



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

**IMPLICACIONES EPISTÉMICAS DE LA INTEGRACIÓN TEÓRICA
EN LA PSICOTERAPIA CON NIÑOS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

ERANDI BASURTO SORIANO

DIRECTORA:

DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ- MAQUEO

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ

MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZALEZ

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO.

FEBRERO DE 2016



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

Quiero agradecer a CONACYT y el apoyo del proyecto PAPIIT IN 305613-3 porque sin los recursos que otorgaron para mi formación, yo simplemente no hubiera podido realizar mi posgrado.

Agradezco el apoyo y las enseñanzas de las profesoras que durante la residencia fueron nutriendo mi pensamiento y dando a mi práctica profesional mayor solidez, principalmente a la Dra. Emilia Lucio por su paciencia y su acompañamiento; y a la Mtra. Verónica Ruiz porque sus exigencias retaron y fortalecieron mi voluntad.

Agradezco a mis compañeros de la residencia por generar un ambiente de competencia motivadora pero fraterna; podría mencionar un aspecto particular de cada uno de ellos pues todos aportaron a mi formación de alguna manera, pero resalto en particular la presencia cálida de Lizbeth que siempre me recibía con una sonrisa aún en los momentos de mayor estrés; agradezco a Marcela por abrir mi pensamiento a la diferencia, y a Blanca por acompañar los meses de agonía que tardó la elaboración de este escrito.

Doy gracias a mis grandes amores, a esas personas que han sido los pilares estables sobre los que he podido edificar una vida alegre y tranquila, agradezco a mi familia, a mi papá por ser el viento que siempre ha impulsado y sostenido mis vuelos, por ser el puerto seguro al que puedo volver siempre que necesito refugio y consuelo, por darme una familia armoniosa en medio de un mundo complicado. Agradezco a mi hermana y mis sobrinos por ser motivo de mis sonrisas; agradezco a mis abuelos por regalarme amor constante y desinteresado, y por enseñarme que el esfuerzo y el trabajo son formas dignas de vivir.

Finalmente te agradezco a ti Aarón, por ser mi compañero de vida, por acompañarme y alentarme en el proceso de crecimiento rápido que fue este posgrado; agradezco tu apoyo, tu paciencia, tu compañía siempre cálida y acogedora. Te doy las gracias porque “aunque no siempre he entendido mis culpas y mis fracasos, en cambio sé que en tus brazos el mundo tiene sentido” (Mario Benedetti).

Índice

	Pág.
Introducción	5
Capítulo I. Antecedentes de la integración en la psicoterapia .	10
1.1 Antecedentes de integración	10
1.2 Dificultades para la integración	14
1.3 La formación de los terapeutas integrativos	17
Capitulo II. Tres maneras de integrar	19
2.1 Eclecticismo técnico	19
2.2 Factores comunes	22
2. 2. 1. Factores comunes en psicoterapia de juego.	26
2.3. La integración teórica	29
2.3.1 Integración teórica infantil: El modelo ecosistémico.	37
Capítulo III. Fundamentos epistémicos para la integración .	47
3.1 Definición del concepto de teoría	49
3.2 Problemas identificados	51
3.3. De románticos e iluminados	53
3.4 Alunizando en la psicoterapia	55
3.5. A manera de corolario	59

Capítulo IV. Tres modelos para integrar	62
4. 1 Las propuestas psicoanalíticas	62
4. 2 Las propuestas cognitivo conductuales	70
4.3 Las propuestas humanistas	79
4. 3.1 La psicoterapia de juego Gestalt	80
4.3.2 La psicoterapia centrada en el niño	82
4.4 Atando cabos	87
Capítulo V. El caso de Sandy	90
Presentación de caso	91
Datos de identificación:	91
Motivo de consulta:	92
Descripción clínica:	93
Genograma:	93
Dinámica familiar	94
Historia familiar	95
Resumen del proceso terapéutico:	96
Análisis del proceso terapéutico	96
Primera etapa (Sesiones 7 a la 13)	97
Segunda etapa (De la sesión 14 a la 23):	100
Tercera etapa (De la sesión 24 a la 32)	107
Cuarta etapa (De la sesión 33 a la 39)	111
Concluyendo ciclos	115
Discusión y conclusiones:	117
Lista de referencias	126

Introducción

Es posible rastrear el inicio de la psicoterapia desde la Grecia antigua, desde entonces se han ensayado varias propuestas que pretenden explicar la complejidad del psiquismo humano y se han propuesto distintas técnicas de intervención psicoterapéutica (Feixas y Miró, 1993)

A partir del siglo XX tres modelos explicativos han estado en disputa sobre quién se erigirá como el modelo más completo o el mejor para comprender el psiquismo humano. Inicialmente se reconocen las propuestas psicoanalíticas; posteriormente surgen los modelos del conductismo que después se unen con las propuestas cognitivas; y finalmente surgen las propuestas humanistas (Salama, 2009).

Sin embargo surge la cuestión a saber ¿Es posible que uno sólo de estos modelos pueda explicar la totalidad del psiquismo humano y su relación con la patología? Las propuestas que se han tenido hasta ahora brindan aportaciones importantes pero pareciera como si abordaran sólo algunos aspectos del individuo sin llegar a abarcarlo en su totalidad.

Un aspecto interesante a resolver es que estos tres modelos por separado (psicoanalítico, cognitivo conductual y humanistas) brindan respuestas consistentes y parecen ser aproximaciones adecuadas para comprender el psiquismo humano y su funcionamiento, sin embargo, cada una de estas propuestas se enfoca primordialmente a un “área” del psiquismo humano dejando de lado las demás perspectivas. Así, de manera separada los tres modelos parecen dar una respuesta sólida ante las dificultades que presentan sus pacientes/clientes. Entonces ¿por qué si los tres modelos aportan algo de certeza y conocimiento a este “objeto” de estudio, resulta tan complicado reunirlos en un conjunto único y congruente?

En respuesta a esta dificultad ha surgido la propuesta de la integración en la psicoterapia, que de manera general intenta retomar las bondades de cada modelo para permitir una mayor aproximación a las dificultades que presentan sus pacientes. Hasta el momento se identifican cuatro formas de integración: el eclecticismo técnico, la integración teórica, la integración asimilativa y los factores comunes.

