el del 19 % de los niños de su edad (percentil 19). Las probabilidades de que el rango de puntuaciones entre 82 y 92 incluya su CI verdadero son de cerca de 95 de 100.

En términos generales se observa que "Edgar" cuenta con las habilidades necesarias para aprender una tarea desconocida que implique tanto la velocidad de la operación mental como la psicomotora. Asimismo se observa que es capaz de retener información temporalmente en la memoria y utilizarla o manipularla para producir un resultado. Por otro lado, muestra una adecuada capacidad numérica y de codificación, buena coordinación visomotora, y adecuadas habilidades para realizar una síntesis, seguir una secuencia, y discriminar información visual a simple vista.

No obstante, se observa que su rendimiento baja cuando se encuentra ante tareas que requieren pensar con imágenes visuales y manipularlas con fluidez, ya que se desespera y tiende a responder de manera impulsiva. En ese sentido, sus dificultades más notables se encuentran en su capacidad de analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos, en procesos de reconocimiento viso-perceptual, y en su capacidad para separar los detalles esenciales de los no esenciales.

Finalmente, en relación a su comprensión verbal, a pesar de tener un buen conocimiento de palabras se observan dificultades para establecer semejanzas entre dos conceptos, para pensar conceptualmente, y algunas fallas en la memoria a largo plazo

h) Conceptualización del caso

La tarea de comprender y conocer a "Edgar" inició desde que leí su motivo de consulta en la lista de espera. Por la forma en que fue redactado, mi primera impresión fue que los padres (y la maestra de la escuela) estaban desesperados y buscaban apoyo "urgente" para poder "controlar" al niño.

Durante las primeras entrevistas, pude corroborar dicha impresión, ya que la madre expresó las constantes quejas que recibía de la escuela debido al comportamiento del niño: "es un niño desobediente", "hace berrinches", "se enoja mucho", "pelea con sus compañeros", "no pone atención". En su manera de expresarse, denotaba desesperación, frustración y el sentirse cansada ante el comportamiento de su hijo. También me expresaba su motivo de consulta personal: el ya no recibir más quejas y no tener más problemas. Al compartirle mis impresiones durante la consulta, la madre asiente y me dice que para ella era muy estresante lidiar con "Edgar" debido a que llevaba un ritmo de vida muy acelerado por su trabajo, tenía problemas económicos, desacuerdos maritales, y muchos problemas con su hijo mayor (al cual refiere agresivo y con problemas de abuso de sustancias). Desde esta perspectiva, efectivamente, la conducta de "Edgar" parecía un problema más a la suma de situaciones que la madre tenía que enfrentar, aparentemente, sin ningún tipo de apoyo.

Por otro lado, al considerar la narrativa de la madre en relación al problema y ponerme en el lugar de "Edgar", pude imaginar el gran peso que el niño estaba cargando al ser etiquetado y constantemente señalado por sus maestros y sus padres. También me hizo sentir que no estaba siendo aceptado en su totalidad, ya que constantemente se le criticaba por su manera de comportarse, lo cual me hizo pensar que seguramente también se sentía enojado, inadecuado e inseguro. Dada la descripción de los problemas que la madre tenía, también pude inferir que "Edgar" probablemente veía a

su ambiente como agresivo, inseguro, y con poca oportunidad para la satisfacción de sus necesidades. Basándome en la teoría de inadaptación psicológica de Rogers (2013), seguramente detrás del “*mal comportamiento*” de “Edgar” se ocultaban varias necesidades que no estaban siendo satisfechas, por lo que en sesiones subsecuentes me dediqué a explorar junto con la madre el contexto que rodeaba a “Edgar” y que probablemente estaba configurando el problema. Me quedaba claro que el niño no era el problema, sino que había fallas en la relación niño-ambiente que estaban dificultando la expresión de su potencial de desarrollo, ya que desde la teoría de campo del humanismo (Axline, 1975), la conducta del niño está influida por la relación con su ambiente.

Para la sesión en que conocí a “Edgar” me sorprendió el nivel de ansiedad y de inseguridad con las que el niño llegó. Asimismo también pude observar, al menos en ese momento, la clara relación entre su conducta y la actitud de la madre, quien en esos momentos se encontraba estresada e irritable por haber llegado tarde a consulta debido a que “Edgar” no estaba listo cuando pasó por él. Al ingresar al cuarto de juegos, fue necesario que “Edgar” fuera acompañado por su madre, situación que me permitió observar de manera más directa la relación entre ambos. De esta manera puede darme cuenta de que la madre se mostraba intolerante ante los sentimientos de miedo y de angustia del niño, y le costaba trabajo leer sus necesidades emocionales. También me di cuenta que “Edgar” era un niño sensible a los cambios y que requería apoyo para adaptarse a situaciones nuevas. Durante esa sesión, dadas mis primeras hipótesis, me enfoqué en ser lo más empática posible con “Edgar” y entender sus necesidades, para así co-crear un ambiente en el que el niño y su madre se sintieran lo más seguros posibles. Para dicho fin, fue necesario poner en práctica las condiciones necesarias para establecer la relación de ayuda (Rogers, 1990) y los principios de relación con el niño de Axline (1975).

A partir de dicho abordaje, la inseguridad de "Edgar" disminuyó notablemente y el niño reportó sentirse seguro porque ya me estaba conociendo, no obstante, siguió presentando conductas ansiosas y desorganizadas en el juego que se relacionaban con temáticas difíciles para él y que mostraban una dificultad para realizar un adecuado contacto con los materiales. Desde un inicio "Edgar" utilizó el juego para poder expresarse y como medio para relacionarse conmigo y comunicarme sus sentimientos, necesidades y preocupaciones.

Dados los elevados niveles de ansiedad y desorganización que "Edgar" presentó en las primeras sesiones, se decidió abordar el caso de manera individual empleando la Terapia de Juego Integrativo Humanista (Bratton *et.al*, 2011) en donde se pone de relieve la relación de ayuda, el funcionamiento saludable e integral del organismo en su totalidad y se abordan temas existenciales como el sentido de la vida, la enfermedad y la muerte.

De esta manera, "Edgar" comenzó a darme pistas no muy claras, pero que en el fondo me transmitían la sensación de que había algo oculto y muy importante que descubrir. Obviamente en esos momentos "Edgar" no estaba preparado para expresar sus miedos de manera abierta, y antes de compartirme su mundo, necesitaba asegurarse de que yo fuera una persona de confianza y capaz de ayudarlo. Dado lo anterior, mi objetivo inicial fue establecer una relación terapéutica en la que "Edgar" se sintiera en confianza y lo suficientemente seguro para explorar sus experiencias, incluyendo aquellas que estaban siendo demasiado amenazantes, como sus fantasías en relación a la enfermedad del padre y la incomprendida muerte de su prima. Para ello fue necesario aplicar los principios humanísticos de la terapia de juego (Axline, 1975), y generar un espacio seguro y protegido en donde "Edgar" pudiera experimentar plenamente todos los aspectos de su

self y su potencial para el crecimiento. En este sentido, el juego fungió como un vehículo de comunicación entre él y su terapeuta, ya que utilizó los materiales de juego para actuar directa o simbólicamente los sentimientos, pensamientos y experiencias que no era capaz de expresar de manera directa a través de palabras (Landreth, 2002; Kottman, 2011). Asimismo fue necesario respetar el propio ritmo del niño, adecuarse a sus necesidades, respetar sus defensas y adentrarse suavemente en su proceso de darse cuenta (Oaklander, 2009)

Dado que se observó que las conductas disruptivas que "Edgar" presentaba estaban relacionadas en su mayor parte al duelo anticipatorio vivido por la enfermedad del padre y otros aspectos familiares, se decidió trabajar el caso en psicoterapia individual y realizar sesiones de orientación con la madre, a fin de sensibilizarla ante las necesidades emocionales de su hijo y orientarla respecto a como acompañar a "Edgar" durante la enfermedad de su padre y como explicarle aspectos relacionados con la muerte.

i) Núcleos de trabajo psicoterapéutico

Habiendo realizado una evaluación completa del desarrollo perceptual, intelectual y socioafectivo de "Edgar" se sugirieron sesiones de psicoterapia con el menor, así como sesiones de seguimiento y apoyo psicoeducativo con la madre. En el trabajo con cada uno se derivaron los siguientes objetivos de intervención:

- **Objetivos de intervención con el niño**

- ✓ Favorecer la integración y la elaboración de la enfermedad del padre brindando información, contención y apoyo en un espacio de confianza que

permita la expresión de fantasías, pensamientos, y sentimientos relacionados con ella.

- ✓ Ayudar a "Edgar" a desarrollar un fuerte sentido de sí mismo y un self más positivo e integrado.
- ✓ Favorecer la toma de contacto respecto a sus sensaciones, sentimientos y pensamientos, ampliando de esta manera la conciencia de su zona interna.
- ✓ Promover una mayor responsabilidad personal y una mayor independencia, favoreciendo la toma de decisiones de manera más determinada.
- ✓ Favorecer una mayor identificación, expresión y regulación de sus emociones, principalmente de las relacionadas con el enojo y la tristeza.
- ✓ Favorecer la toma de conciencia de las diversas funciones de su conducta agresiva (expresar su fuerza, poner límites, expresar su enojo y defenderse) y ayudarlo a satisfacer estas necesidades de una manera más adaptativa.
- ✓ Favorecer un mayor juicio de realidad.
- ✓ Enseñar estrategias de relajación para disminuir la ansiedad.

- **Objetivos de intervención con la madre**

- ✓ Orientación respecto a como explicarle a Edson la enfermedad de su padre (cáncer de pulmón). Brindar un espacio de contención y escucha que

permita la expresión de sentimientos, pensamientos y fantasías relacionados con el hablar de la enfermedad en casa.

- ✓ *Sesiones* de orientación para enseñarle a potenciar la autoconciencia, estimular la autonomía, y fomentar la responsabilidad de su hijo.

- ✓ Asimismo será importante enseñarle habilidades basadas en los principios de la terapia de juego centrada en el niño para aplicarlos en la vida real y tener una relación más afectiva y cercana con su hijo.

3.3. EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

El proceso psicoterapéutico de "Edgar" tuvo una duración de un año un mes, y un total de 63 sesiones. Se incluyeron 12 sesiones de evaluación psicológica, 38 sesiones de trabajo psicoterapéutico con el niño, y 13 sesiones de orientación y de seguimiento con la madre.

A lo largo del proceso se hicieron evidentes varias fases de trabajo, por lo que en este apartado quiero describir las características de cada una de ellas e ilustrar la integración de los principios y técnicas humanistas utilizadas haciendo uso de algunas viñetas clínicas.

Las diferentes fases del proceso de "Edgar" se definieron en función de los cambios que se iban dando en la relación terapeuta-niño, en sus necesidades manifiestas, en el tipo de juego presentado, y en las diferentes temáticas que se iban abordando. Para cada fase se eligió un tópico, con el objetivo de englobar en una frase el contenido principal de la misma. Asimismo se describieron brevemente los aspectos generales de cada fase y se ilustraron algunos puntos con viñetas clínicas e imágenes recuperadas del cuaderno de terapia de "Edgar" y de los materiales empleados. Asimismo en cada fase coloqué algunas de mis reflexiones personales para explicar lo que pasaba en mi relación con "Edgar" y recuperé algunas de las reflexiones y sugerencias a las que se llegaron en las supervisiones in situ como resultado de la integración de los diferentes puntos de vista de mis compañeras y mis supervisoras.

- **Fase 1: Descubriendo lo que pasa en mi familia**

Esta fase tuvo una duración de 10 sesiones. Durante este periodo se trabajó principalmente la relación de ayuda para proporcionar un ambiente en el que

“Edgar” pudiera sentirse lo suficientemente seguro y aceptado para expresar sus sentimientos, actitudes y preocupaciones. Asimismo, “Edgar” pudo expresar a través del juego sus principales conflictos y necesidades, los cuales se relacionaron con: su necesidad de cuidado y atención, sus sentimientos de soledad al percibirse abandonado por sus padres, la agresividad de su hermano, su necesidad de atención médica por las caídas que presenta frecuentemente, la sospecha de que alguien en la familia tenía una enfermedad desde hace mucho tiempo, la fantasía de ser un niño malo y matar a su madre con sus travesuras, y la necesidad de demostrar su fortaleza y defenderse de la agresión siendo él mismo agresivo con los miembros de la familia.

Durante esta fase se dividió el tiempo de sesión en dos partes: a) El “tiempo de actividades”, en donde le proponía a “Edgar” hacer algunos dibujos, completar frases y hacer historias relacionadas con algunas pruebas psicológicas, y b) El “tiempo de juego”, donde “Edgar” tenía la oportunidad de elegir la actividad a realizar con los materiales del cuarto de juegos. Los materiales que utilizó en esta fase fueron: la casita, familia de conejitos, maletín médico, juego de té y comida, comida de juguete, dinero didáctico, hojas blancas, crayolas, plumones, dinosaurios miniatura, y dinosaurio Rex.

En las primeras dos sesiones se realizaron entrevistas con la madre, en donde pude explorar el motivo de consulta, las principales inquietudes en relación al desarrollo de “Edgar”, su historia de desarrollo, y establecer el encuadre de trabajo. Durante estas sesiones pude darme cuenta de que la madre se encontraba muy desesperada al no poder “controlar” la conducta de “Edgar”, y preocupada por los deseos que al niño había expresado de querer morirse para ir a ver a su prima al cielo.

Hasta la tercera sesión conocí a “Edgar”, quien llegó junto con su madre muy acelerado debido a que se habían retrasado por 20 minutos. Cuando salí a

recibirlos a la sala de espera me encontré con un ambiente tenso: la madre se veía molesta y al mismo tiempo apenada conmigo por el retraso, mientras que "Edgar" manifestaba mucha ansiedad (se chupaba el dedo y al mirarme se cubría la cara con el brazo de la madre), dándome la impresión de que se encontraba temeroso ante nuestro primer encuentro y que necesitaba un apoyo para sentirse seguro en esos momentos.

A continuación, transcribo un fragmento de lo que aconteció en esta primera sesión, ya que como menciona Axline (1974), lo que un niño juega, habla o dice durante la primera sesión habla de él mismo.

Salgo por "Edgar" a la sala de espera y me presento. Lo invito a que conozca el cuarto de juegos y de inmediato abraza a su mamá y dice que no quiere. Le digo que veo que es importante para él estar cerca de su mamá en este nuevo espacio, y le pregunto si le gustaría conocer el cuarto de juegos junto con ella. "Edgar" se sorprende ante mi propuesta y se le queda viendo a su mamá, como buscando aprobación; ella lo invita a bajar y lo acompaña al cuarto de juegos.

Al entrar a la habitación, la madre se disculpa por el retraso argumentando que salió tarde de su trabajo y que se trajo a "Edgar" lo más rápido que pudo en un taxi. La escucho y le digo que lo importante es que ya están aquí. Me dirijo hacia "Edgar", colocándome en una silla a su nivel, y le comento que este será el espacio donde estaremos realizando algunas actividades y que mientras eso ocurre mamá nos estará esperando en la sala de espera. "Edgar" comienza a llorar y la mamá de inmediato le pregunta en un tono irritable: ¿Por qué vas a llorar "Edgar"?; el niño al escucharla se altera y comienza a gritar. Le digo a "Edgar" que al parecer le dio miedo la idea de que mamá no estuviera aquí y le digo no se preocupe ya que mamá va estar con nosotros conociendo el espacio. La mamá le pregunta a "Edgar" donde se quiere sentar y el niño señala una silla con una actitud molesta. Después le pregunto si su mamá le dijo como me llamaba y mueve la cabeza diciendo que no y se vuelve a quejar expresando un sonido de molestia; la mamá le dice que se calme y me comenta

que piensa que "Edgar" viene enojado porque hace un rato lo regañó porque no estuvo listo cuando llegó por él y que probablemente por eso viene nervioso. Me dirijo hacia "Edgar" y le digo que a lo mejor también viene nervioso porque no conocía el centro y no me conocía a mi; le digo que yo me llamo Fabiola, que me gusta que me digan Fabi, y le preguntó como le gusta que le digan. "Edgar" comienza a quejarse y la mamá de nuevo eleva el tono de voz y le dice que deje de "pujar" y lo amenaza diciendo que si no me contesta bien ella se va a salir. "Edgar" me dice en voz baja que se llama "Edgarín" y le digo que me da mucho gusto conocerlo. Se calma y la mamá le dice "ya ves...mejor me voy a salir para que platiques bien".

Me pongo de pie y le digo que este será el espacio en donde estaremos haciendo varias actividades juntos; me acerco a uno de los rincones de juguetes y le pregunto "¿que tenemos por acá?" y "Edgar" de inmediato se levanta y se acerca a mi diciéndome que son unos conejitos. Lo voy acompañando a cada rincón de juguetes y va describiendo los elementos que va observando (casa, bebés, accesorios de cuidado). Después nombra un helado; lo tomo y hago como si lo saboreara y le digo "mmm que rico helado"; "Edgar" muestra una gran sonrisa y se ríe, y le reflejo que ya sonrió. Luego sigue más animoso identificando el resto de los juguetes por el mismo (ya sin mi acompañamiento) y diciendo en voz alta lo que va observando. Al terminar su recorrido le digo que el día de hoy, si así lo decide, trabajaremos con los materiales que él elija y que mientras mamá estará esperándolo en la sala de espera; hago énfasis en que mamá no se va a ir y le muestro el reloj y le digo cuanto tiempo estaremos trabajando y a que hora nos vamos a despedir para reunirnos nuevamente con su madre. "Edgar" dice que sí y acompañamos a su mamá a la sala de espera; observo que ahora el niño tiene más energía, se muestra más desenvuelto y sube sonriente las escaleras.

A partir de estos primeros minutos de encuentro pude observar que la relación entre "Edgar" y su madre era complicada, ya que la madre se mostraba intolerante y poco sensible a las necesidades del niño. Durante la sesión mostró rechazo a los sentimientos de miedo y ansiedad del niño, lo

cual me hizo pensar dos cosas: por un lado, que la madre tenía dificultades para contactar su propia vulnerabilidad, y por el otro, que dichas dificultades le impedían aceptar en su totalidad a "Edgar", por lo que una de las piedras angulares del proceso sería el trabajar sobre los sentimientos de miedo y tristeza, y la aceptación positiva incondicional en la relación con el niño.

Asimismo pude observar que "Edgar" era muy sensible a los cambios y que requería apoyo y sentirse entendido en sus necesidades para tener la confianza de explorar el ambiente por sí mismo. Dado lo anterior, sentí que era necesario mostrar una actitud empática y sensible con "Edgar" a través de la cual el se animara a explorar sus experiencias.

En esa misma sesión, y en algunas de las sesiones posteriores, "Edgar" se mostró completamente distinto a como llegó en su primera sesión. Manifestaba gran entusiasmo y su nivel de energía era muy elevado, dándome la impresión de que quería aprovechar al máximo todos los materiales del cuarto de juegos. "Edgar" verbalizaba todo lo que veía y saltaba de un estímulo a otro de manera muy rápida manteniendo muy poco contacto con los objetos que iba percibiendo. Ante dicha actitud, me enfoqué en mantener una relación tranquila, segura y amigable con el niño, pese a la dificultad que tenía para seguirlo, e iba haciendo reflejos simples que le permitieran saber que lo estaba acompañando y escuchando.

En la sesión 4 "Edgar" manifestó el sentirse seguro diciéndome: *"ya no me siento nervioso porque ya empecé a conocerte"*. Llegó brincoteando al cuarto de juegos diciendo de manera sonriente que se sentía *"como caperucita roja"*. Le digo que me pregunto si sentirse como caperucita es sentirse muy contento, y me dice que sí, y sigue brincoteando en el cuarto de juegos. Me dice que en la semana estuvo volviendo loca a su mamá porque le preguntaba todos los días si ya iba a ser miércoles para venir conmigo. Le reflejé que en

esos momentos se sentía emocionado de estar en el cuarto de juegos y le pregunté que de estar en el cuarto de juegos le emocionaba más. "Edgar" sin dudar, eligió la casita y la familia de conejitos, con los que empezó a crear historias en esa sesión y en las siguientes, fungiendo como director principal. A través del juego de la casita durante varias sesiones fue construyendo una historia cuyas temáticas se relacionaban con la agresión del hermano, ataques a la familia, luchas contra agresores, y la muerte de todos los miembros de la familia. "Edgar" adoptaba varios roles y asimismo me asignaba personajes y me decía mis diálogos.