En sus inicios, la propuesta integrativa fue duramente cuestionada, sin embargo hoy en día es posible identificar diversos argumentos para sostener la pertinencia de esta propuesta en la psicoterapia. Corsi (2005) explica que cuando no se consideran las aportaciones de otros modelos distintos al que uno mismo emplea, se adopta una postura unidimensional que supone algún grado de dogmatismo y la pretensión de que dicho modelo tiene una aplicación universal, con ello se corre el riesgo de no responder a las necesidades del paciente sino a las exigencias del propio marco teórico.

Por su parte Aaron Beck (1976) advierte que las posturas dogmáticas tienden a ampliar la brecha entre personas con opiniones diferentes, y los orientan a hacer sus puntos de vista más rígidos y más extremos. Greenson (1976) lo menciona del siguiente modo:

Los innovadores solitarios tienen la tendencia a convertirse en “analistas silvestres”, mientras que los conservadores, por su insularidad, propenden a la ortodoxia rígida. En lugar de influir unos en otros de modo constructivo, van cada quien por su camino como enemigos, ciegos a cualquier beneficio que pudiera haberles valido el debate franco y continuo. (p. 18).

Desde estas dificultades se enfatiza la necesidad de la integración como un llamado a la tolerancia y respeto mutuo entre los distintos modelos; se reafirma la necesidad de comunicación y diálogo comprensivo a fin de permitir el desarrollo en el ejercicio profesional-individual pero también la innovación consistente en la psicoterapia.

Asimismo Drewes (2011) explica que los trastornos psicológicos especialmente aquellos que se presentan en los niños y adolescentes son complejos, implican multiniveles, están determinados por varias causas, es necesario una aproximación que brinde un tratamiento multifacético, que otorgue un peso equivalente a varios aspectos del funcionamiento de la persona y de respuesta a la posible superposición de problemáticas que cursan con comorbilidad.

Por ello la terapia de juego para niños requiere que el terapeuta use varios “sombreros” y sea hábil en cambiar su postura terapéutica a fin de conocer las

necesidades del niño. También en la terapia de juego se necesita que el terapeuta cambie su rol dependiendo de las necesidades y demandas del paciente, lo que suele orillar al terapeuta a adoptar un estilo flexible, en el que sus intervenciones sean seleccionadas y modificadas de acuerdo a las demandas externas (*Ídem*).

Por su parte Neimeyer (2013) explica que “el terapeuta que admite que los problemas personales pueden deberse a una combinación de factores cuenta con muchos caminos para la exploración de dichos problemas”. (p. 52) Sin embargo será complicado que este terapeuta pueda avanzar por todas las sendas al mismo tiempo, así que posiblemente deba jerarquizar algunos aspectos y establecer una vía de acción que sirva como un mapa guía que lo oriente para alcanzar las metas que desee lograr con su intervención. Esta propuesta es bastante relevante porque aún cuando señala la necesidad de una mirada amplia y abarcadora, también sugiere dificultades que se analizarán a lo largo de este texto, a saber: que los objetivos que se proponen alcanzar los distintos modelos teóricos son diferentes y en ocasiones resulta complejo compaginar sus intenciones; por otro lado se enfatiza la necesidad de establecer una guía que oriente y de sentido a la práctica psicoterapéutica.

Greenson (1976) asevera que hay una relación de reciprocidad entre teoría y práctica, de manera que cuando hay faltas de integración entre éstas es probable que salgan perjudicadas ambas. Por ello se reafirma la necesidad de reflexionar sobre la integración teórica, ya que ésta establece una relación cercana entre el modelo teórico explicativo con el que se comprenden los problemas psicológicos y los métodos de intervención terapéuticos que se eligen para atenderlos.

A este respecto Erskine y Moursund (2014) consideran que el trabajo como terapeutas se basa en las suposiciones sobre cómo son las personas, cómo llegan a ser lo que son, por qué cambian o por qué siguen siendo las mismas. Es decir, lo que nosotros creamos o no con respecto a la personalidad, al desarrollo humano o a la manera en que sucede el cambio conforma nuestras creencias y nuestra práctica de la psicoterapia y afectará nuestra forma de hablar de ella.

Juan Fiorini (1979) advierte sobre la necesidad de reflexionar sobre el vínculo existente entre las técnicas de intervención psicoterapéuticas y la teoría que las sustentan, afirma la necesidad de preguntarnos sobre cuáles son los soportes de una orientación teórico- técnica incluyendo el análisis ideológico (es decir, la dimensión del para qué se emplean estas técnicas) y antropológico (referente a la concepción de “sujeto”, individuo o humano que se tenga).

Personalmente me adhiero a la postura de Juan Fiorini (1979) quien subraya la necesidad de que las técnicas de psicoterapia, su manipulación concreta, los objetivos y la organización estratégica de sus instrumentos configuren una *gestalt*, ya que algunas intervenciones aplicadas indistintamente sin considerar el contexto psicoterapéutico pueden actuar de manera incongruente con el resto del proceso, tener efectos irrelevantes o incluso ser perjudiciales para el proceso terapéutico. Fiorini (1979) lo explica del siguiente modo: “la ausencia de una clara definición estratégica, así como una incoherencia en el manejo de intervenciones y actitudes del terapeuta pueden producir efectos confusionales, inductores de fracaso y de deserciones”. (p. 59)

Así pues en el presente escrito se considera que para el desarrollo de un trabajo psicoterapéutico profesional es imprescindible tener un marco teórico que sirva para dar sentido y referencia a las intervenciones empleadas, dicho sistema explicativo implica una manera de comprender los problemas y los procesos de cambio, conlleva además una noción de persona, ideas sobre cómo entiende la psicopatología, sus causas y los objetivos hacia los que dirigirá sus esfuerzos.

Afirmo además la necesidad de la integración teórica para enriquecer la psicoterapia infantil, a fin de impulsar una visión amplia, abarcadora, comprensiva pero también sistematizada, coherente, consistente, que brinde solidez a la práctica psicoterapéutica y funja como un referente para unificar criterios de investigación que ayuden a expandir el saber en esta área. Así pues mis objetivos son: analizar los principales intentos de integración teórica en la psicoterapia infantil y problematizar las dificultades que se han tenido hasta ahora para lograr esta integración.