A continuación describo la historia recopilada de las sesiones 4, 5 y 6:

"Pocho", el hermano mayor, tira al bebé varias veces del columpio y culpa a otro niño. La madre se acerca y revisa su video secreto para darse cuenta que "Pocho", molesta al bebé. La mamá lo regaña y el hermano mayor aparenta cambiar frente a la madre pero sigue molestando al bebé a escondidas.

En eso llega el dinosaurio Rex y comienza a atacar a la familia de conejos. Los conejos lo atacan pero no pueden vencerlo y el dinosaurio Rex los golpea con su cola. La "hermana grande" dice que es inútil enfrentarlo porque el dinosaurio Rex es mucho más grande y más poderoso.

El dinosaurio Rex se dirige hacia el cuarto de los padres y el papá le dice a su esposa que corra. En eso "Pocho" tiene una idea y dice que va a ir al baño. Los demás ternurines le reclaman a "Pocho" y el dice "bueno...esta bien....sólo bromeo". Luego a la familia se les ocurre matar al dinosaurio con un cuchillo y se organizan para distraerlo. La hermana grande va a distraerlo y "Pocho" agarra el cuchillo y se lo clava. Los conejos piensan que vencieron al Rex. "Edgar" me dice en voz baja que si los conejos le clavan el cuchillo ahí no le pasa nada que tiene que ser cerca del cuello, por lo que el dinosaurio Rex no muere y se esconde.

"Edgar" me dice que recuperemos a todos los heridos y los llevemos al hospital. La mamá conejo dice "ahhh llévenme al hospital...estoy cansada". "Edgar" me dice que yo soy la doctora y me indica que los tape y les de sus medicinas. A la hermana le pongo un yeso en el brazo.....

En eso llegan otros conejitos y le preguntan a la familia que pasó. La hermana grande les cuenta lo sucedido y en eso el dinosaurio Rex habla y dice que los engañó y que solo fingió pero que aún está vivo. Los conejitos se asustan y "Pocho" agarra el cuchillo y se lo avienta al dinosaurio en la cola pero falla. Reflejo que al parecer ese dinosaurio es invulnerable y quiere destruir a la familia a como de lugar. Al final el rex ataca al bebé y a la hija mayor. El bebé pregunta: "¿Quién podrá salvarnos?" y la hija mayor dice "Eso no puede ser...alguien debe de atacar a ese dinosaurio Rex y salvarnos".

Después "Edgar" dice: "Dos horas más tarde....todos estaban en el cementerio llorando". La hija le pregunta a su papá que pasó y éste le dice que mire lo que dice la tumba. La hija le dice que no alcanza a ver y el papá le comenta que "está escrito el nombre de tu madre". La hija llora y "en eso sale la mamá de la tumba y se va al cielo". La hija pregunta como fue que su mamá murió si apenas ayer regañó a su hermano por hacer una travesura. "Edgar" dice que "Pocho" y el bebé eran malos y me invita a que vea una cámara secreta en donde se grababa como había muerto ("Edgar" repite la escena con los conejitos y me muestra como el hijo menor le dispara a su mamá porque lo castigó). La hija ve el video y le avisa a su papá y éste se desmaya. Le pregunto a "Edgar" que pasaba después y dice que la hija preguntaba "ahora quien cuidará el negocio de mamá". El papá castiga a los dos y le dice al mas chico que está muy castigado por dispararle a su madre. "Y en eso llegaba la hermana de la mamá a verla...." y la hija le avisaba quien había muerto porque su hermano menor le había disparado. La tía va a la recámara de los hermanos y pregunta "¿Quién de ustedes le disparó?; los hermanos no contestan y la hermana le dice a la tía quien fue. El hermano menor le dice a la hermana que está loca y la avienta. Luego le dice a su tía que él no quería que lo

castigaran y se dirige al papá y le empieza a pegar también. El papá también muere. Luego el hermano menor ataca a la tía y también la mata.



Como podrá observarse en la historia, "Edgar" pone en juego su relación con su hermano y muestra como es agredido por él y como éste finge no hacerle nada en frente de la madre. También se observa como a veces se identifica con el bebé de la familia (en su necesidad de ser cuidado y protegido de las agresiones del hermano), pero a veces también con el hijo mayor (en su comportamiento agresivo y burlón hacia la familia), refiriendo que tanto el hijo mayor como el menor son "malos". Al final de la historia se observa como el hijo menor mata a la madre por haberlo castigado, y después como mata al papá y a la tía por regañarlo y castigarlo por haber matado a su mamá. De ahí podemos observar la poca tolerancia a la frustración de "Edgar" y la dificultad para aceptar límites, así como la fantasía de retaliación al "matarlos" para vengarse por haberlo castigado. En cuanto al dinosaurio que ataca a la familia y que los lastima, "Edgar" me comunicaba de la existencia de algún "agente externo" que estaba afectando a la familia y que al parecer era invisible. Ahora la tarea era seguir las pistas que "Edgar" me daba a través del juego para descubrir de quien se trataba.

En otras ocasiones, también jugamos al doctor, en donde manifestó su temor a la enfermedad. A continuación describo una historia de la sesión 7:

"Edgar" dice que ahora estábamos en una mansión y que teníamos mucho dinero. Me dice: "te tienes que llevar todos los billetes porque tú eras la paciente y yo era el doctor". Después me pide que me acerque con mi hijo y dos dinosaurios que me entrega. Le pregunto quien era mi hijo y dice que él y que "cuando venía estaba enfermo...tenía la cara gris....y tosía dos veces...cof...cof....ahh y no podía dormir".

"Edgar" comienza a actuar su papel de hijo y yo digo en voz alta: "Doctor, doctor, mi hijo está enfermo....tose mucho, tiene la cara gris y no pudo dormir en la noche....que puedo hacer doctor?". El doctor dice: " No va a doler mucho...me temo que lo voy a tener que inyectar... pero primero lo vamos a revisar". "Edgar" abre el maletín y se autorevisa la boca, los reflejos, y la presión mientras yo le pregunto al "doctor" como ve a mi hijo. El doctor dice "está completamente dormido...necesita una enyesada y tiene algo muy grave desde hace muchos años". Le pregunto que es lo que tiene y dice "hace muchos años le tuvimos que dar una inyección y no vinieron....porque era a las 03:30 y ustedes llegaron a las 05:15...por eso ya tuvimos que cerrar cuando ustedes vinieron".

Al término de la sesión 7 me encuentro a la madre en la sala de espera. Mientras le hago su recibo para que efectúe su pago, le pregunto si se encuentra bien ya que la notaba dispersa y con el rostro un tanto preocupado. La madre dice: "no me ha ido nada bien desde la enfermedad de mi esposo" y rompe en llanto. De inmediato se limpia las lágrimas y se controla al ver que "Edgar" se acercaba para no llorar frente a él. Su respuesta me sorprende, ya que hasta ese momento no me había mencionado nada de la enfermedad de su esposo ni en las entrevistas ni en la Historia Clínica. Dado lo anterior, le digo que lo que me comenta es algo importante

que necesita hablarse en privado. Le doy cita esa misma semana ya que el centro comunitario estaba por cerrar debido al periodo vacacional.

Para la sesión 8 exploro junto con la madre lo relacionado a la enfermedad de su esposo. Durante esa sesión me dedico a escucharla y a contenerla, refiriéndome que no había podido expresar como se sentía por el exceso de trabajo y por la necesidad de mostrarse fuerte ante su esposo. A continuación describo lo que la madre comentó en relación a la enfermedad del padre:

La madre refiere que desde hace dos años su esposo comenzó con crisis de tos recurrentes y flemas. Le hicieron espirometrías y le dijeron que tenía muy dañado su pulmón (aprox. de unos 60 años de edad) a causa de un químico que utilizaba en su trabajo de carpintería. Los médicos le recomendaron que cambiara su trabajo y dejara de fumar (fuma desde los 16 años) ya que de lo contrario podría requerir de respiración artificial con tanque de oxígeno. Sin embargo, debido a que los gastos de la casa eran muchos, el padre postergó su salida del trabajo y siguió fumando a escondidas. En Abril de 2011 sus crisis aumentaron y le comienzan a dar toses más fuertes, le falta el aire y se le dificulta mucho dormir. Le empiezan a dar crisis respiratorias que requerían de internamiento para suministrarle oxígeno. En Octubre de 2011 su salud empeoró y la tos se agravó, teniendo mayores dificultades para conciliar el sueño. A principios de Diciembre de 2011, los médicos le detectan enfisema pulmonar en el INER. Le dicen que además le está bajando la oxigenación y por ende es posible que le de cáncer en la sangre (leucemia). A mediados de Diciembre de 2011 los médicos le diagnostican cáncer de pulmón en nivel avanzado. La madre refiere sentirse deprimida, al igual que su esposo, por la situación. Dice que su esposo le ha comentado que le angustia mucho que no vaya poder ver a "Edgar" crecer y que su hijo mayor no tenga algún cambio en su conducta ("es muy rebelde"). La madre piensa que esto le ha afectado a "Edgar" ya que constantemente dice que su papá está enfermo. La madre dice

que *"si esta enfermo y que no lo debe de hacer enojar y portarse bien"*.
Comenta que no han sabido como explicarle a "Edgar" lo que pasa.

La sesión con la madre fue muy reveladora ya que me aclaraba mucho el origen de los juegos de "Edgar" y le daban sentido a las pistas y problemas que él me planteaba. Ahora me quedaba claro quien era el dinosaurio Rex que estaba atacando a la familia. A través del juego "Edgar" comenzaba expresar sus fantasías y temores en relación a la enfermedad primero jugándola en él, ya que en esas sesiones se encontraba enfermo de la tos.

Durante la sesión 8 le comento a la madre que en esos momentos sería importante que busque un espacio de atención psicológica para hablar de lo que siente, por lo que le sugiero que se anote en la lista de espera del Centro Comunitario (semanas más tarde me dice que ya esta en tratamiento). Asimismo le comparto que me daba la impresión de que se percibe sola frente a todos los problemas que están afectando a su familia, por lo que la apoyo para identificar sus redes de apoyo. Le comento que en estos momentos "Edgar" necesitaría de un ambiente que lo haga sentir seguro y le digo que para el niño era importante saber que todas sus necesidades serían satisfechas (cuidado, alimentación, escuela, etc). La invito a pensar quien la puede apoyar para garantizar que sean cubiertas las necesidades de su hijo cuando ella no esté y de inmediato piensa en su hermana mayor. También le digo que veo que en estos momentos es difícil para ella y su esposo hablarle a "Edgar" de la enfermedad de su padre, y valido que se sienta así ya que ella misma apenas está *"digiriendo la idea de la enfermedad"*. Le comento que regresando de vacaciones fijaremos una fecha para tener otra sesión en donde abordaremos ese tema.

Durante la sesión 9 exploro con "Edgar" como le había ido en vacaciones y cómo estaba su familia. "Edgar" me comparte por primera vez (y con mucha ansiedad) un comentario en relación a la enfermedad de su padre:

Le pregunto a "Edgar" como está su familia y comienza a realizar movimientos con sus dedos y achuparse los labios. Finalmente me dice: *"Bueno....mi papá no puede dormir porque tiene mucha tos....y luego ya lo inyectaron 15 veces....mi mamá lo inyecta en la casa....y en el doctor pues el doctor"...."Cuando despierto yo digo....ayyy ojalá ya no tosiera porque no pude dormir en una semana por sus tosidos....hasta hoy venía bien cansado de la escuela". Después "Edgar" cambió de tema y me dice que me apure con mis actividades porque ya quiere jugar.*

Algunos otros aspectos importantes de la fase 1, y que se dieron de manera alternada a las sesiones de juego fueron:

a) Las pistas en "tiempo de actividades"

Un aspecto que me llamó mucho la atención acerca de la conducta de "Edgar" fue el que en varias ocasiones interrumpió la evaluación para ponerme problemas y adivinanzas, en donde me ponía a prueba para saber si era capaz de encontrar las respuestas a sus planteamientos. En otras ocasiones me preguntaba a manera de reto si recordaba partes de los juegos de las sesiones anteriores o los finales de las historias, manifestando su duda de si sería capaz de recordarlo o no. Asimismo cuando me veía haciendo anotaciones con frecuencia se paraba para verificar que escribiera lo que el me decía al pie de la letra y que no omitiera ningún detalle. A menudo me preguntaba: No me ocultas nada, verdad?, y al preguntarle que pensaba que podría ocultarle cambiaba de tema.

Lo anterior me hacía pensar que para "Edgar" era importante verificar que pudiera ser una persona confiable para hablarme de sus principales temores. Asimismo me dí cuenta de que las actividades o dibujos que hacíamos eran símbolos que se relacionaban con el padre, como más tarde pude entender al avanzar el proceso. En la manera en como "Edgar" se relacionaba conmigo

durante la evaluación también pude darme cuenta que el niño veía a las figuras de autoridad como personas que ocultaban información, de poco confiar y que le ponían poca atención.

A continuación describo un fragmento de la sesión 4:

Le pido a "Edgar" que tome un hoja blanca y elija un lápiz. Le pido que haga el dibujo de una persona. "Edgar" dice que ahorita lo hace que nada más me va a poner un problema y comienza a escribirlo en una hoja. Escribe: "J" tiene 1000 sellos, si se le perdieron 100 ¿Cuántos sellos tiene?. Después escribe una "R=" en grande para que escriba mi respuesta. Me dice que no voy a poder porque es una pregunta muy difícil. También me pregunta si se quien es "J" y al preguntarle quien es me cambia el tema y se para y coloca una silla enfrente del pizarrón.

Ahora "Edgar" dice que escribiremos en el pizarrón y toma los plumones. Prueba uno para ver si se puede escribir en el pizarrón con él y dice: " a ver...serán adivinanzas de dibujos...tendrás que adivinar lo que yo dibujeharé tres dibujos". Primero dibuja un reloj y le digo que dibujó un reloj de Ben 10; dice que no, que es un reloj pero que me la va a dar por buena porque primero dije "un reloj". Después dice que dibujará algo muy difícil...se retracta y dice "no...porque tu no puedes resolver preguntas muy difíciles"; le reflejo que al parecer duda que pueda resolver algo difícil y no contesta y comienza a dibujar. "Edgar" dibuja a un hombre muy fuerte y con short; le digo que es Hulk y escribe en el pizarrón la palabra "sí" en grande. Después dice que dibujará uno más difícil y dibuja una jeringa. Nuevamente le acierto, y me pregunta a quien van a inyectar, pero después cambia de tema y dice que quiere seguir con el dibujo de la persona.

¹ El nombre del padre empezaba con "J".

b) Límites en relación al cuidado del cuerpo

Durante esta fase me dí cuenta de que a "Edgar" le costaba tener control sobre su cuerpo cuando se sentía emocionado, por lo que concentré en realizar reflejos de lo no verbal para facilitar que se diera cuenta de lo que pasaba en su cuerpo cuando su nivel de energía estaba elevado. También marqué algunos límites en relación al cuidado de su cuerpo, debido a que constantemente se pegaba con las sillas o los juguetes por sus movimientos acelerados. Ante dichos límites "Edgar" respondía con enojo diciéndome *"Si, si, tengo que cuidar mi cuerpo"* como si fuera algo que ya hubiese escuchado en casa. Dado lo anterior, en alguna de las sesiones posteriores tuve que hacer otra intervención diciéndole: *"Edgar, veo que no te gusta escuchar que te repita que cuides de tu cuerpo, sin embargo, quiero que sepas que mi trabajo es mantenerte seguro en este espacio"*. Después de dicha intervención, noté que en sesiones posteriores "Edgar" ya empezaba a mostrar preocupación por su cuerpo, tal como sucedió en la sesión 7:

"Edgar" se baja abruptamente de la silla y se pega en la espalda con el filo del pizarrón. Le pregunto si está bien y me dice que le revise para ver si no se hizo una raspadura o algo así; le reviso y le digo que solo tiene rojito. Antes de que le dijera algo más menciona: "De seguro me vas a decir: recuerda que en este tiempo no nos podemos lastimar...por eso te dije que me revisaras mi espalda". Le digo que así es y que ahora veo que se está preocupando por no lastimar su cuerpo. "Edgar" dice que si porque ya tiene muchas cortaduras (refiriéndose a los raspones y heridas de brazos y piernas producto de sus movimientos acelerados).

c) Preocupación por el término de la sesión:

Durante esta fase "Edgar" mostró mucha preocupación por el tiempo de sesión, preguntándome a cada rato cuantos minutos le quedaban. Ante dicha

situación le hacía reflejos de sentimiento como: *"Veo que te preocupa que la sesión vaya a terminar"*, *"Te angustia que el tiempo avance"*. Dado lo anterior, tomé la decisión de mostrarle a "Edgar" el reloj y explicarle que su sesión duraba una hora y que cuando la manecilla grande llegara al 6 (su sesión terminaba 16:30) significaba que la sesión habría terminado. Lo anterior me permitió brindarle a "Edgar" la posibilidad de saber en el momento en el que él quisiera cuanto tiempo restaba sin tener que depender de lo que yo le dijera. Conforme avanzaron las sesiones se mostró más tranquilo en ese aspecto.

También le avisaba a "Edgar" 10 minutos antes del término de la sesión el tiempo restante para que decidiera como quería terminar su juego del día, y 5 minutos antes para recoger los materiales. Ante dichos límites "Edgar" intentaba en un inicio seducirme *"haciéndome ojitos"* o *"hablándome bonito"*; posteriormente, al darse cuenta de que no le daban resultado, comenzó a expresar su frustración saliendo molesto del cuarto de juegos. Para el periodo vacacional fue necesario hacer uso de un calendario, en donde "Edgar" pudo marcar los días que no nos veríamos y contar los días que tendrían que pasar para volver a sus sesiones. En ese tiempo, le dije que se llevaría una tarea la cual era *"aprender a esperar"*. "Edgar" de inmediato protestó y dijo que a él no le gustaba eso, e intentó convencerme para vernos en vacaciones *"haciéndome ojitos"* y suplicándome. Le dije que entendía que él disfrutaba mucho sus sesiones pero que había reglas en el Centro Comunitario que aplicaban para él y para mí, y que los dos tendríamos que esperar que las vacaciones terminaran para volvernos a ver. A regañadientes dice *"Esta bien...esta bien...ya nos vemos en Enero"*.

d) Dificultad para pedir ayuda

Durante esta fase pude observar que a "Edgar" le costaba trabajo pedir ayuda. Cuando no podía destapar un juguete o hacer algo en específico sólo

se quejaba. Ante dichas conductas no lo auxiliaba pero le hacía saber que cuando necesitara mi ayuda me la podía pedir. Las respuestas de "Edgar" en un inicio fueron de ignorarme y cambiar de actividad, y conforme avanzaron las sesiones me pedía apoyo en ocasiones con un tono de molestia empleando frases como *"bueno...necesito ayuda.... ya?"*, y en otras en un tono de angustia y desesperación *"ya ayuuuuudaaaameeeeeee por faaavoooooor"*. En ambos casos le reflejaba los sentimientos que estaban detrás de sus peticiones.

- **Fase 2: Reconociendo mis fortalezas, mis necesidades y mi poder de "enojación".**

Esta fase comprendió de las sesiones 11 a la 25. Se concluye evaluación psicológica y retroalimenta a "Edgar" y a su madre respectivamente acerca de sus fortalezas, necesidades y aspectos por trabajar. Asimismo se tienen dos entrevistas adicionales con la madre: una para trabajar el como hablarle a "Edgar" de la enfermedad de su padre, y otra de seguimiento para explorar los avances del niño y la evolución de la enfermedad de su esposo.

Durante esta fase la madre comenta que el padre ingresa a un tratamiento especial para encapsular el cáncer y que los médicos reportan una buena evolución.

A partir de esta fase la estructura de las sesiones cambia. Le comento a "Edgar" que las sesiones serán de "tiempo de juego" y que en ocasiones tendremos "tiempo de actividades" cuando le traiga algún material especial que le ayude a conocerse mejor. Asimismo, debido a que en la fase anterior "Edgar" dibujaba y me hablaba de varios superhéroes como el Hombre Araña y Venom, decido llevar al cuarto de juegos un kit de superhéroes y villanos a fin de facilitar la expresión emocional del niño.

Los principales materiales de juego utilizados en esta fase fueron: superhéroes (Max Steel, Spiderman, Hulk) villanos (Venom, "Destroyer-alacrán", "Elementor"), dinosaurios, tortuga de peluche, maletín médico, plumones, pinturas digitales, crayolas, lápices y block de papeles de diferentes texturas. Las principales temáticas que se abordaron se relacionaron con: el reconocimiento de sus habilidades, la integración de su self, la expresión de afecto a la terapeuta, la identificación y expresión de emociones, la tolerancia a la frustración, la expresión de sus necesidades de cuidado y cariño, y el expresar lo que no le gusta a su madre.

Asimismo decido después de la evaluación modificar la periodicidad de las sesiones a dos veces a la semana debido a que las sesiones de juego eran cada vez más elaboradas y me daba la impresión de que el tiempo no era suficiente para el desarrollo de las historias. También en ese cambio estaba implícita mi necesidad personal de que "Edgar" pudiera seguir fortaleciendo su self en su espacio para enfrentar sus situaciones de vida.

De las sesiones 11 a la 13 concluyo evaluación psicológica con WISC-IV. Posteriormente, en la sesión 14, le digo a "Edgar" que hemos terminado el "tiempo de actividades" y que ahora quiero compartirle todas las cosas que noté de él mientras nos conocíamos. En general en esa sesión observo que a "Edgar" le cuesta trabajo aceptar que hablen positivo de él ya que él mismo se define desde lo negativo. Sin embargo, es capaz de encontrar una forma de escucharme a través del dibujo, y finalmente mostrarse orgulloso de sus habilidades.

A continuación incluyo un fragmento de lo que sucedió esa sesión:

...."Edgar" dice que ya conocí todo sobre él y le digo que en este tiempo sólo conocí algunas cosas de él que son importantes y me gustaría compartirle. Me dice que él ya se conoce y añade: "soy berrinchudo, lloro muy fuerte cuando me enoja mucho, lloro na'mas por un simple pellizquito y....a veces uso la violencia... cuando me pegan, me hacen enojar, o cuando me hacen una broma pesada".

Le digo que veo que sólo conoce cosas negativas de él, y que en este tiempo juntos me pude dar cuenta de que también tiene muchas cosas positivas. Le pregunto si quiere saber cuales y se muestra interesado y me pregunta "¿Queeeeé?. Le digo que me pude dar cuenta de que es un niño muy inteligente y muy creativo; "Edgar" se emociona, se me acerca y me pregunta pooor?; le digo que es porque se le ocurren muchas ideas y dibujos muy originales. "Edgar" me interrumpe y dice "muy bien, muy bien, muy bien....muyyyy bieeen"

y comienza a brincar. Le reflejo que le entusiasma escuchar que es un niño creativo. También le digo que le gusta mucho jugar, que es un niño muy sonriente y muy también muy observador, ya que es capaz de darse cuenta de todos los cambios que pasan a su alrededor. Mientras digo esto "Edgar" comienza a inquietarse y a mostrar sus resistencias: toma el block de hojas de colores y me pregunta porque hay muchas hojas de color azul y verdes; luego me empieza a hacer preguntas acerca de unos papeles de colores. Cuando lo noto más tranquilo le comento: "Edgar veo que ahorita estas calmado pero hace ratito te empezaste a distraer mientras estaba diciéndole algunas cosas positivas de ti, te diste cuenta?". "Edgar" se me queda viendo, se levanta y toma unos plumones; luego toma unas hojas y me dice: "Muy bien...dime lo que vas a decir mientras esté pintando...las cosas también se pueden decir cuando estas haciendo algo, no?". Le comento que al parecer le es más fácil escucharme cuando dibuja y le refuerzo que ahora ha encontrado una nueva forma de poder escucharme. "Edgar" mueve la cabeza afirmando y continua dibujando.

Le comento que le decía que era un niño muy creativo e inteligente, y le digo que con creativo e inteligente quiero decirle que hace cosas como las que esta haciendo ahorita (Le señalo su dibujo y le indico los colores y las formas que utiliza). Le digo que también he visto que es muy observador y le recuerdo las primeras sesiones en las que se podía dar cuenta perfectamente si traía un juguete nuevo y si había cambiado los juguetes de lugar.

"Edgar" me cuenta que el otro día un dibujo le salió mal y estaba muy apenado porque su papá se rió : "no sabía dibujar los ojos...sólo la boca y el cuerpo" (dibuja como lo hizo). Agrega que quería aprender a dibujar el cuerpo humano y que su papá le enseñó (me muestra como). Exploro hace cuanto tiempo fue esto y dice que fue cuando era pequeño. Le digo que yo también cuando era chiquita no dibujaba bien y que la mayoría de los niños pequeños no pueden dibujar bien. "Edgar" me pregunta si sé como aprendió a dibujar bien y me comenta que practicó mucho; le devuelvo que esa es otra cosa positiva que tiene ya que en sesiones pasadas comentábamos que es un niño que practica y

practica hasta lograr lo que quiere. "Edgar" dice: "hasta cuando juego Angry birds Río...cuando no paso un nivel lo vuelvo a repetir y después me sale en un dos por tres....a veces las cosas no te salen bien al principio"; asiento y le digo que cuando no le salían bien las cosas en las sesiones me dí cuenta que se llegaba enojar un poco y se desesperaba, pero que después lograba controlarse y continuaba intentando hasta que le salía bien.

"Edgar" se voltea y dice: "hasta mira lo que ya se hacer" y empieza a chiflar; le reflejo que ya aprendió a chiflar y dice que ahora en vacaciones estuvo practicando su chiflido. Le digo que nuevamente estuvo practicando algo hasta que desarrolló su habilidad para chiflar. "Edgar" toma un plumón y escribe en el pizarrón "tengo habilidad" y se lo reflejo. Me dice: "ves que si me esfuerzo" y le digo que al parecer le gusta que los demás reconozcan lo que hace.

A partir del reconocimiento de las habilidades de "Edgar" en esta sesión, me percaté de que el niño manifestó la necesidad de que su familia viera los trabajos que hacia en su sesión y reconociera sus logros también. Es por ello que durante esta fase y en la siguiente, "Edgar" pedía que su mamá y/o su tía materna (quienes regularmente lo acompañaban a sus sesiones) entraran al cuarto de juegos al termino de las sesiones para observar sus trabajos.

Para la sesión 15 "Edgar" llega muy emocionado a su sesión. Trabajamos con algunas técnicas de dibujo para facilitar la expresión de sus sentimientos. Lo anterior permite que "Edgar" se anime a compartirme el cariño que me tiene, lo cual me hace confirmar que la relación de ayuda se ha establecido, ya que el niño ha encontrado un espacio para expresarse libremente y en donde se siente en confianza y el respeto. Al crearse la relación de ayuda se da pie a que se manifieste el cariño entre las personas, tal como sucedió con "Edgar" y conmigo. A continuación describo un fragmento de dicha sesión:

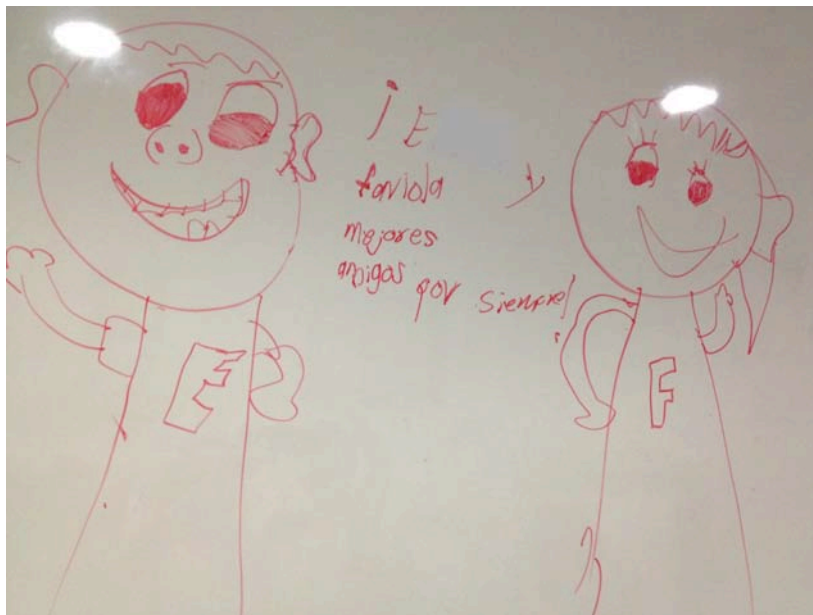
"Edgar" arriba a su sesión y dice: "es que tengo tantas emociones hoy...de que no te vi en 7 días"; le comento que el regresar a su espacio le hizo sentir

muchas emociones a la vez y que será importante saber cuales emociones está sintiendo hoy. Le digo que tal vez se pueda ir guiando con el cuadro de las emociones para saber como se siente. "Edgar" busca su emoción pero no lo encuentra; me pregunta donde está el muñeco de emocionado y le digo que esa emoción no está en el cuadro pero que la puede escribir en el pizarrón. Tomo un plumón y escribo: "'Edgar" hoy se siente...." y "Edgar" responde de manera entusiasta "¡Emocionado!". Toma un plumón rojo y lo escribe en mayúscula y con signos de exclamación; me dice que le pone signos para que se vea que exageró. Luego escribe "wow...wow....wow" y le digo que ese wow tres veces me hace pensar que esta muy muy muy emocionado. "Edgar" dice que si. Luego le pregunto que forma tendrá su emoción y dice: "circular...enorme...inmensa...del tamaño del mundo" y traza un gran círculo. Exploro que color tendría su emoción y dice que sería de todos los colores, por lo que toma el bote de plumones y colorea el círculo. Finalmente le pregunto en que parte del cuerpo siente la emoción y dice que en todo el cuerpo; luego se corrige y dice que sólo en su corazón, y dibuja un corazón.

Después del ejercicio le digo que ahora tenemos que descubrir que de estar aquí lo tiene tan emocionado. "Edgar" se queda pensativo y dirige su mirada al cuadro de las emociones. Luego me dice: "está bien, está bien...me siento enamorado". Muestro interés hacia lo que dice y le pregunto de quién y me dice que empieza con la letra "F". Me quedo pensando y le digo que se me ocurre que tal vez sea "F" de Fernanda y dice que no ;le digo que entonces puede ser "F" de Frida y dice que tampoco; finalmente le digo que entonces puede ser "F" de Fabiola y "Edgar" se emociona y cierra los ojos. Entiendo que se está refiriendo a mi y le digo que tal vez en éste tiempo que hemos trabajado juntos me ha llegado a tomar mucho cariño y le pregunto si tal vez eso es lo que me trata de decir. "Edgar" abre los ojos y dice que si y se tapa la cara y se pone rojo. Le digo que ahora se siente apenado y que no es malo expresar lo que siente; le digo que este es su espacio y que está bien expresar lo que siente, lo que le gusta, que no le gusta, que lo hace sentir contento, apenado, triste, enojado, orgulloso (y le nombro las emociones que voy viendo en el cuadro que utilizamos). "Edgar" se queda pensativo y me pregunta

porque donde dice travieso hay un niño con una gorra y una resortera; le digo que en este espacio también puede ser travieso.

"Edgar" se emociona y dice "Este es mi espacio...este es mi espacio" y borra el pizarrón y toma de nuevo el plumón rojo y hace este dibujo hasta el término de la sesión. Al terminar su dibujo le comparto que también es un niño especial para mi y he disfrutado acompañarlo en su crecimiento durante este tiempo. "Edgar" se emociona y me pide que le tome foto a su dibujo para que lo podamos ver después.



En las siguientes sesiones "Edgar" se percata de que puede reparar, tal como lo hizo en la sesión 17 cuando me pregunta si me molesta que esté pintando mi vaso. Yo le reflejo su temor a que me enoje por pintarlo y me dice: *"ya sé... no te enojas ¡porque este es mi espacio!... puedo limpiar y no pasa nada"*. También empieza a manifestar conductas de cuidado hacia los materiales al asegurarse que queden bien tapadas las pinturas y cerrar los colores que no utiliza.

Siguiendo con el tema de reparar, en la sesión 18 me comparte mientras dibuja: *"a veces no querrás ver esto...a veces luego maltrato los juguetes"*

porque a veces cuando juego los aviento de verdady es que como estos juguetes los tienes que comprar". Al escucharlo le digo que al parecer tiene miedo de que al jugar pueda dañar mis juguetes y me pueda molestar. Le digo que en el juego a veces podemos aventar los juguetes y a veces podemos hacer "como si" los aventáramos y que si un juguete se rompe lo podemos reparar. Luego "Edgar" dice: "con la otra psicóloga porque nada más porque se me cayeron dos juguetes cuando los iba poner en su caja me dijo que ya no podría tomar los juguetes". Me dice que yo no haría eso porque "aunque se maltraten tu encuentras una forma de ayudarme a arreglarlos". "Edgar" pone como ejemplo que si la hoja se rompe podemos usar el diúrex; asiento y le digo que si algo se rompe lo puede reparar. "Edgar" dice que si algo de plástico se rompe podemos usar el...(dibuja algo en su hoja y me pide que adivine); le digo que podemos usar el pritt y dice que si

En la sesión 19 "Edgar" trabaja su tolerancia a la frustración y se anima a hacer cosas por el mismo, mostrando un poco más de paciencia al intentar construir algo. dice *"antes me salían los dibujos bien feos...luego practique y practique hasta que me salieron bien"*: le digo que practicando las cosas nos van saliendo mejor.

Después de conversar como le ha ido en la semana, le pregunto a "Edgar" que materiales le gustaría elegir el día de hoy. Me pregunta que hay en una caja y lo invito a que investigue. "Edgar" toma la caja y dice que tiene miedo de que se le caiga; le comento que no creo que eso pase porque es un niño fuerte y confío en que lo hará muy bien. Edgar coloca la caja en los tapetes y saca los bloques de madera. Dice que son bloques porque con esos puedes armar una casa, un coche, y un edificio. Luego se queda pensativo y dice que no sabe como lo armará y luego encuentra el instructivo y lo revisa. "Edgar" decide armar una casa y va contando el numero de piezas que necesita. Se le caen algunos bloques y dice "ohh que la canción....lo admito no se puede" y comienza a guardarlas. Le reflejo que al parecer se siente frustrado y ya no quiere seguir intentando. Lo invito a pensar juntos que puede hacer para que no se

caigan. "Edgar" se queda pensativo y dice que no sabe. Después le sugiero que la armemos en el piso para tener una base más firme. "Edgar" se emociona y prueba si es posible, y puede armar la base y dice que ahora si pudo y lo logró. Intenta armar un segundo piso y dice "no creo que se pueda", lo intenta y junta las fichas para lograrlo. Le reflejo que al juntar las fichas logró armarlo y "Edgar" asiente y se anima a seguir armando. Pone otra ficha más y dice "si se cae me largo"....luego se corrije y dice "no es cierto, si se cae guardo la calma y veo otra forma de hacerlo". Le devuelvo que efectivamente tiene dos opciones: o desesperarse y enojarse, o guardar la calma y seguir intentando. Edson coloca una pieza y logra armar otro piso. Dice que mejor quiere jugar a otra cosa. Le regreso que ahora ha decidido no continuar a pesar de que iba muy bien.

Durante las sesiones 20 a la 23 "Edgar comienza a jugar con Max Steel, Destroyer-Alacrán, Elementor, Spiderman, Venom, y la tortuga. También me incluye en el juego como un personaje más "La doctora gigantesca", que es el nombre que le da a un personaje que yo represento y que cura a los superhéroes cuando se lastiman. A través de estos personajes "Edgar" pudo representar nuevamente como visualizaba su ambiente familiar y sus necesidades principales: de cariño, atención y cuidado. Asimismo manifiesta que el enojo es una emoción que le sirve para defenderse de burlas y ataques, y expresa su deseo de no tener una madre agresiva.

"Edgar" toma a Max Steel y ataca a Destroyer mientras está durmiendo. Le reflejo que Steel hizo un ataque sorpresa. Steel y Destroyer comienzan a luchar, y al ir perdiendo Steel le llama a Spiderman para pedirle ayuda. En eso llega "Venom" y ayuda a "Destroyer", y entonces ahora la pelea es de dos contra dos. Los malos estan apunto de vencer a Spiderman y Max Steel cuando "Edgar" hace una pausa en el juego y dice: "Y que el equipo del Max era muy grande y que llegaba un fuertudo"....

....En eso llega Hulk y todos se ponen contentos y le piden ayuda. Hulk salva a Max Steel y éste ultimo le pregunta como supo que necesitaban ayuda. Hulk le

dice que escuchó su alarma y que por eso vino, y Max Steel le dice que esa es una buena razón y le pide que lo ayude a recuperar a Spiderman. Hulk se enoja y dice: "nadieeeee veeenceee a HUUUUULKKKK". "Edgar" me explica que cuando Hulk se enoja mucho se convierte y "él estaba muy enojado porque se burlaban de él"....

Hulk pregunta quien sigue y "Destroyer-Alacrán" dice que lo vencerá con una simple picadita. "Edgar" dice que yo tenía una cámara y grababa cuando "Destroyer-Alacrán" hechizaba a Hulk y lo hacía volverse malo. "Destroyer-Alacrán" le ordena a Hulk que ataque a Max Steel. En eso entra Spiderman y le dice "ven cara de pico...ven a pelar" y Hulk dice: "nadieeee leee diiiceeeee caaaaa de piiiicooooo a HUUUUULKKKK caaaaa de tontoooo". Spiderman le contesta: "Si tu eres un cara de verde" y le pega. En eso entra "Destroyer-Alacrán" y le dice que también lo ayudará a vencer a Spiderman y le dispara con el torbellino. "Edgar" no apunta bien y me da sin querer en la pierna; comienza a reírse y dice que los golpes lo hacen reír mucho ; le digo que una de las cosas que no podemos hacer en el cuarto de juegos es lastimarnos; Edson dice "ya, ya perdón...perdón".

"Destroyer-Alacrán" dice: "oh no....apunté mal y le di a una señora grandota.... los gigantes vinieron a invadir nuestro planeta....corran, corran". "Destroyer-Alacrán" se desmayaba y le pregunto como se curaba; le reflejo que ya todos los superhéroes estan muy dañados. Edson dice que "Destroyer-Alacrán" no está lastimado y sigue jugando y dice: "haaa podré con esta chava....la picaré". "Edgar" me dice que me defienda de "Destroyer-Alacrán" y hago como si le pegara. En eso entra Hulk y dice "Nadie puede con HUUUUULKKKK" y me ataca. Le reflejo que al parecer todos me quieren atacar el día de hoy. Hulk choca conmigo y rebota y se estrella. "Edgar" dice que ya vencí a todos.

Luego "Edgar" toma a la tortuga y dice que venía mi mascota y me decía "No seas así...no me gusta que seas así". Le digo que no le gusta que sea agresiva y dice: "no, yo no quiero vivir con una madre agresiva...si vas a ser así me voy". Le pregunto quien es ella y dice "soy alguien que no te conocía pero en la

carta decía por favor cuidame y ahora soy tu hija". Le digo que entonces necesita que la cuide y dice: "ajá...cuidame...porque si sigues así...me voy". La tortuga se aleja y le digo que se detenga, que yo tuve que ser agresiva porque todos me estaban atacando y me tenía que defender. La tortuga me dice que la cuide y le pregunto si ella sabe como me puedo defender sin ser agresiva y dice que no. En eso llega "Destroyer-Alacrán" por detrás e intenta atacar a la tortuga. Le digo que no dejaré que piquen a la tortuga y la salvo de cara de alacrán. "Destroyer-Alacrán" me dice: "si no la puedo picar a ella primero te tendré que picar a ti" y me defiende. "Destroyer-Alacrán" logra picarme pero Edson dice que yo también tenía poderes de metal y me protegía. "Destroyer-Alacrán" dice extrañado: "Que??...porque no pasó nada"

"Edgar" dice que "Destroyer-Alacrán" había podido picar un poco a la tortuga y dice "auchhhh". Le pregunto a la tortuguita que pasó y me dice: "me pico....mami se agresiva con todo el villano que conozcas" y le digo que está bien y que la defenderé. Peleo contra "Destroyer-Alacrán" y este dice: "ohh si que esa chava es bien fuerte...ahhh"

Le digo a "Edgar" que ahora tendré que curar a mi hija-tortuga (tomo el maletín y le pongo una venda) y "Edgar" me dice que más bien tendré que curar a todos. Me dice que me apure porque el hechizo terminará pronto y que solo podía curar a unos.