Me es importante mencionar que el enfoque del presente trabajo es distinto al que impera en la visión metodológica predominante en la psicología, en este escrito no se pretende sostener la mayor científicidad de un modelo explicativo u otro, ni afirmar la efectividad de una manera de intervención sobre otra, sino más bien, se propone reflexionar sobre esta vasta diversidad de enfoques y las implicaciones que ello tiene para la psicología como disciplina del saber y para la psicoterapia infantil como forma de intervenir en la realidad en particular.

Para ello en el primer capítulo se exponen de manera sucinta los antecedentes generales de la integración en psicoterapia, las principales dificultades que se han encontrado para realizar estos proyectos y la situación actual de la formación de los psicoterapeutas integrativos. En el segundo capítulo se explican las tres principales formas de integración, algunos de los presupuestos que subyacen a ellas, ejemplos de modelos que se pueden adherir a cada una de estos métodos de integrar y críticas que se han hecho a cada uno de ellos. En el capítulo tres se presenta algunos conceptos generales sobre lo que se entiende por teoría, se examina su composición y su función dentro del conocimiento científico, se mencionan algunos de los problemas identificados desde la filosofía de la ciencia en relación con las teorías y finalmente expongo los presupuestos epistémicos que consideraré como sustento a las observaciones que presento en el siguiente capítulo sobre la integración teórica. En el capítulo cuarto se presenta un esbozo de lo que considero son los principales supuestos teóricos de los tres principales modelos de psicoterapia: el psicoanalítico, el cognitivo- conductual y dos propuestas humanistas. En el capítulo cinco se presenta un estudio de caso que ejemplifica algunas de las complicaciones técnicas que se tuvieron para tratar a una paciente que fue atendida en coterapia, esta intervención estuvo enmarcada por el acompañamiento que brindó un equipo de observación desde una cámara de Gesell, y en el último apartado se presentan la discusión y las conclusiones del trabajo.

Capítulo I. Antecedentes de la integración en la psicoterapia.

1.1 Antecedentes de integración

Los diferentes modelos psicoterapéuticos siempre han estado interesados en nutrirse de los nuevos desarrollos en las ciencias naturales, las ciencias sociales, la filosofía, la teología, las artes, incluso en la literatura, sin embargo la mayor parte del tiempo se han negado a aprender de los otros modelos si entre ellos existen diferencias ideológicas o de lealtades.

Fernández- Álvarez y Opazo (2004) explican que el movimiento hacia la integración obedeció a dos objetivos fundamentales: descubrir dentro de la diversidad de modelos terapéuticos los nexos conceptuales que permitieran la síntesis y por otro lado identificar los modos de intervención más efectivos.

Así es posible rastrear los primeros intentos de integración en 1930 con la publicación del artículo escrito por Ischlondy en Alemania, quien pretendía establecer un paralelismo entre el condicionamiento pavloviano y algunos términos psicoanalíticos. Posteriormente French en 1933 retomó la propuesta de Ischlondy ampliando los paralelismos entre esos dos modelos y presentó sus resultados en una reunión de la Asociación Americana de Psiquiatría, sin embargo su propuesta recibió fuertes críticas (Gold, 1996; Seymour, 2011).

Unos años más tarde, en 1936 Rosenzweig publicó un artículo llamado “Algunos factores comunes implícitos en diversos métodos de psicoterapia” y para 1940 presentó una conferencia titulada “El estudio y tratamiento de los problemas de la conducta humana utilizando principios derivados de las ciencias conductuales, sociales y médicas, con énfasis en la promoción de Salud Mental” en un evento realizado por la Asociación Americana de Ortopsiquiatría (Seymour, 2011).

En 1944 Sears exploró la función del refuerzo en la relación terapéutica. Para 1946 Alexander y French propusieron modificaciones en la técnica psicoanalítica introduciendo una aproximación más activa del terapeuta, esto se sustentaba en una idea crucial para el futuro desarrollo de la integración, es decir la propuesta de que el

insight de los procesos inconscientes puede seguir al cambio de comportamiento y no necesariamente tenía que ocurrir a la inversa como se pensaba hasta entonces, además este modelo fue el primero en sugerir múltiples factores interactivos y terapéuticos, introduciendo el término “experiencia emocional correctiva”. (Gold, 1996; Seymour, 2011).

Otro antecedente imprescindible para la integración fue la propuesta de Dollard y Miller quienes en su libro “*Personality and Psychotherapy*” publicado en 1950 introdujeron procedimientos de la terapia cognitiva conductual en la técnica psicoanalítica, propusieron una actitud más directiva del terapeuta incluyendo tareas, *role playing*, modelamiento, exposición activa y graduada a las situaciones que producían temor (Gold, 1996).

En 1952 Eysenck publicó una crítica sobre la eficacia de la psicoterapia (específicamente el psicoanálisis) y esto generó una discusión que permeó el ámbito de la psicoterapia hasta 1970, en estos debates predominaban las confrontaciones y el tono competitivo de las discusiones. Un ejemplo de esta dinámica se puede identificar en una conferencia impartida por Carls Rogers en 1963 durante la Sexta Conferencia Anual de la Academia Americana de Psicoterapeutas, en ella relató su participación en la presentación clínica de los diversos modelos de psicoterapia aplicada a un caso particular, él estaba sorprendido por las diferencias reportadas pues en distintos momentos del tratamiento algunos aspectos que un grupo consideraba terapéutico otros podían considerarlo no terapéutico e incluso contraterapéutico (Seymour, 2011). Esto es relevante para la presente discusión porque considero que estas diferencias no sólo responden a situaciones técnicas sino que se derivan de contradicciones teóricas fundamentales que han complicado la posibilidad de la integración teórica.

Con el desarrollo de las terapias conductuales y sus aportaciones sobre las teorías del aprendizaje surgieron nuevos intentos de integración como los de Marks y Gelder en 1966; Weitzman en 1967; Bergin en 1968; Sloane en 1969; Marmor en 1971; y Birk y Brinkley-Birk en 1974. Los cuales estaban enfocados en encontrar los vínculos teóricos subyacentes y las similitudes entre el conductismo, el humanismo y los métodos dinámicos. Estos primeros intentos de integración se caracterizaron por ser

modelos que enfatizaban la recolección y selección de técnicas de los diferentes enfoques en psicoterapia sin pretender la consistencia teórica. Así a finales de 1970 y hasta la década de los 80's los modelos de psicoterapia proliferaron y para 1982 Smith identificó poco más de 100 propuestas de psicoterapia. (Gold, 1996).