Inyecto a Hulk y comienza a gritar. Hulk dice que si dolió y le digo que el dolor pasará pronto y se aliviará rápido. Le doy sus medicinas y Hulk se las acaba bien rápido. Max Steel despierta y pregunta que pasó. Hulk le explica que le pegó porque estaba hechizado y le pide una disculpa. Max Steel se intenta levantar y se cae; dice que ese golpe si le dolió mucho y pregunta si alguien lo puede curar. Hulk le dice que yo y me señala: "La doctora Fabiola te puede curar". "Edgar" dice que el corazón de Max no palpitaba porque lo habían golpeado muy fuerte, por lo que le digo a Hulk: "Hulk estamos en un problema...no se escucha su corazónnecesito a alguien muy fuerte que le

pueda presionar su pecho para que su corazón pueda funcionar". Le pregunto si me puede ayudar y dice "ohhh mis órdenes están a ti hermosa dama".

Hulk dice que con un solo golpe curará a Max y que eso dolerá un poco. Dice: "háganme enfadar...porque ese golpe fue de enfadación y necesito que me hagan enfadar muchooooo". La tortuga dice que ella piensa en algo: "yo recuerdo el otro día cuando fuiste abañarte yo por accidente vi que Spiderman se subió a la lancha giradora y le dieron ganas de vomitar y vomitó en tu almuerzo". Hulk se enoja mucho y le pega a Max Steel en el pecho; lo revisó y su corazón ya está palpitando mejor.



Para la sesión 25 "Edgar" llega enfermo a su sesión. La madre me comenta que "Edgar" se siente mal pero que aún así le dijo que si se quedaba. Refiere que cuando lo sacó de la escuela estaba temblando y que ahorita "ya se controló". Le pregunto a "Edgar" como se siente y si se quiere quedar y mueve la cabeza asintiendo. A lo largo de la sesión "Edgar" va contactando con sus sensaciones hasta que finalmente es capaz de expresarle a su madre su necesidad de irse a casa y los pensamientos que tuvo al no verla en la sala de espera. Este es el relato:

"Edgar" baja las escaleras tranquilo y con la energía baja. Se acuesta en los tapetes y también hago lo mismo y me acuesto a su lado. Retomo lo que me comentó su mamá en la sala de espera y le pregunto que es lo que siente. "Edgar" dice que dijo que se quería quedar y comenta que está resfriado y que a lo mejor fue porque se durmió destapado.

"Edgar" se levanta y toma unos plumones y unas hojas y comienza a dibujar. Minutos después se queda viendo el cuarto de juegos y dice: "estoy muy aburrido....no se que hacer". Dice que hoy no tiene emociones; le reflejo que hoy lo veo desganado y "Edgar" me corrige y dice que se siente decaído. Asiento y le digo que cuando uno está decaído no le dan ganas de hacer nada. "Edgar" asiente y me pide permiso para ir al baño.

"Edgar" regresa del baño apretando un pañuelo en la mano y se sienta en los tapetes. Le pregunto si se sigue sintiendo mal ya que lo veo con los ojos llorosos, y dice que no y que se siente decaído. Le reflejo que tiene los ojos llorosos y comienza a tallárselos; dice que hoy no tiene ganas de hacer nada. Le pregunto que partes de su cuerpo nota que están decaídas y dice que su cabeza y sus brazos y piernas. Le digo que a lo mejor tiene ganas de descansar y le comento que en este espacio lo puede hacer.

"Edgar" me mira pensativo y se lo reflejo; toma una bola de ligas y la comienza a botar. Me la lanza y jugamos a pasarnos la pelota durante algunos minutos; mientras lo hacemos observo que está decaído y triste, se talla los ojos, se suena con el kleenex, y solloza en voz baja. Finalmente dice: "es que mi mamá me hizo una promesa de que si veníamos a la sesión íbamos a irnos a descansar a la casa....como que quiero llorar, verdad?".

Asiento y le digo que también parece que quiere irse a descansar a su casa y no sabe como decírselo a su mamá y a mi. Le digo que no pasa nada si dice que se siente mal y que lo importante es que él esté bien. Le comento que en éste espacio puede reconocer las cosas que no le gustan o que no quiere hacer, como ahorita "que te estas sintiendo mal y aun así le prometiste a mamá que te quedarías a la sesión". "Edgar" dice nuevamente que su mamá le prometió que después de la sesión se irían a la casa. Le digo que veo que se esfuerza por cumplir su promesa y que le está siendo difícil cumplirla porque se siente mal.

"Edgar" me avienta la pelota de ligas y dice: "Tal vez estoy llorando porque quiero irme a mi casa...y porque cuando salí no vi a mi mamá... no estaba". Le digo que ya entiendo y le digo que si quiere podemos salir a buscarla para que se vaya a su casa a descansar. "Edgar" dice: "no...sólo dije tal vez...si no hubiera dicho creo... o tal vez si me quisiera ir". Le pregunto que quiere hacer y dice "algo que me anime"; le pregunto que lo podrá animar y dice: "a mi me gusta dibujar". Le digo que eso es cierto y que tal vez podría dibujar algo; le comento que aquí estaré con él y que si se quiere ir le puedo hablar a su mamá por teléfono para que venga por él. "Edgar" dice: "es que es como si apenas mi mamá ya se fuera...como si me tuviera que quedar aquí" y comienza a sollozar. Le devuelvo que al parecer cuando vio que mamá no estaba sintió que lo abandonó y lo dejó aquí conmigo; le pregunto si eso es lo que pasa y dice que sí y llora más fuerte. Le digo que sabe que eso no es así y que mamá regresará por él.

Le comento que lo que pasa ahorita me recuerda a la primera vez que nos conocimos. Edson asiente y dice: "también venía llorando en el camino y le estaba diciendo a mi mamá: es que mamá apenas voy a conocer a Fabiola... como el otro día que llegamos que no me acabé mis tacos que me hizo mi abuelita y mi mamá se enojó y en el camino me venía diciendo y ya me estaba fastidiando: por tu culpa siempre llego con las carreras...y el otro día se tuvo que ir en taxi a su trabajo...ya que llega caminando". Le devuelvo que al parecer mamá lo presiona mucho y eso a él no le gusta. Dice que si y le digo "como el día de hoy que te insistió en que vinieras a tu sesión cuando tu te sentías mal". Edson me pregunta cuanto tiempo queda y le digo que quedan como 20 minutos; dice que va a salir para ver si ya llegó su mamá; le reflejo que al parecer está preocupado y le digo que no podemos continuar la sesión si el se siente mal. Le propongo acompañarlo para buscar a su mamá y dice que si.

Al salir su mamá esta sentada en la sala de espera y "Edgar" le dice: "mamá ya me salí porque estaba llorando"; la mamá le pregunta porque y si se siente mal y "Edgar" le dice enojado: "no...estaba llorando porque cuando salí y no te

vi creía que me habías abandonado". La mamá ríe y le dice a "Edgar" que como cree que lo va a abandonar. "Edgar" le dice que no se ría y le dice que no tenía ganas de hacer nada; la mamá le pregunta si se siente mal y le toca la frente; le dice que tiene temperatura y "Edgar" le dice que ya se quiere ir. Mientras le hago su recibo, "Edgar" le dice a su mamá que no se divirtió mucho y ella le responde que es porque se siente mal. "Edgar" le pregunta a su mamá porque se rió cuando le dijo que creía que lo había abandonado si así se sintió y la mamá le repite que no y que como cree que lo va a abandonar.

Durante esta fase, otros aspectos importantes que se trabajaron de manera alternada a las sesiones fueron:

a) Identificación de sentimientos.

Durante esta fase "Edgar" comienza a hacer uso del "cuadro de los sentimientos" para decirme como se siente al inicio de las sesiones. En ocasiones utiliza estampas para pegarlas e indicar como se siente. Conforme avanzan las sesiones, el identificar como se siente se convierte en algo primordial, ya que lo primero que hace al entrar al cuarto de juegos es buscar el sobre de estampas para señalar como se siente. Asimismo decide utilizar estampas más grandes cuando su sentimiento es grande, y estampas chiquitas cuando siente un poco del sentimiento en cuestión.



b) La canasta de las decisiones.

Como una forma de favorecer la toma de decisiones y el control de impulsos, decido incluir en esta fase la canasta de las decisiones, la cual contenía varios dulces de los que "Edgar" podía elegir solamente dos. Asimismo "Edgar" podía decidir en que momento de la sesión comerlos y con quién compartirlos.

En un inicio "Edgar" se los comía de inmediato; otras veces quería llevarse más dulces para compartirlos con sus primos, o comerse mas de los que tenía, ya que decía que los dulces le decían "ya cómeme, ya cómeme". Finalmente aprendió a solo tomar dos, y pudo prolongar el tiempo de comerlos hasta el termino de la sesión, e incluso según la madre, hasta horas después.

c) Ejercicios de relajación

A través del juego "Edgar" aprendió a relajarse haciendo respiraciones abdominales para enseñar a Hulk a controlar su enojo. En sesiones posteriores incluí algunas técnicas de "tensión-distensión" con el objetivo de

que "Edgar" pudiera regular su energía y entusiasmo, ya que a veces perdía el control.

En una ocasión le dije: *"te está costando trabajo tranquilizarte, estas muy emocionado, y haremos un ejercicio para que logres calmarte"*. Hacemos el ejercicio de tensión-distensión y observo que la tensión la hace muy bien pero le cuesta trabajo la distensión. "Edgar" nombra al ejercicio *"el de ponerse duros como piedra y aguaditos como lodo o bebida refrescante"*. Lo invito a que repita este ejercicio ya sea al levantarse, al regresar de la escuela o en cualquier momento en que se sienta que le está costando trabajo regular su energía. En sesiones posteriores "Edgar" reportó el haber compartido el ejercicio con su primo y con sus papás. También me comenta que lo pudo poner en práctica cuando tuvo una pesadilla.

"Edgar" menciona que su papá le enseñó un ejercicio para relajarse y le digo que tal vez me lo podría enseñar también. Dice que me imagine que tengo una bolsa grande *"y la vas a mantener en la boca, la vas a inflar y luego la vas a explotar"* (me va mostrando como respira y como hace explotar la bolsa imaginaria).

En otras ocasión "Edgar" pudo regular su energía dibujando. Al terminar la sesión "Edgar" pide que su mamá entre para ver sus dibujos y le dice: *"oye mamá..te voy a decir algo...el día de hoy como venía muy muy emocionado me costó trabajo controlarme...así que me relajé dibujando"*. La mamá se muestra sorprendida y refuerza a "Edgar" diciéndole que dibuja bonito.

- **Fase 3: Mi papá tiene cáncer de pulmón.**

Esta fase comprende de la sesión 26 a la sesión 41. En una de las entrevistas de seguimiento con la madre me refiere que el padre tuvo una recaída y que cada día está más débil y demacrado. También me refiere que hace unos días hablaron con "Edgar" en relación a la enfermedad de su papá y que el niño se puso ansioso y que dijo que le ayudaría a su papá a que se tomara sus medicinas.

Después de este anuncio, observo que "Edgar" y su mamá comienzan a enfermarse. Durante varias sesiones "Edgar" llega enfermo de la tos y refiere que un día en la escuela *"estaba tosiendo y saqué un moco con sangre de la boca"*. Lo anterior me hizo pensar que probablemente se estaba identificando con la enfermedad del padre (el papá presenta toses y saca sangre) y que era un tema importante a tratar en cuanto se presentara la oportunidad, ya que al intentar abordarlo en el momento, "Edgar" mostró grandes resistencias, lo que me hizo pensar que aún era demasiado abrumador para él profundizar en ello.

Los *principales materiales* que se utilizaron en esta etapa fueron: Max Steel, Spiderman, Venom, Hulk, Tortuga, maletín médico, Ben 10 en miniatura, reloj de Ben 10, plumones, crayolas, hojas de colores, y block de cartulinas de colores. En el juego, vuelve a retomar el juego de roles en donde representa nuevos ataques a una familia que ahora esta integrada por buenos y malos: Destroyer, Elementor, Hulk, Spiderman, Venom y la tortuga. Al juego se integra un nuevo personaje: Ben 10, el cual ayuda a la familia a enfrentar a su nuevo enemigo: Albedo. A través del juego con estos personajes "Edgar" pone en juego sus temores en relación a la enfermedad de su papá y proyecta como lo percibe frente a la enfermedad: como un héroe. Asimismo proyecta otras *temáticas* como: las crisis del padre, la muerte, el cáncer de pulmón, temor a enfermarse de cáncer, la necesidad de ser héroe y salvar a

la familia, la dificultad para pedir ayuda, la necesidad de demostrar cariño a papá y la necesidad de hacer cosas para ser recordado por su padre.

Una de las sesiones más significativas de este periodo fue la sesión 27, en la que "Edgar" llega a su sesión en compañía de su padre. A partir de esta sesión pude observar que el resto de las sesiones de esta fase "Edgar" comenzó a trabajar de manera más profunda sus sentimientos, actitudes y preocupaciones relacionadas con la enfermedad de su padre y con la muerte. Dada la importancia de esta sesión, recuperé un fragmento de lo que aconteció:

Minutos antes de que inicie la sesión me encuentro a "Edgar" en la calle cuando llegaba al centro Comunitario. Alcanza a verme al otro lado de la calle y me grita muy entusiasmado que hoy lo acompañó su papá (al decirme esto lo toma del brazo y recarga su cabeza cerca de él). Los saludo y entro al cuarto de juegos para esperar la hora de inicio de la sesión. Cuando salgo a la sala de espera "Edgar" me da un post-it con un dibujito en donde se dibujo él, a mi, el cuadro de las emociones, el pizarrón, los materiales, y la silla con rueditas.

Le pregunto como está y dice que "biensito como una lombriz". Le reflejo que se ve muy contento y se disculpa por la tardanza y dice que estaba lloviendo; le digo que hoy llegó muy temprano (incluso antes de tiempo) con un acompañante muy especial. "Edgar" me dice emocionado que como hoy vino su papá y que quiere hacerle un dibujo: de inmediato toma las pinturas, los pinceles y una cartulina blanca. Me sorprende el cuidado con el que hace su dibujo y lo amable que se muestra. Intenta abrir las pinturas pero no puede y se me queda viendo y me dice: "me puedes abrir la carnita y la cafecita por favor" y se dispone a hacer su dibujo. Me pide por favor un poco de agua para que enjuague sus pinceles y dice que necesita enjuagarlos para que no se le combinen los colores cuando los utilice. Le reflejo lo cuidadoso y amable que está el día de hoy, así como el esfuerzo que hace por hacer su dibujo lo mejor posible.

"Edgar" continua dibujando y me pide que adivine a quien esta haciendo de grande. Le pregunto si es una adivinanza como las de la vez pasada y dice que si. Luego agrega: "Recuerda...su chaqueta es verde y su reloj es verde" y le digo que entonces es Ben 10. Edson asiente y dice que no debió de haberme dado tantas pistas. Le digo a Edson que me gustan los colores de su dibujo. Dice que ya le habían dejado trabajos de pintura en la escuela y que por eso le sale bien. Dice que entre más practica le salen mejor sus dibujos.

Luego toma otra cartulina y dice que ahora va a hacer otro dibujo. Dice que ahora dibujará a Ben 10 de chico. Dice que lo pondrá en el face de su papá "para que cuando crezca y tal vez olvide ese recuerdo del dibujo me meta a mi correo y lo recuerde". Le digo que para él es importante tener un recuerdo del dibujo que hizo y saber que se lo dedicó a su papá.

Luego dice que Ben 10 es un héroe y que es su personaje favorito de cartoon network. Exploro si sabe que es un héroe y dice que es "alguien que salva personas... por ejemplo...salva a alguien de llamas o de que se caiga de un edificio". Le digo que entonces un héroe es una persona que salva a quienes están en peligro y asiente y dice que también un héroe te puede ayudar como "cuando alguien no puede cortar su carne un héroe viene y con sus poderes saca un cuchillo y ya está cortada su carne". Le digo que entonces un héroe ayuda a las personas a hacer cosas que no pueden hacer por sí mismos, como por ejemplo, al cortar la carne.

Le digo a "Edgar" que se sabe muy bien la historia de Ben 10 y me interrumpe y dice "éste dibujo es también para hacerlo sentir mejor...para que se anime y para que no le salga sangre"; le devuelvo que al parecer me está hablando de su papá y de que lo ha notado mal de salud, Le pregunto que podrá tener tan desanimado a papá y dice: "está tan desanimado que no quiere que me preocupe de que se va a morir por esa sangre". Le reflejo que piensa que papá podría morir por esa sangre y de inmediato cambia de tema.

Le indico que quedan 10 minutos de sesión. "Edgar" hojea el libro de hojas de colores en donde hizo su dibujo y me pregunta si puede hacer un cuaderno con todos sus dibujos para dárselos a su papá para animarlo. Le digo que me parece una buena idea para animarlo y para compartirle todos sus dibujos. "Edgar" toma un plumón y escribe "cuaderno de Edgar de terapia"; luego dibuja a un niño y dice que es él. Menciona que como es su cuaderno entonces se lo tendrá que llevar y traerlo hasta el Miércoles; le digo que entiendo que le gustaría llevárselo y mostrárselo a su familia También le digo que yo cuidaré muy bien de su cuaderno y que mientras puedo tomarle fotos a lo que hace para compartirlo con sus papás. Le comento que se me ocurre que puedo enviarle a su papá por correo las fotos de los dibujos que haga para que los tenga en su face. "Edgar" se entusiasma y dice que si. Rápidamente elige unas estampas, ligas, masa play do, y pinturas digitales para decorar su cuaderno. Al final me pide que para la próxima sesión traiga todos sus dibujos para pegarlos en su cuaderno.



En la sesiones 28 y 29 "Edgar" abre el tema de las "crisis sangrientas". Comenta de una crisis en la que a su papá "le salió sangre cuando íbamos a casa de mi tía Elena....le salió en el carro, le salió en el patio, le salió en la casa...llenó toda al jerga de sangre y...le sangró la ropa....allá en la casa

tuvimos que gastar todo el papel de baño". Aprovecho la oportunidad para profundizar acerca de las crisis sangrientas y explicarle acerca del cáncer de pulmón. A continuación describo un fragmento de lo sucedido en esas sesiones:

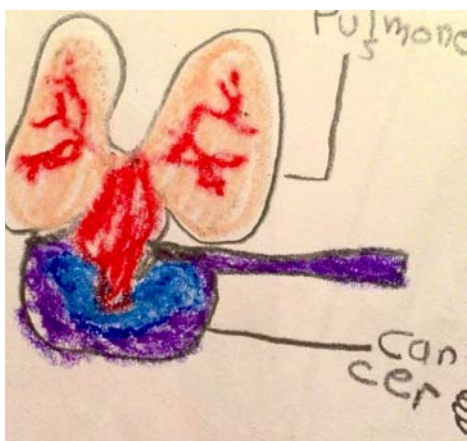
Le pregunto a "Edgar" que es eso de "crisis sangrientas" y dice que es cuando papá tose y le sale sangre por la boca. Le devuelvo que al parecer su papá está enfermo y dice "no tanto como yo". Le digo que él y su papá tienen enfermedades diferentes. Le digo que él tiene tos y le pregunto si sabe de que está enfermo su papá. "Edgar" responde que de la crisis sangrientas y comienza a dibujar más fuerte. Le devuelvo que entonces la enfermedad de papá hace que tenga la "crisis sangrientas". "Edgar" menciona que su papá está yendo al doctor y dice en voz baja (casi como secreto) que le están dando unas inyecciones. Le pregunto, también en voz baja, si las inyecciones son como las de Hulk y dice que no que a su papá se las ponen en el brazo y las nalgas....

Le digo que me imagino que se ha de sentir preocupado por su papá y "Edgar" dice: "preocupado....muy preocupado....primero empezó con la tos y ahora con..." (se queda callado y completo su frase diciendo "con la sangre"). Le reflejo que cuando papá se pone así se siente preocupado porque le da miedo de que algo malo le pueda pasar. Doy una pausa y le pregunto que cree que le pudiera pasar a papá; "Edgar" responde en voz baja "morir" (apenas lo alcanzo a escuchar). Repito la palabra "morir" y "Edgar" responde en voz alta "siiiii" y continua dibujando. Asiento y le digo que a veces la enfermedad de papá lo ha hecho pensar que tal vez podría morir. Le pregunto si sabe como se llama la enfermedad de papá y se queda pensativo y dice que no. Le pregunto si le gustaría que platicáramos de eso y dice que mejor primero termina su dibujo. Le digo que entonces ha decidido terminar su dibujo antes de seguir platicando de la enfermedad de papá.

Cuando lo observo más tranquilo le digo que en una sesión me dijo que le era más fácil escuchar haciendo algo; "Edgar" asiente y dice "Pues ve diciéndomelo de nuevo" y le digo que ahora está listo para escucharme otra vez. Le comento

que la enfermedad de papá tiene un nombre y asiente y dice "crisis sangrientas"; le digo que él le ha dado ese nombre pero que los doctores ya han encontrado que es lo que tiene papá y le han dado nombre especial a lo que le sucede. Le digo que los doctores son los que le ponen el nombre a las enfermedades y le pregunto si sabía eso; "Edgar" dice que no y le pongo algunos ejemplos (E.j: cuando te sale moco y estornudas los doctores dicen que tienes.....). "Edgar" responde "crisis moquientas" y sigue dibujando. Le digo que su papá ha ido varias veces al doctor y que en un inicio ellos no sabían lo que tenía y que ahora lograron descubrir que papá tiene una enfermedad en los pulmones; "Edgar" dice que "cuando fumas el pulmón se te pone negro y te duele". Asiento y le digo que a papá durante algún tiempo le dolían mucho sus pulmones y los doctores le sacaron unas fotografías de sus pulmones y vieron que las células de los pulmones, que son pequeñas partecitas del cuerpo, estaban creciendo de diferente forma... Con eso los doctores supieron que papá tenía cáncer de pulmón y es por eso que le ponen inyecciones para ayudarlo a que mejore.

"Edgar" dice que él sabe como son los pulmones y toma una hoja y los dibuja. Lo invito a que dibuje como se imagina el cáncer. Después dice que va a dibujar el líquido recuperador de las inyecciones...



Para las sesiones 30 a la 40, "Edgar" retoma a los personajes de superhéroes, villanos, Hulk y la hija tortuga, e incluye a Ben-10, un

personaje a través del cual representa su necesidad de ser héroe y salvar a las personas que quiere. Éste periodo de juego coincide con una sesión de seguimiento con la madre, quien reporta que el padre está estable y que dice que aún quiere trabajar para poder apoyar a su familia mientras esté fuerte. Asimismo menciona que asiste a sesiones de oxigenación e inyecciones semanalmente, las cuales son muy dolorosas. A veces el dolor es tal que el padre ha manifestado su deseo de quitarse la vida para no sufrir, no obstante, el doctor lo refirió a psicología y actualmente asiste a pláticas de tanatología en el INER. Lo anterior me permitió construir dos posibles hipótesis acerca del juego de "Edgar". Por un lado, "Edgar" estaba viendo a su padre como un héroe, es decir, como una persona fuerte que utiliza su fuerza para proteger a los suyos. Por otro, pensaba que "Edgar" estaba tomando la responsabilidad de rescatar a su familia y hacerlos sentir mejor.

A continuación comparto un fragmento de dichas sesiones, en donde a través de Ben 10, "Edgar" proyecta como visualiza la manera de su padre de enfrentar la enfermedad: sin apoyo, con la necesidad de mantenerse fuerte y de sacrificarse si es necesario por el bienestar de su familia. También proyecta que ante la enfermedad su papá no guarda reposo ni sigue las indicaciones del médico. Asimismo, en estas sesiones "Edgar" proyecta su deseo de rescatar a su familia y "sacrificarse" por ellos para buscar su bienestar.

"Edgar" saca a Max Steel y a Destroyer-Alacrán y Elementor. Ben grande ve a los monstruos y dice que esos no los conocía; Destroyer-Alacrán le dicen que no se haga, que ya los venció dos veces. "Edgar" dice que Destroyer-Alacrán y Elementor eran de nuevo malos. Ben dice que no le dejan alternativa: "es hora de ser héroe y pelear contra mis enemigos". Ben pelea con mucha fuerza y deja malheridos a Destroyer-Alacrán y Elementor, quienes dicen que Ben está cada vez más fuerte.

"Edgar" saca la casita y dice que esa podría ser la casa de Ben. Toma los muebles y dice sólo los pondremos sin acomodar porque en la casa de Ben hubo un derrumbe por ordenes de "Albedo".

Ben se da cuenta del derrumbe y dice que necesita sacar a mamá y a papá. Hay otro derrumbe y la doctora gigantesca lo previene y le dice que tenga mucho cuidado. Un mueble cae sobre de Ben y la doctora lo rescata. Le sugiere que vea en su omnitrix el video de lo que pasó y Ben activa el modo de comando video.

"Edgar" repite la escena del derrumbe y se ve que "Albedo" se lleva a los papás de Ben. Ben quiere ir solo a rescatar a su mamá y Elementor y Destroyer-Alacrán le dicen que no vaya solo porque puede haber muchos ayudantes de "Albedo". Ben dice que es su situación, porque son sus papás..."no me importa el sacrificio" ("Edgar" me explica que sacrificio es cuando sacrificas tu vida...o sea...cuando mueres). La "doctora gigantesca" dice que al parecer Ben esta dispuesto a sacrificar su vida por la de sus padres. "Edgar" asiente y dice que si Ben sigue vivo después de eso entonces no sería sacrificio sino arriesgo.

La "doctora gigantesca" le sugiere a Ben que al menos se lleve a Hulk y Ben dice que no y que es su situación. La doctora le dice que los héroes también pueden necesitar ayuda cuando las cosas se ponen difíciles. Ben no le hace caso a la doctora y se va solo y se transforma en X-R8. La lucha deja herido a Ben y le habla a la doctora. La doctora le da a Ben un cocktail de medicinas para que se sienta mejor y lo deja descansando. Después se distrae y se da cuenta de que éste escapó. La doctora le grita y le dice que regrese porque necesita descansar y tomar sus medicinas.

Ben regresa al hospital y se encuentra a la hija-tortuga. La tortuga le pregunta por qué se escapó y Ben dice que quería estar con sus papás. La tortuga le dice que entonces se fue porque extrañaba a sus papás; Ben dice que no los extrañaba y que quería comprar unas palomitas y ver una película

con ellos. La tortuga le dice que entonces quería compartir más tiempo con sus papás y ver la película. A pesar de estar débil, Ben se fuga de nuevo del hospital para proteger la casa, ya que Albedo iba a hacer otro ataque.....

Finalmente para la sesión 41, "Edgar" es capaz de hablar acerca de la muerte de su prima y a partir de ahí hace algunas reflexiones acerca de la muerte.

... "Edgar" abre su cuaderno de terapia y me pregunta cuando se lo podrá llevar su casa. Le digo que cuando acabe su terapia decidirá que hacer con él. "Edgar" me interrumpe y dice que "luego cuando no haya una pizca de humano en el mundo ya no tendré esta cosita (cuaderno de terapia)...por siempre no la podré tener". Su comentario me sorprende y le pregunto porque cree eso y dice "porque algún día ya estaremos viejos y estaremos con el hombre Diosito". Le digo que entonces él piensa que algún día él y yo vamos a envejecer y que al morir nos iremos con "el hombre diosito". "Edgar" dice "eso merito...de eso hablaba" y le digo que eso es cierto, porque todas las personas nacen, crecen...("Edgar" me interrumpe y dice que me enseñará que es lo que pasa con las personas). Dice que todos en este mundo nacen, crecen, van a la escuela, son adultos, envejecen y se mueren. Le digo que en efecto todos nacen, son niños y algunos van a la escuela, luego son jóvenes, luego adultos, luego viejitos y luego mueren. Le digo que así es el ciclo de la vida de los seres humanos y "Edgar" dice que cree que su papá y su mamá "están al borde de la muerte porque ellos dos tienen 42 años". Le reflejo que piensa que sus papás ya están grandes y que pueden morir. Asiente y dice que yo estoy más joven porque me veo como de 16 años y que tengo la edad de su héroe favorito. Le digo que él piensa que entre más viejos más cerca de la muerte estamos, y entre más jóvenes menos. "Edgar" dice exacto, y le comento que en realidad no podemos saber cuando puede ocurrir la muerte de las personas. Le digo que de lo que si podemos estar seguros es en que hacer para cuidar nuestra salud y mantenernos lo más sanos posibles. "Edgar" continua dibujando en silencio y le pregunto que cree que pueda hacer para conservar su salud; dice que comer

sano como comer vegetales. Después me pregunta cuanto tiempo falta y le digo que le restan 30 minutos de sesión.

Retomo el tema y le digo que el hacer ejercicio también nos ayuda a mantenernos sanos al igual que comer sano. Me platica que no le gusta tanto porque el otro día unos niños estaban jugando y un niño paso y aventó el balón se tuvo que aventar para que no entrara en la portería.

"Edgar" sigue dibujando y retoma el tema de la muerte diciendo que a veces las personas se pueden morir jóvenes "como mi prima Alin que apenas tenía 15 años". Le digo que no me había platicado de ella y le pregunto si sabe como murió. "Edgar" dice que murió en un accidente "y luego mi tía Juana y mi tío Quico iban con ella en un viaje pero luego se poncho la llanta y Alin iba dormida....el carro se salió fuera de control, se toparon con un barranco y mis tíos se salieron rápido y Alin seguía dormida...y luego se cayó el carro y pum". Le reflejo que entonces sus tíos se salvaron del accidente pero Alin no pudo porque estaba dormida. "Edgar" se pone triste y se lo reflejo. Dice que "era muy gracioso porque cuando se ponía playeras que no le tapaban el ombligo..le tocaba el ombliguito". Le digo que al parecer se llevaba bien con ella y tiene lindos recuerdos de ella como cuando le tocaba el ombligo y reían juntos. Edgar asiente y dice que ya nada de eso le divierte cuando ella ya no está. Menciona que su mamá le dijo que los que ya se murieron no los podemos ver. Le digo que sólo las podemos ver en nuestros recuerdos como ahorita me está diciendo que tiene un recuerdo cuando le tocaba a Alin su ombligo. "Edgar" me dice "eso si..." y comenta que tiene muchos recuerdos de su prima. Le pregunto si quiere compartirlos conmigo y dice que mejor le quiere hacer un dibujo. Le digo que esa también es una bonita forma de recordar.



- **Fase 4: Aprendiendo a despedirme**

Esta fase constituye el término del proceso con "Edgar" y comprende de las sesiones 42 a la 63. Este periodo coincide con el término del último semestre de la residencia en Psicoterapia Infantil, por lo que pido autorización en el Centro Comunitario para poder seguir trabajando con "Edgar" el cierre de su terapia por un semestre más.

Esta etapa fue difícil para mí a nivel personal, ya que a la par estuve trabajando dos cierres importantes: el cierre de maestría y el cierre del proceso con "Edgar". Si bien el niño ya había logrado muchos avances y el padre estaba aparentemente estable, sentía que era mi deber acompañar a "Edgar" hasta el último momento. No obstante, gracias a mi trabajo psicoterapéutico personal, pude entender que mi labor con "Edgar" sería acompañarlo hasta ésta fase del proceso y que el aprendizaje en esta etapa sería el aprender a despedirse de su terapeuta, confiando en que lo anterior le ayudaría para sus futuras despedidas en la vida.

Además de enfrentar las diferentes recaídas de su padre, "Edgar" se enfrenta en este periodo a nuevos cambios: cambio de maestro (ingresa a 2º grado), el anunciamiento del cambio de casa, y el término de la terapia (y cambio de psicóloga).

Durante esta fase los *principales materiales* de juego fueron: Ben 10, Hulk, Spiderman, Elementor, Destroyer, Tortuga, comida de juguete, helados de juguete, plumones, crayolas, block de cartulinas y selección de cuentos. Las *temáticas* de los juegos se relacionaron con: robos a la casa, cambios de casa, enfermedad del padre, temor a ser dañado, necesidad de controlar las cosas, tolerancia a la frustración, la práctica de la paciencia, y la despedida de la terapia.

Con el objetivo de que "Edgar" lograra un mayor contacto y conciencia de sus experiencias, decido ampliar la parte de "conversar" al inicio de la sesión. En un inicio a "Edgar" le cuesta mucho trabajo platicar de sí, ya que de inmediato quiere poner en juego sus historias y me dice que "*no perdamos tiempo*". Le propongo, a manera de reto, que al menos platiquemos 5 minutos al iniciar y después el resto del tiempo para jugar. A pesar del esfuerzo que esto le representa, "Edgar" acepta y gradualmente va tomando la iniciativa y llega a compartirme durante sus sesiones las cosas relevantes que han pasado en el tiempo en el cual no nos vimos sin la ayuda del cuadro de los sentimientos, el cual sólo utiliza como referencia cuando tiene duda acerca de un sentimiento en particular. De esta manera "Edgar" me pudo compartir de manera más directa su percepción acerca de la enfermedad y tratamiento médico del padre, de problemas con sus amigos y con su hermano, de sus enojos con su abuelita y su mamá, y de sus juegos favoritos. Después observo que empieza a tomar este tiempo inicial como un tiempo de confesión, ya que me platica todo lo que reconoce que hizo mal en esos días (E.j: gritarle a su abuelita, no comerse su sopa, no compartirle agua a su mejor amigo, etc). A partir de dichas confesiones, en alguna de las sesiones hace la siguiente reflexión: "*¿Verdad que a las sesiones no solo se viene a jugar sino también a hablar y decir la verdad?*".

Por otro lado, durante esta fase tenía programado trabajar con la madre sesiones de terapia filial, a fin de que pudiera desarrollar las habilidades necesarias para mejorar la relación con su hijo y mostrarse más sensible a sus necesidades y sentimientos. A pesar de la disposición de la madre, le es difícil acudir a sus sesiones debido a que comienza a trabajar tiempos extras para apoyar la economía familiar. Durante esta fase sólo logra acudir a dos sesiones en donde se trabaja la importancia de la sensibilidad de los padres a los hijos y se transmite el concepto de "*respuesta reflexiva*" y se realizan unos ejercicios de identificación de sentimientos.

Asimismo, durante esta fase se incluye en los materiales un set de cuentos cortos con temáticas relacionadas a valores y a situaciones de vida parecidas a las que enfrentaba "Edgar" .

Anunciando el cierre y cerrando ciclos:

Desde sesiones atrás pensaba como poder anunciar el cierre de la terapia y no encontraba la manera, ya que "Edgar" por lo general llegaba muy entusiasmado a sus sesiones y tenía el temor de dañarlo. Finalmente "Edgar" abrió la oportunidad para hacerlo al término de la sesión 41.

Al finalizar la sesión 41, mientras hago el recibo de pago, "Edgar" se da cuenta de que su carnet tiene pocos renglones disponibles para anotar sus citas. Me dice: "Como que ya casi se acaban las terapias, verdad?". Aprovecho la oportunidad y le digo que de eso hablaremos la próxima sesión porque el tiempo de hoy terminó.

En la sesión 42 "Edgar" elige dibujar en su cuaderno. Mientras dibuja retoma el tema por el mismo y me pregunta súbitamente si sus terapias ya se van a terminar. Le digo que todas las cosas tienen un inicio y un final y que el final de su terapia se aproxima. "Edgar" pregunta: "¿Y ya no te podré ver y cambiaré de psicóloga a psicólogo a psicólogo?"; le devuelvo la pregunta y no responde y dice que entonces ya se podrá llevar su cuaderno de terapia. Le digo que en efecto, que al término de su terapia, que será en Diciembre de este año, podrá llevarse su cuaderno. "Edgar" dice súbitamente: "En Diciembre?...ah entonces todavía falta mucho". Le comento que si, que aún falta tiempo, pero que es necesario prepararnos desde ahorita para aprender a despedirnos.

Le pregunto a "Edgar" como se siente al escuchar lo que le digo. Se acerca al cuadro de las emociones y dice que triste porque me va a extrañar y feliz porque ya va a tener su cuaderno. Luego añade: "Edgar" dice: "pero ojalá que

no me cambien con la otra psicóloga porque era muy enojona". Le digo que veo que le gustaría seguir teniendo un espacio de apoyo con una psicóloga que no sea enojona. "Edgar" asiente y cambia de tema y dice que ahora es tiempo de jugar....

En la sesión 43 tengo sesión de seguimiento con la mamá de "Edgar", en donde le anuncio el cierre del proceso. Asimismo en esta sesión hablamos acerca de la madre me comenta algunos avances: ya no le han mandado recados de la escuela y empieza a mostrarse más independiente (ya levanta sus cosas, se amarra las agujetas, y se viste solo).

En la sesión 44 y 45 "Edgar" muestra su enojo ante el anunciamiento del cierre. Casi no quiere hablar, se comunica conmigo a través de mensajes escritos en el pizarrón, dice que está aburrido, me habla en tono "mandón", y se queja del espacio y de que no tiene los materiales que quiere. Le reflejo que a partir de que le dije que las sesiones se iban a acabar empecé a notar que se comportaba así y "Edgar" dice que se siente mal y decepcionado. Le reflejo que se escucha enojado dice que no está enojado sino que está "muy muy muy enojado...estoy molesto". Le digo que entiendo su molestia porque disfruta mucho estar en este espacio y que se que es difícil para él; le comparto que también es difícil para mi, y que en estos meses de sesiones los dos podemos aprender a despedirnos y alegrarnos por el tiempo que aún podemos compartir juntos. "Edgar" dice con asombro "Si es cierto...podemos seguir jugando todo este tiempo" y se va a la caja de juguetes y saca a la hija-tortuga, Elementor, Destroyer, Spiderman y Hulk.

A través de la hija-tortuga "Edgar" comienza a proyectar sus sentimientos del termino de la sesión: negación, enojo y aceptación . En algunas ocasiones la ignora, luego la trata mal, le pega y la borra de su "lista de fans", y finalmente se reconcilia con ella y le hace fiestas para celebrar su cumpleaños.



Asimismo "Edgar" trabaja en su frustración ante el término de las sesiones, tal como se ve en el siguiente fragmento de la sesión 46.

La hija-tortuga esta muy molesta y dice: "Estoy enojada con todos porque se comieron mi helado de limón y ya no hay". Dice que quiere ir "ahorita" a la heladería por su helado de limón.". Ben 10 y la hija-tortuga van a la heladería y les dicen que ya se acabó todo el helado de limón. La tortuga llora y hace berrinche, y no puede dejar de llorar. El señor de la heladería les dice que va a haber helado hasta dentro de 5 horas y sólo hasta que se acabe el 2012. La tortuga se desespera y llora. Ben 10 le dice que "es tiempo de ser héroes" y que tiene que tomar una decisión importante: aprender a esperar o elegir otro sabor de helado. "Edgar" me dice que las tortugas no son pacientes y la hija tortuga le dice "Quiero mi helado de limón, quiero mi helado, quiero mi helaaaaadooooo". Ben 10 le dice que la heladería la abren hasta el miércoles y que se tendrá que esperar. La tortuga se desmaya y dice que comerá helado hasta que acabe el 2012. Le digo a "Edgar" que casualmente se dejará de vender helado por el mismo tiempo en que acabe nuestras sesiones. Edgar dice "lalalalalalalalalala" en voz fuerte, y le reflejo que al parecer eso es algo que no quiere escuchar". Vuelve a decir "lalalalalalalalalala", y le digo veo lo difícil que es para él escucharlo y que lo hablaremos en otra ocasión.

A partir de las sesiones anteriores observo que "Edgar" me pide que tome más fotos y vídeos de los juegos con la tortuga. Le digo que esa es una buena idea porque así puede recordar mejor lo que hicimos durante sus sesiones; le propongo entregarle al final de su terapia un disco con las fotos de sus juegos y sus vídeos. "Edgar" se alegra y me dice que no olvide también darle su cuaderno de terapia.