Un punto crucial en el desarrollo de la integración fue la publicación de "Psicoanálisis y terapia conductual" (*Psychoanalysis and behavior therapy*) en 1977 escrito por Wachtel, este libro ha servido como un modelo de integración, tanto a nivel teórico como técnico, ya que ofrece una teoría de la personalidad y la psicopatología que involucra armónicamente aspectos de las teorías dinámicas y las conductuales (Gold, 1996; Seymour, 2011).

Desde la década de 1980 la opción integrativa se estableció como una alternativa válida, en 1983 se formó la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) (Feixas y Miró 1993) ubicada en Annapolis (Estados Unidos de Norteamérica), se conformó como una organización interdisciplinaria de profesionales y terapeutas con orientación ecléctica. (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004), celebrando su primera conferencia en 1985 e inauguraron la *Journal of Psychotherapy Integration*. (Seymour, 2011).

En 1984 hubo varios autores que contribuyeron al desarrollo de la integración algunos de ellos son: Wolpe; Franks; Messer y Winokur. (Gold, 1996). Para 1989 Lazarus hizo importantes aportaciones con su modelo "Terapia multimodal", que es una perspectiva pragmática, técnica y ecléctica (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

Finalmente Norcross y Newman (Gold, 1996, p. 8) identificaron ocho variables que han interactuado para promover el desarrollo de la integración:

- 1) La enorme expansión del número de psicoterapias separadas
- 2) El hecho de que ni una sola terapia o grupo de terapias ha demostrado marcada superioridad en su eficacia
- 3) La falta de éxito de una terapia para explicar adecuadamente y predecir patología, personalidad o cambios conductuales.

- 4) El incremento en el número e importancia de las terapias focalizadas y de corta duración.
- 5) La mejoría en la comunicación entre clínicos y profesionales de la educación que ha redundado en un incremento en la disposición y más oportunidades para la experimentación terapéutica.
- 6) La intrusión en los consultorios de los límites de la realidad de apoyo socioeconómico, limitado por terceros para las psicoterapias tradicionales a largo plazo. Esto se ha acompañado de la creciente demanda de documentación de efectividad de todos los tratamientos médicos y terapias psicológicas.
- 7) La identificación de ciertos factores comunes a todas las psicoterapias relacionadas con el éxito.
- 8) El desarrollo de organizaciones profesionales, redes de trabajo, conferencias y jornadas que están dedicadas a la discusión y estudio de la integración en psicoterapia.

A medida que fueron proliferando varios modelos de integración se fueron identificando algunos patrones de integración, Seymour (2011) menciona cuatro: el eclecticismo técnico, los factores comunes, la asimilación y la integración teórica. Sin embargo se especifica que existe una superposición entre estos enfoques y en ocasiones es complicado clasificar algunas propuestas integrativas, no obstante cada uno de estos patrones tiene un énfasis ligeramente diferente en la relación entre la teoría y la práctica clínica, o entre la práctica y los resultados de la investigación clínica.

La integración de asimilación es un enfoque informal pero común entre los psicoterapeutas, éstos trabajan a partir de un modelo teórico específico pero van seleccionando e incorporando elementos técnicos de otras propuestas, a menudo reinterprelando el significado de la técnica de acuerdo a su teoría (Seymour, 2011).

Personalmente considero que esta forma de integración puede resultar muy atractiva, pareciera que permite cierto ordenamiento teórico que sostiene la conceptualización del caso de manera congruente y aporta además la apertura técnica necesaria para tomar aspectos positivos de otros modelos. Pero considero que esta manera de integrar en realidad no permite retomar aspectos sustanciales de otros

modelos, el resultado es una mezcla heterogénea que no llega a comprender el punto de vista de los demás modelos y sólo toma de manera fragmentada sus técnicas, y al enmarcarlas en el propio modelo explicativo éstas pierden la “ganancia” que podrían aportar desde otra visión del paciente, del padecimiento y esa aportación específica para su cura.

Por ello para fines del presente escrito se tomará la clasificación propuesta por Wachtel (Citado en Fernández- Álvarez y Opazo, 2004) quien sólo identifica tres líneas de integración: el eclecticismo técnico, la integración desde los factores comunes, y la integración teórica.

1.2 Dificultades para la integración

De acuerdo con Corsi (2005) uno de los obstáculos que ha enfrentado el desarrollo de la integración en la psicoterapia es que cada modelo terapéutico tiene una autoimagen muy positiva y suele desdeñar a las demás, lo que dificulta sobremanera el conocimiento y dialogo mutuo, incluso suele presentarse mutua descalificación. Una idea parecida la presentan Fernández- Álvarez y Opazo (2004) al mencionar que:

Cada enfoque se ha percibido a sí mismo como acertado en sus explicaciones y como potente a la hora de proponer cambios en las personas. Y desde esta plataforma de positiva autoimagen y de elevada autoestima, cada enfoque ha tendido a asumir una postura de superioridad, contemplando con cierto desdén las alternativas representadas por los otros enfoques. (p. 14).

Esta primera dificultad se vincula con la siguiente y es que el intercambio científico entre escuelas es reducido y despierta poco interés en los psicoterapeutas conocer otros enfoques diferentes a los que cada uno ejerce, a esta actitud hermética Corsi (2005) le llama “capilla” pues considera que estos grupos confunden su adhesión a un sistema teórico o terapéutico con una religión personal, y esta postura dogmática anula las posibilidades de intercambio de información, discusión científica o evaluación recíproca.

Por su parte Drewes (2011) afirma que el mayor obstáculo para el desarrollo de la integración es el de la territorialidad de los puristas, ya que desde esta postura proveen un entrenamiento inadecuado, pues no estimula la flexibilidad que se requiere para cambiar el estilo de trabajo, expandir la propia orientación e investigar aproximaciones que puedan resolver mejor las necesidades específicas del cliente/paciente.

Asimismo existen algunas dificultades metodológicas que aún no encuentran solución, por ejemplo, se requieren métodos que permitan estudiar un caso único desde diferentes orientaciones terapéuticas. Además sería pertinente estudiar los “fracasos” terapéuticos como un medio de aprender a aumentar la eficacia terapéutica (Feixas y Miró, 1993).

Otro de los problemas vinculados con la metodología refiere a la barrera lingüística que dificulta la comunicación entre terapeuta e investigador, se requiere la traducción de estos lenguajes teóricos a un lenguaje operacionalizado apropiado para la investigación. Además hace falta un lenguaje común entre distintas teorías que permita la mutua comprensión. Este aspecto se verá claramente ilustrado en el capítulo cuatro en donde se abordan las nociones fundamentales de tres modelos explicativos, en cada uno de ellos se retoma la palabra “*dinámico*”, pero en cada uno de ellos es enfocado a aspectos diferentes de la persona y aún cuando retoman la noción propia de la palabra “*dinámico*” implicando su vínculo con el movimiento en relación con las causas que lo producen (Diccionario de la Real Académica Española, 2015), cada modelo lo adapta a una explicación particular, asigna distintas causas y formas distintas de influencia de éstas sobre los aspectos que ellos observan en la conducta de los pacientes, es decir, la palabra *dinámico* tiene un sentido propio dentro de ese bagaje conceptual.

Asimismo Seymour (2011) señala que actualmente muchas de las propuestas y de la financiación para desarrollar prácticas basadas en la evidencia provienen del campo médico, pero no se ha cuestionado la pertinencia de esos métodos de investigación para el estudio del comportamiento humano.

Un riesgo que se observa en el movimiento de integración, es que si bien éste puede promover el desarrollo de la psicoterapia también puede derivar en su desintegración ya que se han creado bastantes modelos innovadores e integrativos pero esta tendencia parece estar avanzando fuera de control, se observa una proliferación desmedida de tratamientos idiosincráticos, personalizados, inadecuadamente probados. “Al parecer actualmente es posible contabilizar varias decenas de nuevas propuestas de tratamiento, pero también es posible identificar varias similitudes entre ellos, sin embargo cada autor piensa que su propuesta es inusual e importante”. (Gold, 1996, p. 10).

Esto toca un problema fundamental para la psicología pero más para las psicoterapias en particular, a saber qué criterios y métodos científicos debemos usar para “probar” la efectividad de nuestras intervenciones. Algunos modelos se han apegado más a los estándares estadísticos o al modelo médico, desde esta perspectiva consideran exitosos a los tratamientos que logran disminuir o quitar los síntomas que presentan los clientes, sin embargo, otros modelos considerarían que esto es ver a la persona de manera parcializada y esa forma de enfocar el problema deja de lado otros problemas que surgirán al quitar esos síntomas, por ello sus esfuerzos principales no están dirigidos a este fin. Por tanto parece “injusto”, extraño o dudoso emplear el mismo método de evaluación para medir la efectividad de modelos que no pretenden alcanzar los mismos objetivos.

Finalmente se menciona la dificultad que motivó la presente investigación, Feixas y Miró (1993) afirman que cada modelo psicoterapéutico supone su propia terminología y la adherencia a un enfoque determinado proporciona una forma de comprender el problema y una idea sobre cómo intervenir, un lenguaje comprensivo y una estructura científico-social de apoyo. Bajo esos conceptos subyacen diferencias epistemológicas y concepciones sobre el mundo distintas que pueden llegar a ser un obstáculo para hacer un diálogo entre escuelas. Esta cuestión guiará la reflexión en lo sucesivo porque la considero la principal dificultad para lograr la integración teórica pues algunos modelos parten de presupuestos contradictorios con respecto a la naturaleza humana, el desarrollo de la personalidad o el origen de la psicopatología (Seymour, 2011).

1.3 La formación de los terapeutas integrativos

Con respecto a la formación de los terapeutas la propuesta integrativa lanza varios retos y abre varias áreas de oportunidad. Por ejemplo, Drewes (2011) menciona que la territorialidad de los puristas que sostienen un punto de vista teórico como si fuera el mejor provee un entrenamiento inadecuado en las universidades, pues:

En la mayoría de ocasiones los graduados sólo están preparados para proponer un tratamiento desde uno o dos sistemas teóricos distintos. Por tanto su pensamiento no fluye libremente entre las dos aproximaciones y no sienten tener un buen fundamento en ninguna, resultando en una inhabilidad para integrarlas realmente. (p. 33).

Otro reto pendiente para la formación de terapeutas integradores es cómo es posible asegurarse de que los estudiantes dominan adecuadamente los distintos modelos existentes, ya que se requieren varios años de formación y experiencia para “aprender- perfeccionar” un sólo modelo de intervención con sus correlatos teóricos. La pregunta pendiente es cómo hacer que en un periodo breve de tiempo se puedan adquirir los conocimientos suficientes de cada modelo con una perspectiva clara sobre cómo unirlos de manera coherente en cada uno de los casos.

Schaefer (2011) aporta una posible respuesta, afirma que los terapeutas que ejerzan el modelo que él propone (la terapia de juego prescriptiva) deben familiarizarse con las teorías más importantes del juego y de la terapia de juego, deben conocer aspectos fundamentales de desarrollo y su relación con el juego, además deben conocer materiales y técnicas con sus modificaciones, es decir, deben contar con las herramientas mínimas necesarias para realizar su labor, para ello los terapeutas de juego prescriptivos reciben instrucción y supervisión exhaustiva en uno o dos modelos de psicoterapia durante el posgrado, pero se considera que el aprendizaje es un proceso permanente e individual y cada uno irá ampliando su conocimiento en las diferentes escuelas y modalidades de intervención. Empero, aún cuando el proceso de aprendizaje sea algo permanente y personal, esto no resuelve el problema de saber cuáles son los conocimientos mínimos suficiente de cada modelo, cómo transmitirlos

todos en un lapso breve de tiempo, y qué criterios se pueden emplear para saber que la “combinación” de enfoques que se realiza en cada caso es coherente y adecuada.

Por su parte Drewes (2011) afirma que específicamente en el campo de la terapia de juego hay pocos cursos, artículos, talleres y libros capaces de ayudar a los terapeutas de juego a volverse más flexibles e integrativos. Sin embargo considero que este escenario de carencia es propio de una propuesta emergente y más que representar una dificultad infranqueable puede observarse como un campo laboral fértil.

Una crítica férrea la presentan Feixas y Miró (1993) quienes consideran que no es válido ofrecer una formación psicoterapéutica “integradora”, pues hay una gran variedad de propuestas integrativas y enseñar una en específico produce un resultado muy similar al que tendría la formación en cualquier otra escuela, diferenciando únicamente el tipo de psicoterapia impartida, pero esto no supone ningún salto cualitativo con respecto a la formación. Estos autores consideran que lo único que se puede fomentar desde las diferentes escuelas es la sensibilidad, la apertura hacia la integración, con el fin de formar un espíritu no dogmático y comunicar el mensaje de que no existe una verdad terapéutica cerrada por tanto es posible aprender de otras orientaciones.