Conforme avanzaron las sesiones 47 y 48, el juego consistió en regresar a la heladería varias veces para comprar helado de limón (incluso hasta altas horas de la noche). Ahora hay de todos los sabores de helado menos de limón. La tortuga se frustra y gradualmente aprende a elegir otro sabor de helado (vanilla y/o fresa). Al platicar acerca de su juego "Edgar" es capaz de relacionar ejemplos de su vida cotidiana en donde se comporta como la tortuga como un día en el que se enojó con su abuelita por que se comió su pieza de pan.



En la sesión 49 veo a la mamá de "Edgar", quien me comenta que no le ha ido muy bien. Al padre le detectaron hace 15 días cáncer en los huesos lo que hace que aumente el dolor en sus articulaciones. El tratamiento médico es más severo y ahora presenta crisis en cualquier momento sin poderlas anticipar como antes. Los médicos le han indicado reposo, sin embargo,

continúa trabajando para asegurar la estabilidad económica de la familia. Asimismo la madre dice que ahora no pueden evitar que "Edgar" presencie las crisis de su papá. Refiere que cuando esto ocurre "Edgar" se acerca a su papá y lo abraza y le dice que ya va a pasar.

En esta sesión brindo contención emocional a la madre y la retroalimentación respecto al trabajo de "Edgar" durante sus sesiones. Le comparto que me siento profundamente conmovida por la actitud de su esposo frente a la enfermedad, ya que nos enseña mucho acerca del amor hacia la familia. Le digo que a través del juego "Edgar" ha manifestado que ve a su papá como un héroe porque se arriesga y enfrenta el dolor por el bienestar de su familia, y le comento que sería importante que este mensaje se lo hagan llegar al padre: que su hijo lo ve como un héroe y que valora su esfuerzo y su valentía.

La madre me comenta que al padre le darán dos semanas para descansar en su trabajo y que está pensando tomar unos días para irse con su familia a Hidalgo descansar. Le refuerzo su idea y le digo que en estos momentos difíciles y de enfermedad también es importante que se den tiempo para descansar, para compartir, divertirse y disfrutar juntos.

En la sesión 50 y 51 "Edgar" comienza a representar las crisis del padre a las cuales nombra como "el incontrolo". A través de este juego expresa el impacto positivo de la motivación familiar para la recuperación del enfermo. A continuación describo un fragmento del juego en esas sesiones:

En la sesión 50 al hombre araña "se le empieza a poner la telaraña negra". "Edgar" dice que la telaraña negra es una enfermedad que se llama "incontrolo" y que la única forma de quitársela era que la hija-tortuga le echara porras. La hija-tortuga le echa porras y la telaraña se le empieza a caer al hombre araña. Luego se le quita el "incontrolo" y se recupera.

El hombre araña se quita la máscara y la hija-tortuga se sorprende porque es humano. La tortuga le dice sorprendida: "Hombre araña... tienes ojos de humano, nariz de humano y boca de humano.....eres un humano!!....eres un humano!!!". El hombre araña insistía que no lo era, pero la hija-tortuga le decía que sí.....

En la sesión 51 al hombre araña le da muchas veces "el incontrolo" y Hulk, Max Steel, Elementor, Destroyer y la hija-tortuga le echaban porras para curarlo. Le da "el incontrolo" en la heladería, en la iglesia, y el parque. Elementor descubre que los sonidos metálicos le ayudan a el hombre araña a tranquilizarse y Hulk reparte campanas y empiezan a tocarlas.

Las campanas empiezan a sonar y el hombre araña se empieza a cambiar de color. Saca la telaraña negra y se le quita el "incontrolo". La hija tortuga le pregunta "Estas bien, ya te liberaste de eso?". Y el hombre araña dice "creo que si....pero ahora me siento muy cansado y necesito dormir".

En la sesión 52 "Edgar" trabaja sus sentimientos de tristeza al percibir que el tratamiento de su padre no funciona.

"Edgar" me comenta que su papá tosió mucho anoche. Comienza a hacer sus movimientos de dedos (señal de que esta ansioso) y me dice: "no funciona ese tratamiento del liquido recuperador....mi papá tose mucho y no se le quita". Le reflejo que le angustia que su papá no mejore y empieza a sollozar. Le digo que esta bien llorar cuando nos sentimos así y que en estos momentos yo me siento triste junto con él (mis ojos también se ponen llorosos). "Edgar" al ver mis ojos, se pone ansioso (hace movimientos de dedos) y comienza a llorar. Lo abrazo y le digo que está bien expresar lo que siente y que estoy ahí para apoyarlo. Cuando se recupera, le digo que su papá está yendo con los doctores y que ellos están haciendo todo lo posible porque su cuerpo esté bien. "Edgar" dice que él también abraza a su papá cuando le dan las toses. Le digo que esa es medicina para el corazón y que estoy segura que le ayudará mucho a su papá.

En las sesiones siguientes observo que "Edgar" se dedica a embellecer su cuaderno de terapia y a pegarle más dibujos (los que hace en sesión y los que ha hecho en la semana en su casa), acciones que mantiene hasta el término de su proceso. Cuando me percaté de lo anterior, le reflejo que veo que se está esforzando mucho porque su cuaderno quede lindo y lleno de sus dibujos, y "Edgar" dice que se lo quiere regalar a su papá para que se sienta mejor. Le digo que su cuaderno será una muy buena medicina para el corazón.

Posteriormente, en las sesiones 53 y 54, "Edgar" proyecta su necesidad de participar en la familia para ayudar a su padre. Su principal herramienta: el baile de la alegría. Asimismo manifiesta su necesidad de que su familia le reconozcan su ayuda.

Llega Elementor y le dice a Spiderman que se entregue porque si no matará a la hija-tortuga. Spiderman le pregunta si le romperá el caparazón y Elementor le dice que no y que tiene preparado algo peor. Se llevan a la hija tortuga y Spiderman se esconde y va a rescatarla. Elementor atrapa a Spiderman y golpea. La tortuga al ver que Spiderman está herido dice: "Yo quiero pelear quiero demostrarle a mi mami que soy una heroína....ahora voy a bailaaaaar" Y comienza a bailar y brincar alegremente , y con su baile le pega a Elementor y lo derrota. La hija-tortuga se va corriendo con su mami y dice entusiasmada "les dije que podía ayudar.....creo que yo gané....la la la la".

Llega la mamá de la tortuga y pregunta que pasó. Dice que parece que hubo una batalla muy fuerte. Le pregunta quien luchó aquí y la hija-tortuga dice que ella fue. La mamá se sorprende y la tortuga dice que todo está en el ballet y comienza a bailar. La mamá le dice que fue valiente al defender a Spiderman. La tortuga dice que ella tiene 7 años y que eso es difícil para ella. La tortuga dice que ahora quiere ir a festejar con un heladito y su mamá la lleva.

Para la sesión 55 le anuncio a "Edgar" que el tiempo de cierre se aproxima, y que ahora sólo nos vamos a ver una vez a la semana. "Edgar" se pone serio y le reflejo su actitud. Dice que se siente desilusionado y que me va a extrañar. Le digo que yo también lo voy a extrañar y aunque es triste pensar en el final, me siento alegre porque aún nos queda mes y medio para seguir compartiendo juntos. Lo invito a pensar de aquí a ese tiempo como le gustaría que fuera nuestra última sesión y dice que le gustaría una fiesta del hombre araña con Elementor, Destroyer, Hulk, Ben 10, la hija-tortuga y la doctora.

Durante el juego continua significando la muerte y empieza a humanizar a los personajes. Ahora a Ben-10 se le descomponen su omnitrix, el reloj que le permite realizar sus transformaciones y utilizar sus poderes, y tiene que enfrentar a sus enemigos con esas fallas y a veces sin ningún tipo de poder. En las sesiones 56 y 57, Ben-10 se enferma de gripa y tiene que pedir ayuda para enfrentar a sus enemigos y descansar para sanar sus heridas aunque el mundo lo necesite. Asimismo yo dejo de ser la "*doctora gigantesca*" (que rescata a todos los monstruos) y ahora "Edgar" me dice que soy una doctora normal, que también sufre heridas en combate y que necesita descansar. Lo anterior me hace pensar que "Edgar" ha empezado a ver a su padre y a mí con más sentido de realidad y nos ha humanizado como seres que sentimos, que somos vulnerables, y que necesitan descanso. Dichos aspectos se comenzaban a ver desde juegos pasados, no obstante, en estas sesiones fue más evidente el cambio.

En las sesiones 58 a la 60, "Edgar" juega a controlar la vida y la muerte. Utiliza mi agenda personal, en donde ha visto que anoto sus sesiones, como un aparato para revivir o matar a la tortuga y a la doctora. Lo anterior me hace pensar que "Edgar" está trabajando el cierre a través del juego y simulando la pérdida de su terapeuta y su muerte simbólica.

"Edgar" dice que ahora el Hombre Araña peleará contra Elementor. La hija-tortuga también ayudaba y hacia su ballet para destruir a su enemigo. Elementor lanza su tornado y el hombre araña está a punto de morir. Le reflejo que si se da cuenta que dice la palabra morir en voz bajita y dice que no le gusta decir esa palabra.

La hija-tortuga se angustia al ver que le iban ganando al hombre araña y dice "*yo quiero pelear....yo quiero ayudarlo mamá*". Su mamá le dice que no porque se puede lastimar. Finalmente ante la insistencia de la tortuga dice "*está bien... pero luego no me digas que estás muy lastimada*". La hija-tortuga pelea y queda muy lastimada. Elementor la engaña y le da un helado de limón con veneno. La mamá la rescata y al revisarla dice que no escucha su corazón bien. Le pregunto a "Edgar" si la tortuga está muerta y dice que no que sólo le dieron veneno. "Edgar" dice que algunas personas se mueren cuando se envenenan. Le pregunto si la tortuga se moría y dice que si pero que después la revivían como en un capítulo que vio de Bob Esponja.

"Edgar" se levanta y toma mi agenda y dice que ese es el aparato para revivir a la tortuga. Dice que si la tortuga revive si acerca la agenda a su corazón , y si la pone en el piso la tortuga muere. Le reflejo que con eso controla la vida y la muerte. "Edgar" , quien ahora dice que es el doctor, se queda pensativo y decide dejar la agenda en el piso, y la tortuga muere. La doctora pregunta si revivirá su hija y "Edgar" le dice que no. La doctora se enoja y ataca a Elementor porque mató a su hija, y el villano la deja muy lastimada. "Edgar" dice que me va a revivir y pone la agenda en mi corazón (me dice que me levante y camine). Luego se arrepiente y dice que mejor me moría y la pone en el piso. "Edgar" dice que ahora me tengo que acostar en los tapetes como si estuviera muerta. Luego me vuelve a poner la agenda en el corazón y sigue jugando de tal manera que me acuesto y me paro en varias ocasiones. "Edgar" disfruta del juego y se ríe.



Un poco antes del final de la sesión 60 le aviso a "Edgar" que sólo nos quedan 3 sesiones. "Edgar" se sorprende y dice que entonces se tendrá que apurar con sus dibujos para acabar su cuaderno de terapia, y de inmediato toma una hoja y se pone a dibujar. Le digo que observo que quiere aprovechar este tiempo lo más que pueda. "Edgar" dice que sí mientras sigue dibujando. Le pregunto si le gustaría que hiciéramos la fiesta del hombre araña como dijo la otra vez, o si ha pensado en otra idea. "Edgar" dice que elige la fiesta del hombre araña. Platicamos acerca de los invitados y dice que quiere invitar a su papá pero que no cree que pueda. Le digo que tal vez podría invitarlos y ver si pueden. "Edgar" decide hacerles una carta de invitación. Después hacemos una lista de las cosas que necesitaremos y dice que haremos una gran fiesta. Le digo que si, que haremos una gran fiesta de despedida porque celebraremos el tiempo y las cosas que compartimos juntos. Le pregunto que cosas cree que él y yo compartimos, y me platica de *"cuando venía nervioso la primera vez porque no te conocía y me enseñaste el helado"*. Le digo que yo también me acuerdo de eso y empezamos a platicar acerca algunos juegos que recordamos.

Durante la sesión 61 y 62 "Edgar" elige leer cuentos que ya había leído en sesiones pasadas. Coloca a todos los muñecos como audiencia y les cuenta las historias acerca de la ardilla miedosa, un personaje que se tiene mucho temor pero que después aprende a hacer amigos, a combatir su miedo a la

obscuridad, y a celebrar su cumpleaños. Al terminar las historias le digo que así como la ardilla miedosa aprendió a vencer sus miedos y a hacer amigos, el también aprendió muchas cosas en este tiempo de terapia. "Edgar" dice que ahora tiene más habilidades como las que le dije la otra vez *"de que soy creativo, que dibujo bien y que soy cariñoso....pero también soy latoso, le grito a mi abuelita, y me desespero con mi mamá"*. Le digo que tiene muchas habilidades y cosas que aún necesita aprender, pero que confío en que sus habilidades le servirán para crecer y ser feliz. Le comento que yo veo que ahora ya puede hablar mejor de lo que le pasa y expresar mejor sus sentimientos ya sea jugando o hablando. Dice: *"si ahora ya no me da miedo decir crisis sangrientas porque enfermarse es parte del crecimiento"*. Le digo que enfermarse es parte de la vida, así como tener momentos tristes, momentos alegres, y momentos de despedida. Le explico que cuando dos personas se quieren mucho, como su papá y él, o como él y yo, hay lazos invisibles que los unen y que siempre los mantendrán unidos a pesar de que no estén juntos. "Edgar" se sorprende y le digo que a esos hilos invisibles la gente le llama amor. "Edgar" dice que quiere hacer un dibujo de eso y toma una hoja y colores. Me dice que cierre los ojos porque me tendrá una sorpresa. Al final dobla su hoja y me pide que la meta en un sobre y que no lo abra hasta que él se vaya.



Para la última sesión acude "Edgar" en compañía de su mamá y su papá. "Edgar" se muestra muy emocionado y decide compartirle a sus padres todos los dibujos de su cuaderno de terapia. Sus padres lo felicitan y le hacen cumplidos acerca de su trabajo. Luego "Edgar" le dice a su papá que le tiene una sorpresa y le pide que cierre los ojos. "Edgar" saca de su cuaderno de terapia y le entrega el dibujo de "Ben 10: eres mi héroe". El padre se emociona mucho y abraza a su hijo y dice que lo ama mucho. Tanto "Edgar" como su padre rompen en llanto, y "Edgar" le dice a su papá que lo quiere mucho. Mientras se abrazan les reflejo a ambos que al parecer era importante para los dos expresar lo mucho que se quieren. Después los invito a partir el pastel para celebrar el tiempo que todos hemos compartido juntos. La sesión termina como una celebración a la vida que aún esta presente y a los lazos de afecto que unen a las personas.



CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente reporte de experiencia fue describir el trabajo terapéutico con un niño con duelo anticipado de uno de sus padres, utilizando el enfoque de Terapia de Juego Integrativa Humanista (Bratton *et al.*, 2011). También se propuso explorar si existían mejoras en el niño mediante dicho enfoque, así como describir y mostrar evidencia de las habilidades profesionales adquiridas por la terapeuta durante el proceso de formación profesional dentro de la Residencia en Psicoterapia Infantil.

El *duelo anticipado* es una respuesta natural al conocimiento o temor de que alguien va a morir (Pérez, 2011). Inicia con el diagnóstico y termina cuando se produce la pérdida, dando paso al duelo real. Desde una perspectiva integrativa-relacional, el duelo anticipado podría concebirse como un proceso de elaboración realizado a partir de la integración de la difícil vivencia de la muerte inminente de un ser querido, y que puede conducir a la persona afectada a experimentar una transformación profunda. De este modo, constituye un proceso de crisis pero también de oportunidad de crecimiento, que se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje, y cuyo resultado final es la emergencia de cambios en la propia identidad. (Payás, 2010)

Los niños que enfrentan el duelo anticipado presentan diferentes *reacciones emocionales* que incluyen: la negación, la indiferencia, el enojo, la tristeza, y desesperanza. Asimismo pueden presentar *conductas o actitudes* que van desde la desorientación, confusión, ansiedad, hasta la protesta, la ira, y el resentimiento, y *sensaciones físicas* como: dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, dolor muscular, incremento de energía, y tener los síntomas de la persona que esta muriendo. (Cid; 2012; Pearlman, 2010; Tizón, 2004).

Cuando "Edgar" solicita atención psicológica presentaba conductas de desobediencia, agresión, poco control de impulsos, irritabilidad, ansiedad, y dificultad para regular su enojo. En un inicio lo consideré como candidato para un grupo psicoterapéutico de niños con problemas de conducta que estaba por iniciar, sin embargo, después de las primeras entrevistas con la madre y de las primeras sesiones con él, pude darme cuenta que había varios factores del contexto familiar que explicaban las conductas que el niño presentaba: la hiper-exigencia materna, la situación económica de la familia, el ritmo de vida acelerado de la madre, la conducta agresiva y la fármacodependencia del hermano.

Dado el complejo ambiente familiar y las necesidades de un ambiente seguro y confiable manifestadas por "Edgar" desde la primera sesión, decidí trabajar con él en psicoterapia individual bajo una línea integrativa humanista con el objetivo de que el niño pudiera sentirse con la confianza de establecer una relación positiva conmigo y poder expresar libremente sus sentimientos, pensamientos y actitudes. Conforme avanzó la evaluación la madre me comunicó que al padre le diagnosticaron cáncer de pulmón en fase terminal, por lo que ahora la tarea consistiría en apoyar al niño a enfrentar la enfermedad terminal de su padre.

Enfrentar la enfermedad terminal de un padre, no es algo fácil para un niño (ni para un adulto). En el caso de "Edgar", se pudo observar que los padres tenían dificultades para hablar de la enfermedad del padre debido a que tenían la creencia de que lo estaban protegiendo. Sin embargo, como diversos estudios muestran, tratar de proteger al niño de conocimiento acerca de lo que realmente está sucediendo a menudo confunde a los niños aún más que las circunstancias por sí solas y se intensifican las preocupaciones sobre los acontecimientos que están fuera de su control. (Beale, 2004)

Cuando los padres reciben el diagnóstico, los niños experimentan un malestar significativo. En el caso de "Edgar, con base en el juego y su modo de relacionarse conmigo durante la primera fase del tratamiento, pude percatarme de que manifestaba preocupaciones y sospechas de que algo le escondían en su familia, ya que en la relación conmigo se mostraba muy suspicaz y desconfiado, lo que me hizo pensar que probablemente veía como poco confiables a los adultos de su ambiente. Asimismo las temáticas del juego se relacionaban con: la sospecha de que alguien en la familia tenía una enfermedad desde hace mucho tiempo, la fantasía de ser un niño malo y matar a su madre con sus travesuras, y la necesidad de demostrar su fortaleza y defenderse de la agresión siendo él mismo agresivo con los miembros de la familia.

De esta manera, a lo largo del proceso "Edgar" fue colocando varios temas a trabajar en el juego y me permitió irlo acompañando para ir "construyendo psicoterapia juntos" en donde, más allá de las conductas de oposición, desobediencia y agresión evidentes, me encontraba con un niño que estaba intentando adaptarse a un ambiente con múltiples dificultades. Según Payás (2010) esta visión adaptativa de las conductas tiene implicaciones importantes para el abordaje del duelo. No importa que esas estrategias o comportamientos, aparezcan como disruptivas e insanas, lo que importa es que se han originado en un intento de sobrevivir y responder a alguna necesidad psicológica o tarea del niño. Recoger y acoger con sensibilidad estas conductas y validar su función es uno de los objetivos de la intervención en el duelo.

La muerte de un familiar cercano en la infancia es una pérdida fundamental. En particular, la muerte de un padre en la infancia ha sido considerado como uno de los eventos más traumáticos que pueden ocurrir en la vida de un niño. (Pearlman, D'Angelo, Cloitre, 2010). En la literatura científica psicológica

existen muy poca información respecto a como los niños viven el duelo anticipatorio por la pérdida de uno de sus padres, sobre todo cuando un padre es diagnosticado con cáncer avanzado (Kennedy y Williams, 2009), por lo que en este apartado considero importante describir las manifestaciones que "Edgar" presentó en cada una de las momentos del duelo anticipatorio como una forma de contribuir al tema.