Desde este panorama problemático que ha generado la tendencia integrativa en la psicoterapia surgen las preguntas de investigación que guiarán el presente escrito, a saber si es posible la integración teórica consistente de los principales modelos psicoterapéuticos existentes (psicoanalítico, cognitivo conductual y humanistas), qué principios epistémicos pueden soportar esta integración teórica en la psicoterapia infantil y cómo debe ser la formación de los psicoterapeutas integrativos.

Capítulo II. Tres maneras de integrar

Como se mencionó previamente se han identificado algunos patrones para la integración (eclecticismo técnico, integración asimilativa, factores comunes e integración teórica), sin embargo es pertinente aclarar que algunas de las propuestas integrativas que se han elaborado hasta ahora no son fácilmente clasificables dentro de una de estas categorías porque contienen elementos que les permitirían estar en dos o más.

2.1 Eclecticismo técnico

Esta forma de integrar fue la más empleada al inicio del movimiento de integración, propone seleccionar los mejores contenidos de cada teoría favoreciendo la amplitud de elementos de diversas procedencias, sin embargo el principal riesgo que debe enfrentar esta forma de integración es que puede derivar en una mezcla inconsistente de conceptos y técnicas.

Feixas y Miró (1993) retoman las propuestas de clasificación de Neimeyer, Norcross y Villegas quienes propusieron dos grandes categorías de eclecticismo: el intuitivo o ateórico y el eclecticismo técnico que puede ser pragmático, de orientación o sistemático.

Las intervenciones elaboradas a partir del eclecticismo intuitivo o ateórico se componen de procedimientos específicos de distintas técnicas, elegidas por el terapeuta de acuerdo a su propio criterio sin tomar en cuenta su marco conceptual, por ello pueden parecer una colección de técnicas y conceptos contradictorios, por ello esta manera de integración ha recibido fuertes críticas.

Por otro lado el eclecticismo técnico como su nombre lo indica enfatiza los aspectos técnicos subordinando la teoría, selecciona técnicas y procedimientos de orígenes diversos sin aceptar la teoría de procedencia. Esta forma de integración se desprende del presupuesto de que son las técnicas lo que los terapeutas realmente hacen con sus clientes, por ello se permiten retomar prácticas de distintas escuelas que

a nivel teórico pueden ser incompatibles. La principal aportación de esta forma de integración fue la noción de que cada cliente necesitaba un tratamiento específico (*Ídem*). En sus formas más desarrolladas se integran las técnicas de dos o más sistemas de psicoterapia de manera sistemática y secuencial, usualmente las intervenciones siguen a una evaluación comprensiva del paciente. Las técnicas son escogidas con base en la mejor estructura clínica de acuerdo a las necesidades del paciente, guiadas por el conocimiento clínico y los estudios encontrados (Gold, 1996).

De manera general Feixas y Miró (1993) identifican tres formas de integración técnica:

La integración técnica pragmática selecciona las técnicas considerando el nivel de eficacia probada empíricamente. El objetivo de este tipo de integración es conseguir una matriz de tratamientos por problema que sugiera las técnicas a usar para cada caso específico.

La integración técnica de orientación selecciona las técnicas con base en criterios establecidos desde una teoría concreta. Es decir se combinan técnicas de distintos enfoques pero en función de una orientación teórica específica, sin embargo no hacen integración a nivel conceptual. Su criterio de inclusión es la coherencia con una teoría concreta más que la eficacia mostrada empíricamente; un ejemplo de esto puede ser la teoría de los constructos personales propuesta por Kelly, en donde se observan los procesos de cambio de cada cliente y se elaboran mapas que indican las tácticas necesarias para dirigir al cliente hacia su meta.

En la integración técnica sistemática se seleccionan las técnicas de acuerdo con un esquema básico que indica cuáles emplear en función de cada cliente. Esta integración se guía por esquemas conceptuales generales sobre el cambio y sobre cómo producirlo en cada persona, un ejemplo de esta forma de integración es la propuesta de Larry Beutler, la intervención desde su modelo inicia con una evaluación del paciente, estos resultados sirven como base para la elección de las técnicas que han mostrado validez en perfiles clínicos parecidos. Posteriormente se fijan metas tomando en cuenta los factores psicológicos y ambientales de la vida del paciente que

son adaptativos, patógenos y reforzadores de psicopatología, entre otras variables (Gold, 1996).

Un ejemplo más de la integración técnica sistemática es el modelo multimodal propuesto por Lazarus. Este modelo tomó como guía las “modalidades básicas del ser humano” y los problemas que presente en cada una de éstas: la conducta, el afecto, la sensación, las imágenes, la cognición, aspectos interpersonales y el área biológica, BASIC I. D. por sus siglas en inglés (*Behavior, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal relations, and Drugs or biology*) (Feixas y Miró, 1993).

Inicialmente Lazarus propuso una evaluación multimodal estructurada, para identificar los recursos y problemas del paciente, después el terapeuta elabora un listado de áreas problemáticas, plantea hipótesis acerca de cómo se enlazan las dificultades encontradas y finalmente se aplicaba un tratamiento desde el modelo cognitivo general (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

También en la integración técnica sistemática se ubica el enfoque transteórico de Prochaska y DiClemente quienes se enfocan en desarrollar estrategias de cambio, han identificado cinco fases básicas del proceso de cambio: precontemplación, contemplación, acciones preparatorias, cambio conductual y mantenimiento. Además han desarrollado claves para evaluar el tipo de problemas que se presentan y su complejidad. Así el terapeuta tendría que hacer coincidir la etapa de resolución de problema en la que se encuentra el paciente, el tipo de procedimiento empleado y focalizar sus esfuerzos para alcanzar un nivel específico del cambio deseado (Feixas y Miró, 1993; Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

Entre las críticas que se realizan al eclecticismo técnico se menciona que no contiene avances conceptuales ni implica la creación de modelos sustentados teóricamente o probados mediante procedimientos científicos definidos. Además se prevé que la falta de una teoría común que sirva para orientar los tratamientos puede provocar que cada terapeuta se constituya en un enfoque en sí mismo y esto sería riesgoso porque se puede llegar a incurrir en ejercicios profesionales poco éticos y sin fundamentos. (Fernández- Álvarez, y Opazo, 2004).

Sin embargo como se ha podido observar en los últimos tres ejemplos (la propuesta de Larry Bleuter, el modelo multimodal de Lazarus, el enfoque transteórico) parece que el eclecticismo técnico sistemático más que avanzar sin una teoría base, está generando otra manera de conceptualizar los casos, basados en otras teorías derivadas del estudio de los procesos de cambio. Ciertamente estos modelos pueden adolecer aún de algunas cualidades que otros sí contemplan, como una visión de la psicopatología, aspectos sobre el desarrollo de la personalidad o una concepción ontológica del ser humano, empero, por lo menos estas últimas propuestas sí están tomando y desarrollando una teoría orientadora de sus intervenciones, lo cual puede dar mayor solidez y claridad a sus intervenciones.

2.2 Factores comunes

Dentro de las propuestas de los factores comunes converge el interés por sustentar el tratamiento en principios comunes de cambio, su método consiste en identificar los principios básicos y diferenciales del proceso terapéutico para que permitan al terapeuta “situarse fuera de los modelos teóricos para construir terapias que sean consistentes con principios empíricos acerca de cómo ocurre el cambio” (Opazo, 2004, p. 84).

Esta forma de integración se enfoca en las similitudes clínicas o teóricas que aparecen en distintos modelos, pretenden identificar los factores o la combinación de ingredientes que operan en el cambio psicológico para construir una conceptualización más amplia, más eficaz y con mejores pronosticadores del cambio terapéutico (Feixas y Miró, 1993). Los autores que se afilian a la integración por factores comunes pretenden descubrir el tratamiento más simple pero más efectivo basado en los aspectos compartidos por distintos enfoques, entre los más mencionados están: la alianza terapéutica, la oportunidad de catarsis, la adquisición y práctica de nuevos comportamiento y la posibilidad de tener experiencias positivas (Drewes, 2011).

La integración por factores comunes se desprende de dos ideas básicas: 1) considerar que todas las psicoterapias son similarmente afectivas y 2) afirmar que las

diferencias teóricas o técnicas de los distintos modelos de intervención son superficiales porque existen similitudes esenciales (Feixas y Miró, 1993).

De acuerdo con Opazo y Bagladi (2013) “predicción y cambio pasan a ser los pilares fundamentales, que permiten evaluar la estatura del conocimiento en psicoterapia” (p. 4), así la integración por factores comunes es la que más se ha apoyado la evidencia empírica y en los presupuestos que asume el positivismo, es decir, enfocado a la predicción y a la obtención de conocimiento válido con enfoque científico.

Otro más de sus presupuestos es la idea de que todos los métodos de psicoterapia efectivos comparten factores curativos y cada modelo de intervención capitaliza algunos de éstos pero excluye otros, por tanto uno de los objetivos implícitos en esta propuesta integrativa es maximizar la exposición del paciente a la combinación de factores curativos comunes y únicos que mejoren sus problemas (Gold, 1996).

Una parte aguas para la integración por factores comunes fue el artículo *The effects of psychotherapy: An evaluation* de Eysenck publicado en 1952, en el cual afirma que existe una relación inversa entre la recuperación y la cantidad de terapia recibida, con ello pretendía cuestionar seriamente los métodos de intervención psicoanalíticos prolongados y exaltar la efectividad de los tratamientos conductuales. A partir de este artículo de Eysenck se desató una carrera para probar la efectividad de otras formas de intervención y reivindicarlos (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

Entre las respuestas que recibió sobresale el artículo *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*, en el que se afirma que son las condiciones ofrecidas por el terapeuta las variables que producen el cambio. Su propuesta derivó en la hipótesis del *dodo bird* que afirma que todas las psicoterapias ejercen sus efectos mediante un grupo de características del terapeuta y de los pacientes (*Ídem*). Feixas y Miró (1993) explican que la hipótesis del “*Dodo bird*” refiere a Dodó el pájaro del cuento de Alicia en el país de las maravillas que dijo: “Todos han ganado y todos van a recibir su premio”, y se aplicó al ámbito de la psicoterapia para sostener que todas eran igualmente efectivas. Sin embargo estos autores comentan que en dicho cuento esa

frase era cierta sólo porque cada uno de los participantes tenían diferentes líneas de partida, distintos trayectos y su una línea de llegada singular. Como se verá más adelante, algo similar puede ocurrir con los modelos de intervención psicoterapéutica, porque pueden presentar formas de conceptualizar los casos de manera diferente, trazar “rutas” de intervención distintas y fijar metas o propósitos a alcanzar dispares.

Otra de las consecuencias derivada de esta hipótesis fue la división de los investigadores interesados en la búsqueda de factores curativos, por un lado se agruparon aquellos que pretenden encontrar factores comunes a todas las psicoterapias que expliquen la efectividad del tratamiento clínico, y por otro aquellos que consideran la existencia de factores específicos que determinan condiciones particulares necesarias para hacer más efectiva la atención, afirmando que las intervenciones más efectivas eran conductuales. Actualmente es posible observar esta separación en la Sociedad de Investigación en Psicoterapia (SPR) dedicada a la investigación no conductual, y por otro lado la Asociación para el Avance de la Terapia Conductual (AABT) (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

Entre las aportaciones más sobresalientes a esta forma de integración está la propuesta de Jerome Frank en su obra “Persuasión y curación”, este autor postuló que la psicoterapia es esencialmente una forma de influencia social y su aspecto central es la capacidad de reducir la desmoralización; consideraba que ésta podía observarse en los siguientes indicadores: incompetencia subjetiva, pérdida de autoestima, alienación, desesperanza, o desamparo y propuso que todas las psicoterapias podían ser igual de efectivas para restituir la moral.

Otra propuesta de integración por factores comunes es la Selección Sistemática de Tratamiento (STS), la cual intenta identificar las características del paciente, del tratamiento y del contexto que son compatibles con algunos principios de los procesos de cambio. Este modelo al igual que la psicoterapia prescriptiva se sustenta en la evidencia empírica como guía para derivar sus principios y consideran que diversas formas de intervenir pueden conducir a los cambios esperados, cada una de estas formas puede ser efectiva para distintos pacientes (Fernández- Álvarez y Opazo, 2004).