Al investigar dentro de la literatura científica me dí cuenta que existen diferentes modelos para entender el duelo y abordarlo: psicoanalíticos, psicosociales, cognitivos, constructivistas e integrativos. (Freud, 1915; Bowlby; 1998; Kübler-Ross, 1975; Parkes; 1983; Rando, 1984; Neimeyer, 2002; Barreto; 2007; Nomen, 2008; Worden, 2010; Payás, 2010). Dado que la línea de este trabajo es *integrativa-humanista*, utilizaré para la descripción de la elaboración del duelo de "Edgar" el "*modelo de tareas/necesidades*" propuesto por Payás (2010). Dicho modelo identifica de forma secuencial las necesidades psicológicas fundamentales cambiantes a lo largo del proceso de elaboración de la muerte inminente de un ser querido. Las necesidades del duelo que aparecen en primer plano en cada etapa son características y van configurando una sucesión de tareas u objetivos que hay que seguir procesando a lo largo del tiempo. De esta manera, las tareas de duelo reflejan la forma concreta de atender y responder a esas necesidades y, por consiguiente, su descripción es a la vez una guía de intervención terapéutica.

a) Aturdimiento y choque: En un primer momento del duelo, la conmoción causada por la noticia de la muerte inminente de un ser querido amenaza con la capacidad reactiva de la persona, poniendo en marcha reacciones como incredulidad, confusión, aturdimiento, disociación, etc. Dichas respuestas tienen la función de mitigar el impacto de la información sobre la realidad del ser querido. En el caso extremo pueden darse reacciones agudas como llanto, desesperación, angustia o miedo. La *tarea*

principal del duelo en esta etapa es manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida.

Manifestaciones clínicas en el trabajo con "Edgar": En el caso de "Edgar" no se le dio la noticia de que su padre iba a morir, sino que a lo largo del proceso se le pudo comentar que estaba muy muy enfermo. No obstante, desde las primeras sesiones fue posible observar a través del juego y de la relación con su terapeuta, la confusión, duda, desconcierto, e intriga que le generaba el escuchar noticias acerca de la enfermedad de su padre y la posibilidad de que muriera, las cuales las percibía de manera fragmentada, ya que los padres no hablaban abiertamente del tema para así proteger a su hijo. En este sentido, podríamos decir que a nivel inconsciente "Edgar" percibía la muerte inminente de su padre por los mensajes que recibía de su ambiente familiar y lo que él observaba cuando su padre manifestaba las denominadas "toses sangrientas".

Asimismo considero que "Edgar" manifestaba este aturdimiento y angustia a través del movimiento de sus manos y del chupeteo de sus labios, ya que aunque no le quedaba claro lo que pasaba, pero en el fondo temía que algo terrible pasaba.

b) Evitación y negación: Pasando unos días, unas semanas o unos pocos meses, en la mayoría de las personas en duelo empiezan a prevalecer respuestas de evitación, todas ellas maniobras inconscientes generadas en el proceso emocional en un intento de eludir la magnitud del impacto. Para ello, la persona puede negar los hechos o minimizar la importancia del evento, o bien mantenerse activa para manejar la sintomatología, o sustituir la pérdida, o experimentar una culpa excesiva que se expresa en rumiaciones improductivas. Estas estrategias de rechazo- evitación actúan como una barrera protectora ante el dolor, apartando de la conciencia

recuerdos o pensamientos incómodos, sensaciones dolorosas, necesidades frustradas y el malestar general producido por la muerte de un ser querido. La *tarea principal en esta etapa* es ir disolviendo progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor.

Manifestaciones clínicas en el trabajo con "Edgar": Esto era evidente cada que la terapeuta intentaba abrir el tema en el juego planteando frases como "¿Qué pasará en la casa de los conejitos?" o se le preguntaba directamente acerca de los cambios que pasaban a su alrededor, ya que "Edgar" cambiaba de juego, de tema, elevaba la voz, etc.

La terapeuta respetaba dichas resistencias, reflejándole al niño lo difícil que era hablar de ello en esos momentos. Considero que eso sirvió para validar las emociones del niño y transmitirle el mensaje de que alguien lo estaba escuchando y respetaba su dolor.

Conforme avanzó el proceso fue capaz de hablarme poco a poco de la enfermedad de su padre y colocando resistencias cuando lo creía necesario, tal como ocurrió en la sesión nueve cuando me habló de que su padre tenía e inmediatamente empezó a manifestar gran ansiedad y pide que iniciemos el juego.

- c) *Conexión e integración:* Si los aspectos más traumáticos y los defensivos han sido elaborados, a medida que va disminuyendo la necesidad de negación-rechazo, la persona está más preparada para enfrentar la realidad de la inminente pérdida del ser querido: ya no puede negar, ni evitar el dolor, ni distorsionarlo. En esta etapa de conexión e integración se ponen en marcha respuestas de afrontamiento orientadas a conectar con la realidad de la enfermedad del ser querido. El dolor, la tristeza, la

culpa, hablar de la relación, abandonarse al dolor, recordar, aceptar la realidad de lo ocurrido, utilizar rituales de conexión, visitar lugares asociados al ser querido, son algunos ejemplos de estos rituales de conexión que permiten llevar a la conciencia aspectos de la relación con el ser querido y explorarlos con el objetivo de asimilar la vivencia de la pérdida inminente y dotarla de significación emocional y cognitiva. En terminología de duelo, la *tarea adaptativa* de conexión e integración consiste en realizar el trabajo de duelo asociado a los aspectos relacionales de la pérdida. La detención de esta tarea puede llevar a un duelo complicado de tipo crónico.

Manifestaciones clínicas en el trabajo con "Edgar": Se observa que "Edgar" está más preparado para hablar abiertamente de la enfermedad ya que no puede negar, ni evitar el dolor ni distorsionarlo. Esto se observó cuando "Edgar" fue capaz de relacionar la tos de su padre con la muerte ("está tan desanimado que no quiere que me preocupe de que se va a morir por esa sangre; sesión 27), cuando nombra la enfermedad de su padre como crisis sangrientas y hablamos acerca del cáncer de pulmón (sesiones 28 y 29), y finalmente cuando es capaz de llorar porque el tratamiento de su padre no funciona (sesión).

Asimismo, más adelante en el proceso, se observó que "Edgar" comenzó a desarrollar estrategias para acompañar a su padre durante la enfermedad valorando su existencia presente y fortaleciendo el vínculo padre-hijo. Para ello el niño le hacía dibujos, le daba aliento, le decía que lo quería, lo abrazaba y le decía que el dolor iba a pasar.

- d) Crecimiento y transformación: Una vez elaborados los aspectos traumáticos, defensivos y relacionales del duelo, de forma progresiva va produciéndose la reorganización del mundo interno con relación al ser

querido, a uno mismo y a la vida en general. En un duelo elaborado, las personas debe haber ido más allá de su estado anterior y convertir esta experiencia en un crecimiento personal. La última etapa del duelo refleja esta tarea final. Se ponen en cuestión creencias nucleares, valores, y certidumbres que sostenían en la persona dándole confianza y seguridad en la vida. Todo ello se ve sacudido y es necesaria una reorganización. Algunas de estas creencias deberán ser sustituidas por nuevos esquemas mentales que incorporen todo el peso y la significación emocional de la pérdida: esta es la tarea principal en ésta etapa de duelo. El resultado final es un crecimiento postraumático que incluye cambios en las creencias, metas conductas e identidad personal.

Manifestaciones clínicas en el trabajo con "Edgar": De esta etapa, casi al final del proceso, se empezaron a ver pequeñas manifestaciones, como cuando por ejemplo, "Edgar" dice que enfermarse es parte del crecimiento. Esta afirmación, nos indica que el niño empezaba a ver la enfermedad de manera distinta, mas integrada a la vida, lo cual implicaba un cambio en una creencia personal.

Asimismo, al finalizar el proceso, se pudo resignificar la creencia de que el duelo anticipado era solo pérdida, ya que el niño junto con su familia pudieron celebrar la vida (que aún estaba presente) y el tiempo compartido juntos.

Como podrá observarse en el análisis anterior, las fases no suceden en forma secuencial sino que a lo largo del proceso de duelo van cambiando y se van repitiendo conforme el niño vaya necesitando de ellas. Como se observó, gracias al movimiento dinámico de las mismas con el tiempo el niño tolera mejor el dolor y necesita menos mecanismos de evitación. Lo anterior no significa que deje de necesitar un cierto nivel de estrategias de desconexión;

la tarea de manejar la sintomatología sigue activa, aunque gradualmente va siendo menos apremiante. Asimismo, un niño puede estar ya en la etapa final de su duelo y tener una tarea pendiente de etapas anteriores que no fue atendida, de la misma manera que un niño en aturdimiento y choque puede vislumbrar la posibilidad de dotar de significados lo que está viviendo.

En cuanto a la formación del terapeuta, considero que en el trabajo con las pérdidas es indispensable que el terapeuta infantil, independientemente de su orientación metodológica, tenga la sensibilidad y la capacidad para crear un ambiente empático, de aceptación y congruencia, aspectos que Rogers (1990) define como las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico.

En ese sentido, Payás (2010) menciona que la presencia cálida y sensible del terapeuta ofrece una relación de seguridad y fiabilidad y a la vez un espejo en donde el cliente puede mirarse. En el modelo de psicoterapia integrativa, a diferencia de otras modalidades de psicoterapia, el conjunto de pérdidas que el terapeuta ha experimentado en su vida profesional, su historia de desarrollo, su recorrido de vida, sus conocimientos y su propia vivencia personal como paciente en psicoterapia, van a construir el corazón de la relación con el niño y forman parte de la presencia que éste ofrece. El uso de esta presencia es lo que va posibilitar establecer un contacto existencial con el niño, lo que Martin Buber (1984) llama el yo-tú.

Al final del proceso terapéutico de "Edgar" se pudieron observar los siguientes **avances**: 1) "Edgar" fue capaz de hablar de manera más abierta de sus pensamientos y sentimientos en relación a la evolución de la enfermedad del padre, 2) Desarrolló estrategias más sanas para adaptarse y hacer frente a la enfermedad de su padre: apoyarlo, consolarlo, darle aliento, expresarle muestras de cariño, y construir una evidencia física que

le permitiera recordar su relación con él en un futuro, 3) Pudo elaborar a través del juego sus pensamientos, sentimientos y fantasías en relación a la muerte, 4) Manifestó una mayor integración del self, 5) Manifestó un mayor grado de responsabilidad personal y de autocuidado, 6) Disminuyó su nivel de ansiedad considerablemente (ya no se mordía el labio, ni se chupaba la barbilla, ni hacía movimiento de manos), 7) Mostró mayor conciencia y expresión de su emociones en general, 8) Mostró un aumento en su capacidad de contacto con el ambiente, así como mayor conciencia y expresión de sus emociones en general, y 9) Mostró un mayor juicio de realidad.

Dichos avances se lograron gracias al establecimiento de una relación de ayuda en donde se combinaron los recursos y la personalidad del niño, los recursos de la madre, y los recursos y habilidades profesionales de la terapeuta. A manera de resumen, las ***principales intervenciones clínicas*** que favorecieron la elaboración del duelo anticipado de "Edgar" y el fortalecimiento de su self fueron:

- La presencia del terapeuta y su capacidad para establecer una relación de ayuda cálida y afectuosa, lo cual permitió que "Edgar" se sintiera en un ambiente seguro y de confianza.
- La aceptación positiva incondicional hacia el niño, lo cual a su vez permitió que "Edgar" se aceptara a sí mismo con sus virtudes y áreas de oportunidad, y pudiera expresar sus sentimientos y su vulnerabilidad.
- La comprensión empática del terapeuta, lo cual hizo que "Edgar" se sintiera escuchado y acompañado, y se animara a explorar sus experiencias dolorosas.

- La confianza en el niño y en su potencial de crecimiento. El transmitir confianza en las habilidades y recursos del niño, lo cual le brindó a "Edgar" la seguridad para tomar riesgos y perseverar en sus intentos para lograr algo.
- El fomentar la libre expresión del niño a través del juego, brindándole materiales y juguetes adecuados para facilitar su expresión emocional, y representando los roles que me iba asignando.
- El uso de reflejos simples, de sentimientos, de lo no verbal y algunas elucidaciones con el fin de devolverle al niño una imagen nítida de lo que decía o hacía, ampliar su darse cuenta, y recuperar las actitudes y sentimientos inherentes de lo que expresaba.
- El fomentar la expresión emocional al invitarlo a expresar como se sentía haciendo uso del "cuadro de las emociones" o de dibujos.
- El favorecer la responsabilidad y la toma de conciencia respecto a sus decisiones, y en última instancia, de su libertad, al ampliar las posibilidades de elección frente a las situaciones que se iban presentando en el cuarto de juegos y fomentar la toma de decisiones. Se trabajó que el no decidir lleva una decisión implícita.
- La estructura de las sesiones, lo cual a su vez le brindó a "Edgar" un sentimiento de seguridad y constancia.
- El establecimiento de límites en relación al cuidado del niño, del terapeuta y del espacio físico, lo cual permitió: 1) co-crear una atmósfera de cuidado, 2) marcar un límite ante comportamientos

agresivos en la relación, y 3) proteger los materiales y la propiedad de cualquier daño.

- El establecimiento de límites en relación al tiempo (10 y 5 minutos antes de terminar la sesión), lo cual permitió que el niño desarrollara conciencia de tiempo y desarrollara su tolerancia a la frustración.
- El uso de técnicas para regular la ansiedad y la tolerancia a la frustración

Con el objetivo de compartir ideas para intervenciones similares, finalmente se proponen las siguientes **sugerencias derivadas del trabajo** con "Edgar":

- 1) Ofrecer al niño opciones para participar en el cuidado y acompañamiento del padre enfermo: A través de las sesiones de juego con "Edgar" pude darme cuenta de lo importante que era para él sentirse cerca de su padre y "hacer algo" para aliviar su dolor durante su enfermedad. Regularmente los niños pequeños que enfrentan la enfermedad terminal de alguno de sus padres son excluidos y alejados del tratamiento del padre enfermo para evitar exponerlos a situaciones estresantes y disminuir su sufrimiento. A pesar de lo anterior, dicha situación a menudo hace sentirse al niño excluido e inseguro, por lo que es importante brindarle opciones de cómo participar en el acompañamiento al padre enfermo y darle apoyo. Lo anterior fortalece los lazos padre-hijo (tan necesarios en esos momentos), y le permite al niño sentirse cercano e integrado a su familia.
- 2) Incluir a la familia en el proceso del niño: Si bien nuestro trabajo como psicoterapeutas infantiles no es realizar terapia familiar, se sugiere en casos similares realizar sesiones familiares en donde el niño pueda

compartir junto con otros miembros de su familia su sentir en relación a la enfermedad de uno de los padres. Asimismo el niño puede enriquecerse al sentirse escuchado y saber que no es el único que la está pasando mal. También en estas sesiones será importante realizar actividades que les permitan reconocer el como se pueden acompañar los unos a los otros en momentos difíciles, y cómo pueden expresar su afecto a todos los miembros de la familia y dar las gracias por el tiempo compartido.

3) Incluir sesiones de terapia Filial para fortalecer los vínculos: Siempre que haya la posibilidad y se detecten problemas en la relación entre el niño y el padre sobreviviente, será importante trabajar sesiones de terapia filial a fin de que el padre pueda desarrollar habilidades que le permitan crear un ambiente de aceptación, respeto y de no enjuiciamiento. Lo anterior permite crear y mantener una relación cercana del niño con su cuidador principal, lo cual fortalece los lazos afectivos y permite poner en marcha la cualidad sanadora inherente a la relación. EL que el niño sienta cercano y confiable a su cuidador principal le permitirá saber que puede contar con una figura de apoyo para expresar sus sentimientos y expresar sus dudas en relación a lo que vaya sucediendo con el estado de salud del padre.

4) Programar sesiones de seguimiento y orientación con el padre sano o cuidador responsable del niño: A lo largo del proceso con "Edgar" pude darme cuenta de lo importante que era tener una comunicación activa con la madre, ya que a través de ella podía explorar los cambios que había en la familia en relación con la evolución de la enfermedad del padre. Dado lo anterior, la madre fungía como un "*portavoz de la familia*" que me permitía conocer el impacto de la enfermedad en cada uno de los miembros, y de esta manera, poder valorar las necesidades de intervención con el niño. Asimismo la información proporcionada me

permitió canalizar a los familiares que requerían algún tipo de apoyo adicional con los profesionales correspondientes.

- 5) Apoyar al padre sobreviviente para ampliar sus redes de apoyo: Cuando uno de los padres enferma, el cónyuge a menudo tiene que asumir más responsabilidades de las que asume con normalidad, tal como pude observar en el caso de la madre de "Edgar". Esta carga adicional, junto con las preocupaciones y ansiedades en relación a la enfermedad de la pareja, puede dar lugar a una enorme presión y sobre-responsabilización, por lo que es importante apoyar al padre sano a reconocer y utilizar sus redes de apoyo para así aligerar la carga que esta situación le representa, y poder garantizar al niño que en la medida de lo posible siempre habrá alguien para satisfacer sus necesidades básicas y cumplir con su rutina diaria (E.j: ir a la escuela, comer, apoyo en las tareas, divertirse, descansar).

- 6) Favorecer que el niño y su familia experimenten momentos de alegría que les permitan dejar de pensar en la enfermedad: Lo anterior no significa que se tenga que negar la situación, sino el ser capaces de avanzar en el proceso de duelo estando dentro y fuera de la situación, y disfrutar del tiempo que todavía es posible compartir.

- 7) Trabajo personal del terapeuta : Si bien ésta es una condición necesaria para todo tipo de intervención psicológica, es importante que el terapeuta revise y elabore su historia personal de pérdidas al trabajar con niños en estas situaciones, para así poder poner a favor del niño los aprendizajes logrados a nivel personal. Asimismo es importante trabajar los sentimientos y actitudes que a nivel personal pudiera producir el trabajar con un niño que está a punto de perder a uno de sus padres en edades tan tempranas.

Las **limitaciones del caso** se relacionaron con: el tiempo limitado de la intervención (para seguir explorando la evolución del duelo), y las propias dificultades de la dinámica de la familia para asistir a las sesiones de terapia filial y familiares programadas.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Para concluir este trabajo comparto mis principales aprendizajes y experiencias significativas durante la Residencia en Psicoterapia Infantil, y específicamente con el trabajo con "Edgar".

En mi proceso de formación como psicoterapeuta infantil, he tenido cambios en mi manera de pensar y de proceder, que han influido en la manera en que trabajo actualmente con los niños. La Residencia en Psicoterapia Infantil constituyó un periodo muy intenso, lleno de aprendizajes y experiencias que me llevaron a hacer varios ajustes y sobre todo a profundizar acerca de mi identidad personal y profesional.

Dada mi formación en el área de psicodiagnóstico en el hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" durante la licenciatura, en un inicio se me facilitaba más guiarme por un enfoque dimensional y daba mayor peso a la evaluación, a los "contenidos" y a la obtención de un "diagnóstico" para poder realizar una intervención. Posteriormente, durante mi formación como psicoterapeuta infantil, pude resignificar esta visión y hacer un balance de mis habilidades diagnósticas y desarrollar nuevas habilidades clínicas gracias a las experiencias y aprendizajes derivados de la atención a niños y niñas en mi sede de formación práctica, y por supuesto, del acompañamiento en la formación por parte de mis supervisoras in situ y de mis compañeras, quienes fueron para mi una gran fuente de apoyo y aprendizaje en situaciones nuevas. Asimismo a través de mis clases teóricas pude conocer diferentes enfoques de terapia de juego, siendo los humanistas con los que más me identifiqué desde un inicio. A partir de dichos clases, puede entender que si bien hay muchas técnicas para el trabajo con niños, lo principal en el trabajo terapéutico es establecer una relación de ayuda y un ambiente de confianza que permita al niño expresarse libremente, siendo fundamental el

desarrollo de la empatía, aceptación positiva incondicional y la congruencia por parte del terapeuta.

También tuve la oportunidad de trabajar en cámara de Gesell bajo la modalidad de grupo reflexivo, tanto en el rol de observadora como de terapeuta, lo cual me permitió enriquecerme con el trabajo grupal y trabajar con los niños integrando los diferentes perspectivas y puntos de vista de mis compañeros de clase.

Por otra parte, gracias al apoyo de la UNAM y de CONACYT tuve la oportunidad participar en congresos nacionales e internacionales presentando algunos de mis trabajos realizados durante la residencia, lo cual me brindo la posibilidad de enriquecerme y desarrollar diversas habilidades al prepararme para difundir mi trabajo, así como conocer y aprender del trabajo de otros psicoterapeutas.

Gracias a todo lo anterior, durante la residencia aprendí a relacionarme con el niño de diferente manera, a acercarme a él poniendo más énfasis a los cómo que en los por qué, centrándome más en los sentimientos que en las conductas, en el presente que en el pasado, y en la sabiduría interna del niño que en el conocimiento del terapeuta. Aprendí a ponerme en sintonía con el niño y con su familia, y a través de la empatía, la aceptación positiva y la congruencia. Entendí que el "proceso terapéutico" se va construyendo, se va ajustando y tejiendo en la relación conforme se trabaja con el niño y su familia a lo largo del proceso, y que no hay recetas ni guías de trabajo para la psicoterapia de juego, ya que cada niño es único y especial. Aprendí que lo importante no es seguir un sólo modelo sino tener la flexibilidad, la creatividad y la sensibilidad para ajustar uno o varios modelos en función de las necesidades del niño. Me di cuenta de que cada situación de vida del niño que llega a consulta constituye un reto en el que es indispensable poner la

mente y el corazón para escuchar lo que ellos y sus familias me presentan desde su narrativa, dejando del lado momentáneamente todo juicio, idea preconcebida o teoría. Aprendí a mantener un equilibrio y navegar entre dos posturas: tratar de acercarme a la subjetividad del niño para poder comprender el sentido de su experiencia y su manera de ver el mundo, y paralelamente, observar la experiencia del niño desde fuera para poner en práctica todos los conocimientos teóricos y elaborar hipótesis que me permitieran entenderlo y ayudarlo de mejor manera.

El trabajo con "Edgar" y con otros niños despertó en mí grandes interrogantes que contribuyeron a definir y moldear mi identidad profesional. Me pude plantear cuestiones como ¿Cuál es mi visión del niño?...¿Cómo concibo sus dificultades?...¿Cuál es mi forma de trabajo con los niños?...¿Cómo puedo establecer una relación de ayuda? ¿Cómo puedo escuchar las necesidades de los niños? ¿Cuáles son mis alcances como terapeuta? ¿Cuáles mis limitaciones? ¿Qué me falta aún por aprender?. Asimismo me permitió desarrollar mi creatividad, mi capacidad de disfrute, mi capacidad empática, mis habilidades de descripción y narración (ya que la mayoría de sus juegos eran historias), y me aumentó mi pasión por los modelos humanistas.

A nivel personal, el trabajo con "Edgar" me permitió varias cosas: 1) trabajar los sentimientos y actitudes que su situación de crisis y vulnerabilidad me despertaban (tristeza, compasión, necesidad de protegerlo, necesidad de cuidarlo, etc.), 2) trabajar mi propia historia de pérdidas.

Otro pilar fundamental durante mi formación fue mi proceso de psicoterapia personal, el cual me permitió profundizar en mi autoconocimiento y sanar viejas heridas de la infancia para poder poner a favor de los niños los

aprendizajes de cada una de mis experiencias de vida. Pude sanar a mi "*niña interna*" y utilizarla como una gran aliada para el trabajo con los niños.

Dado lo anterior, como sugerencias para el Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, propongo que se incluyan talleres de sensibilización y de desarrollo personal con el objetivo de que los residentes trabajen sus niños internos. Desde mi perspectiva, no se puede ser un buen terapeuta de juego sin antes haber trabajado el niño interno, profundizar en la historia personal, y reconocer las fortalezas y áreas por trabajar, ya que de lo contrario, se pierde objetividad y se pierde una base fundamental en el trabajo con los niños: *el desarrollo personal del terapeuta*. No olvidemos que como terapeutas somos nuestro propio equipo de trabajo y que el conocimiento de nosotros mismos nos ayuda a entender nuestras propias reacciones con el niño en el cuarto de juegos y evitar que nuestra personalidad o nuestros problemas interfieran con la habilidad para interactuar de manera efectiva con el niño.

De esta manera al integrar el desarrollo personal junto con las clases y la formación en la práctica, se contribuiría a completar los tres grandes saberes que necesita adquirir el terapeuta durante su formación profesional: 1) el "*saber teórico*", 2) el "*saber hacer*" y 3) el "*saber ser*".

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- Albom, M (2012). *Martes con mi viejo profesor*. España: Océano Express.
- American Cancer Society (2012). Como ayudar a los niños cuando un familiar tiene cáncer: como lidiar con el diagnóstico. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002600-pdf.pdf>
- American Cancer Society (2012). Como ayudar a los niños cuando un familiar tiene cáncer: como afrontar el tratamiento. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002604-pdf.pdf>
- American Cancer Society (2012). Como ayudar a los niños cuando un familiar tiene cáncer: como afrontar la enfermedad progresiva. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002602-pdf.pdf>
- Attig, T. (1996). *Beyond pain: The existential suffering of children*. *Journal of Palliative Care*, Vol 12(3), pp 20-23.
- Axline, V. (1981). *Dibs en busca del yo*. México: Diana.
- -- -- (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- -- -- (1948). Some observations on play therapy. *Journal of Consulting Psychology*, Vol 12(4), pp 209-216.
- Baggerly, J. N., y Jenkins, W. (2009). The effectiveness of child-centered

play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, Vol 18 (1), pp 45-55.

Baggerly, J. N., Ray, D.C, y Bratton, S. (2010). *Child-Centered Play Therapy Research: The Evidence Base for Effective Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Balk, D.E., y Meagher, D.K. (2013). *Handbook of Thanatology: The Essential Body of Knowledge for the Study of Death, Dying and Bereavement*. Deerfield: Association for Death Education and Counseling.

Barreto, P (2007). *Muerte y duelo*. España: Síntesis.

Beale, E., Sivesind, D y Bruera, E. (2004). Parents dying of cancer and their children. *Palliative and supporting care*, Vol 2(4): pp 387-393.

Blanco, P.J. (2009). *The impact of child centered play therapy on academic achievement, self-concept, and teacher-child relationship stress* (Doctoral dissertation, University of North Texas). Recuperado de: <http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc9933/>

Bowlby, J (1998). *El apego y la pérdida, Vol.1*. Barcelona: Paidós.

Boyd, N. (2010). Play therapy for bereaved children. Adapting strategies to community, school, and home settings. *School Psychology International*, vol. 32, no. 2 , pp. 132-143

Boyd, N y Doka, K (2011). *Helping Bereaved Children: A Handbook for*

Practitioners. New York: Guilford Press

Boyd, N. Y Terr. L (2007). *Play therapy with children in crisis: Individual, Group, and Family treatment*. New York: Guilford Press

Brandt, M. (2001). *An investigation of the efficacy of play therapy with young children* (Doctoral Dissertation, Universidad de North Texas, 1999). *Dissertation Abstracts International*, Vol 61 (7), 2603A

Bratton, S. C, y Ray, D. (2002). *Humanistic play therapy*. En Cain, D., y Seeman, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washignton, D.C: American Psychological Association.

Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., Y Jones, L. (2005). *The efficacy of play therapy with children: A meta analytic review of the outcome research*. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 36 (4), pp 376-390.

Bratton, S. C, y Ray, D. (2000). *What the research shows about play therapy*. *International Journal of Play Therapy*, Vol 9(1), pp 47-88.

Bratton, S. C, Carnes-Holt, K., y Ceballos, P.L. (2011). *An Integrative Humanistic Play Therapy Approach to Treating Adopted Children Whit a History of Attachment Disruptions*. En Drewes, A. A., Bratton, S. C., y Schaefer, C.E (2011). *Integrative Play Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Buber, M. (1984). *Yo y Tu*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Carrol, F (2009). Gestalt play therapy. En O'Connor, K y Braverman, L. (Eds.). *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Cerel, J., Fristand, M., Verducci, J., Weller, R.A., y Wellerm E.B (2006). Childhood bereavement Psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, Vol 45 (6), pp 681-690.
- Chazan, S. E. (2005). *Profiles of play. Assesing and observing Structure and process in Play Therapy*. Jessica Kingsley Publishers. London.
- Cid, L (2012). Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y duelo con los niños. Fundación Mario Losantos del Campo y Parcesa (FMLC). Recuperado de: <http://www.fundacionmlc.org/web/uploads/media/default/0001/01/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf>
- Cochran. N., Nordling, W. y Cochran, J.L (2010). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Cornejo, L (1996). *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Criado, M. G. (1999). *El juego y el desarrollo infantil*. España: Octaedro.
- Danger, S., y Landreth, G. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Paly*

Therapy, Vol 14 (1), pp 81-102.

Darrel, A. (2008). Recognizing the needs of bereaved children in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, Vol 10 (1), pp 14-16.

Deveau, E. J. y Adams, D.W (1995). *Beyond the Innocence of Childhood: Helping Children and Adolescents Cope With Life-Threatening Illness and Dying*. New York: Baywood.

Di Caprio, N.S (1989). *Teorías de la personalidad*. México: Mc. Graw Hill.

Dougherty, J.L (2006). Impact of child-centered play therapy on children of different developmental stages. (Doctoral dissertation, University of North Texas, 2006). Recuperado de: <http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc5287>

Esquivel, A. F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego*. México: Manual Moderno.

Fall, M., Navelski, L., y Welch, K (2002). Outcomes of a play intervention for children identified for special education services. *International Journal of Play Therapy*, Vol 11(2), pp 91-106.

Fernández-Álvarez, H. y Opazo, C. (2004). *La integración en psicoterapia*. Manual práctico. España: Paidós.

Freud, S (1915). Duelo y melancolía. *Obras Completas, tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fulton, R.(2003). Anticipatory mourning. A critique of the concept. *Mortality*,

Vol 8(4), pp 342-351.

Garofano-Brown, A (2007). Relationship between child centered play therapy and developmental levels of young children: A single case analysis (Doctoral dissertation, University of North Texas, 2007).
Recuperado de:
<http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc5178/>

Garza, Y., y Bratton, S (2005). School-based child centered play therapy with Hispanic children: outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, Vol 14 (1), pp 51-79.

Gómez-Sancho, M (2004). *La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones.

Guerney, L. F. (1998). Terapia de juego centrada en el cliente. En C. E. Shaefer, K. J. y O'Connor. *Manual de terapia de juego*. Vol. 1. (pp. 18-58). México: Manual Moderno.

Helseth, S, y Ulfsaet, N. (2003). Having a parent with cancer: coping and quality of life of children during serious illness in the family. *Cancer Nursing*, Vol 26(5): pp 355-62.

Jones. E., y Landreth, G (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play therapy*, Vol 11 (1), pp 117-140.

Kastenbaum, R y Aisenberg, R (2000). *The psychology of Death*. New York: Springer Publishing Company

- Kennedy, C., McIntyre R, Worth A, Hogg R. (2008). Supporting children and families facing the death of a parent: part 1. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 14(4): pp 162-168.
- Kehl, K (2005). Recognition and support of anticipatory Mourning. *Journal of Hospice and Paliative Nursing*, Vol. 7(1), pp 206-211
- Kennedy, V., y Williams, M (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-Oncology*; Vol 18(8): pp 886-892.
- Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond*. USA: American Counseling Association.
- Kroen, W. (2011). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. España: Oniro
- Kübler-Ross, E. (2005). *La muerte: Un amanecer*. México: Océano.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: DeBolsillo.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy. The art of the relationship*. Estados Unidos: Brunner-Routhledge. p.p. 27-51.
- Landreth, G. y Sweeney, D (1999). The freedom to be: Child centered group play therapy. En Sweeney, D y Homeyer, L (Eds). *Handbook of group play therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Le Vieux, J (2005). Child-Centered Play Therapy with a grieving child. En Landreth, G. L., Sweeney, D. S., Ray, D. C. y Glover, G. J. (Eds). *Play therapy interventions with children's problems: case studies with DSM-IV-TR*. Estados Unidos: Rowman & Littlefield Publishers,

Inc.

Lindermann, E (1944). Symptomatology and Management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, Vol 101(2), pp 141-148

Martínez, Y. (2011). *Filosofía Existencial para terapeutas y uno que otro curioso*. México: Colección Sentido

Martínez, M. (1999). La psicología Humanista. Un nuevo paradigma psicológico. México: Trillas.

Meagher, D. Y Balk, D. (2013). Handbook of Thanatology. The essential body of knowledge for the study of death, dying, and bereavement. UK: Routledge

Mearns, D. y Thorne, B. (2000). *La terapia centrada en la persona hoy*. España: Desclée De Brouwer. p.p. 149-171.

Mortola, P (2006). *Windowframes: Aprendiendo el método Oaklander*. Madrid: Fareso.

Moustakas, C (1997). Relationship play therapy. USA: Jason Aronson.

Muñoz, M (2011). La influencia del Enfoque Centrado en la persona en los Institutos Humanistas de Psicoterapia Gestalt en México. En *Figura Fondo Edición Especial 2*, pp 159-176, México, DF: IHPG

--- --- --- (2010). Definiciones para una teoría Humanista. En Muñoz, M (Ed). Emociones, Sentimientos y necesidades. Una aproximación Humanista. México: IHPG

Neimeyer, R (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. España: Paidós.

Nomen, L (2008). *Tratando el proceso del duelo y de morir*. España: Pirámide.

Oaklander, V. (2009). *El Tesoro escondido. La vida interior de los niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos.

---- (2009). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos.

---- (2005). *Terapia de juego Gestalt*. En: Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de la terapia de juego* (2005). México: Manual Moderno. 87-94.

Packman, J., y Bratton, S. (2003). A school based Group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behaviors problems. *International Journal of Play Therapy*, Vol 12 (2), pp 7-29.

Parkes C. y Weiss R (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. España: Paidós.

Pearlman, M. Y., D'Angelo, K., y Cloitre, M. (2010). *Grief in Childhood: Fundamentals of Treatment in Clinical Practice*. USA: American Psychological Association

Pérez, G. (2011). *Cómo curar un corazón roto. Ideas para sanar la aflicción y*

la pérdida. México: Diana

Pérez, A (2006). El proceso de duelo como potencial generador del desarrollo personal: Un enfoque humanista. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

Philips. R. (2010). How firm is our foundation?. Current play therapy research. *International Journal of Play Therapy*, Vol 19(1), pp 13-25.

Piaget, J (1975). La representación del mundo en el niño. España: Morata.

Piaget, J (1964). Seis estudios de Psicología. España: Labor.

Polster, E. y Polster, M (2008). Terapia Gestáltica. Perfiles de teoría y práctica. Buenos Aires: Amorrortu.

Rando, T (1984). Grief, dying and death. Clinical interventions for caregivers. Illinois: Research Press.

Ray. D (2007). Two counseling interventions to reduce teacher-child relationship stress. *Professional School Counseling*, Vol 10 (1), pp 428-440.

Ray, D., y Dougherty, J. (2007). Differential impact of play therapy on developmental levels of children. *International Journal of Play Therapy*, Vol 16(1), pp 2-19.

Ray, D., Blanco, P., Sullivan, J., y Holliman, R (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children.

International Journal of Play therapy, Vol 18 (3), pp 162-175.

Ray, D. y Schottelkorb, A., y Tsai, M (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention-deficit hiperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*. Vol 16 (2), pp 95-111

Reddy, L., Files-Hall, T., y Schaefer, C. (2005). Announcing empirically-based play interventions for children. En Reddy, L., Files-Hall, T., y Schaefer, C. (Eds), *Empirically-based play interventions for children*, pp 3-10. Washington: American Psychological Association.

Rennie, R (2003). A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems (Doctoral dissertation, University of North Texas, 2000). *Dissertation Abstracts International*, Vol 63 (9), 3117A.

Robine, J.M (2011). *La Terapia Gestalt*. México: IHPG

Rogers, C. y Kinget, G.M (2013). *Psicoterapia y Relaciones Humanas. Teoría y Práctica de la Terapia No Directiva*. México: IHPG: Juan Pablos Editor.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. España: Paidós.

Rogers, C. (1990). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En Lafarga, J. y Gómez, J. (1990). *Desarrollo del potencial humano*. Vol. 1, México: Trillas, pp. 77-92.

- Rogers, C. (1990c). El concepto de la persona que funciona completamente.
En: Lafarga, J. y Gómez, J. (1990). Desarrollo del potencial humano. Vol. 1, México: Trillas, pp. 29-34.
- Rogers, C. (1989). Características de una relación de ayuda En: Lafarga, J. y Gómez, J. (1990). Desarrollo del potencial humano. Vol. 3, México: Trillas, pp. 81-96.
- --- -- (1991). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Scalzo, C (2010). *Therapy with children: An existentialist perspective*. Great Britain: Karnak Books
- Schaefer, C. (1998). Play therapy: Critical issues for the next millenium. *Association for Play Therapy Newsletter*, Vol 17 (1), pp 1-5.
- Schottelkorb, A (2007). Effectiveness of child-centered play therapy and person centered teacher consultation on ADHD behavioral problems of elementary school children: A single case design. (Disertacion doctoral, Universidad de North Texas, 2007)
Recuperado de:
<http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc5125>.
- Schumman, B (2005). Effects of child-centered play therapy and curriculum-based-small-group guidance on the behaviour of children referred for aggression in an elementary school setting (Doctoral dissertation, Universidad de North Texas, 2004). *Disertation Abstracts International*. Vol 65 (12), 4476 A.
- Shen, Y (2002). Short-term Group play therapy with Chinese earthquake

victims. Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play therapy*, Vol 11(1), pp 43-64.

Siegel, K., Kaurus, D., y Raveis, V.H (1996). Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *Journal of American Academy of child and Adolescents*, Vol 35 (4), pp. 442-450.

Sutter, C., y Reid, T (2012). How do we talk to the children? Child life consultation to support the children of seriously ill adult impatients. *Journal of Palliative medicine*, Vol 15 (12), pp 1362-1368.

Sweeney, D. y Landreth, G. (2005). Terapia de juego centrada en el niño. En: Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de la terapia de juego* (2005). México: Manual Moderno. 45-57.

Tizón, J (2004). Pérdida, pena y duelo: vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós.

Tyndall-Lind, A., Landreth, G., y Giordano, M (2001). Intensive Group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, Vol 10 (1), pp 53-83

Van Dernooot, P. (2007). *Hablando con mis amigos de la casa del árbol sobre el cáncer*. USA: Fulcrum Publishing.

VanFleet, R., Sywulak, A. E., y Sniscak, C.C. (2010) *Child-centered play therapy*. New York: The Guilford Press.

- Villanueva, C. y García, J. (2000). Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiatría Pública*, Vol 12 (3).
- Viorst, J. (1990). *El precio de la vida, las pérdidas necesarias para vivir*. Argentina: Emecé Editores.
- Visser, A., Huizinga, G, Van Der Graaf, W, Hoekstra, H, y Hoekstra-Weebers, J. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer treatment reviews*, Vol 30(8): pp 683-694
- West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- Wilson, K. y Ryan, V (2005). *Play therapy: A non directive approach for children and adolescents*. Filadelfia: Elsevier.
- Worden, W. (2010). *El Tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. España: Paidós.
- Yalom, Irving (2010). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Ed. Herder.

ANEXOS

Tabla 1

"Selección de investigaciones empíricas recientes para sustentar la terapia de juego"

(Kottman, 2011; extracto)

Aproximación de terapia de juego	Autor (es)
"Terapia de juego centrada en el niño"	
Niños con TDAH	Ray, Schottelkorb y Tsai, 2007; Schottelkorb, 2007.
Niños con conducta agresiva	Schumman, 2005
Niños con retraso en el desarrollo	Ray, blanco Sullivan y Holliman, 2009; Brandt, 2001; Garza y Bratton, 2003; Rennie, 2003
Niños presenciando violencia doméstica	Tyndall-Lind, Landreth y Giordano, 2001.
Niños referidos por el consejo escolar	Ray, 2007
Niños con dificultades en el lenguaje	Danger y Landreth, 2005
Niños de educación especial	Fall, Navelski, y Welch, 2002
Niños que experimentan dificultades con su autoestima y problemas escolares	Blanco, 2009
Niños que han experimentado desastres naturales	Shen, 2002
Niños con enfermedades crónicas	Jones y Landreth, 2002;
Niños desamparados	Baggerly y Jenkins, 2009
Estrés parental	Dougherty, 2006; Ray y Dougherty, 2007