Una propuesta que actualmente está teniendo bastante auge es el Enfoque Integrativo Supraparadigmático cuyo principal promotor es Roberto Opazo, este modelo empezó a gestarse desde 1978 con la creación del Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP). Actualmente esta organización mantiene la publicación periódica de la revista “Terapia Psicológica”, ha elaborado instrumentos de evaluación tanto para adultos como para niños (Ficha de Evaluación Clínica Integral (F. E. C. I.)), ha publicado algunos libros entre los que sobresale “Integración en Psicoterapia” escrito por Roberto Opazo en 1992, y ha firmado convenios con algunas universidades como la Universidad Nacional de San Luís (República de Argentina), o la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago, con el fin de promover la formación de terapeutas desde un enfoque integrativo y dar validez y reconocimiento oficial a este enfoque, logrando el primer título de posgrado en el mundo que hace mencisi n a la psicoterapia integrativa. En el año 2000, el CECIDEP sirvió de base para la creación del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) (Opazo y Bagladi, 2009).

Entre los presupuestos que sostiene el enfoque integrativo supraparadigm tico se encuentra la idea de integrar conocimiento válido recontextualizandolo de una manera coherente. No pretenden integrar autores ni enfoques completos ya que consideran que algunos de esos planteamientos carecen de validez y entre ellos resultan incompatibles. Sólo intentan detectar el aporte que cada autor y cada enfoque tiene a las variables de predicción y cambio sin importar su origen, así pretenden alcanzar una síntesis del conocimiento existente en la historia de la psicoterapia (Opazo y Bagladi, 2009).

Personalmente considero que este modelo es sumamente valioso, en efecto parece una propuesta flexible que pretende incluir muchas de las principales propuestas psicoterapéuticas, sin embargo, considero que aún hace falta establecer los criterios que emplean como “filtro” para decidir cuáles sí son conocimientos válidos y pertinentes y cuáles ya no son vigentes. Esto es difícil porque cada modelo es consistente en sí mismo, así que resulta complicado descartar algunas de sus partes sin mencionar porqué se dejan de lado.

Entre los autores que han criticado la integración por factores comunes sobresale Haaga, quien sugiere que cada modelo podría estudiar la utilidad de las otras técnicas para enriquecerse y fomentar el desarrollo intraescuela pero no considera oportuno el camino hacia la integración (Feixas y Miró, 1993).

Otra de las observaciones que se puede hacer a esta manera de integrar es que se adhiere a un paradigma positivista, enfocado a la resolución de la sintomatología y a la predicción de resultados, pero aún cuando esta claridad en sus principios es loable, es pertinente cuestionar sus resultados pues se omite mencionar que en la forma de buscar, identificar y seleccionar los “factores comunes” ya subyace una postura epistemológica, objetivos y métodos de investigación que delimitan su campo de búsqueda y por tanto los resultados que considerarán válidos.

Desde mi perspectiva no desprecio ni menosprecio la importancia de las aportaciones de los datos empíricos como guía de la práctica clínica, sin embargo considero que si bien ésta es una condición necesaria para sustentar la validez de los métodos de intervención no es una razón suficiente para avalarlos, pues es probable que los factores por sí mismos no ofrezcan explicaciones comprensivas sobre lo que ocurre con los pacientes. Por ello retomo la importancia de los aspectos teóricos que subyacen a las formas de intervención y de comprensión de las patologías.

2. 2. 1. Factores comunes en psicoterapia de juego.

Una de las vetas más importantes en la terapia de juego integrativa es la identificación de los poderes curativos del juego, éstos se consideran los principales mecanismos de cambio y el terapeuta debe ser hábil en diversos poderes para aplicarlos según los necesite cada paciente. Dependiendo de qué sistema teórico sea utilizado dentro de la aproximación integrativa, los poderes terapéuticos del juego subyacentes a los modelos pueden variar, en 1999 Schaefer identificó algunos (catarsis, construcción de rapport, ensayo de comportamientos, y sentido del *self*), pero actualmente se han identificado otros: auto expresión (*self expression*), acceso al inconsciente, aprendizaje directo o indirecto, abreacción, inoculación del estrés,

contracondicionamiento de los afectos negativos, afectos positivos, sublimación, apego, mejoramiento en las relaciones, juicio moral, empatía, poder/control, competencia, sentido de control, desarrollo acelerado, solución creativa de problemas, compensación mediante fantasías, y examen de realidad (Drewes, 2011).

De la misma manera como ocurre en la integración por factores comunes con adultos, dentro de la psicoterapia de juego también se observa una división en los investigadores, aquellos que buscan los factores comunes al juego y aquellos que pretenden encontrar una combinación de poderes terapéuticos de juego específicos para cada padecimiento (*Ídem*).

Un excelente ejemplo de esta forma de integración en la psicoterapia de juego es la propuesta de Schaefer y su modelo de terapia normativa o prescriptiva, éste trata de coordinar la interacción entre cliente- terapeuta- tratamiento más recomendado para ese problema y circunstancias en específico. Schaefer (2011) menciona cuatro principios fundamentales del modelo prescriptivo:

1.- El principio de terapéutica diferencial sostiene que algunas intervenciones de juego son más eficaces que otras para ciertos trastornos y que no a todos los clientes le favorece el mismo tipo de tratamiento. Este principio surge como una crítica a la forma “tradicional” de psicoterapia de juego, la cual supone que existe sólo “una luz verdadera” y emplea una sólo teoría para tratar a todo tipo de clientes, lo cual implica que el planteamiento del tratamiento es esencialmente independiente de la información diagnóstica y que existe sólo una “talla única” para todas las personas. Sin embargo ninguna escuela ha demostrado ser lo bastante sólida para producir un cambio óptimo en los diferentes trastornos psicológicos. Entre las implicaciones técnicas que tiene este principio está el hecho de que los terapeutas prescriptivos tienen que modificar sus recursos para satisfacer las diferentes necesidades de tratamiento de los clientes

2.- Eclecticismo.- Desde el enfoque prescriptivo se retoma el eclecticismo sintético, con él el terapeuta elige lo que considera mejor para cada cliente en particular. Por ello se considera que un terapeuta será más eficaz cuando cuente con más recursos y conocimiento de cómo aplicarlos de manera diferencial. Este principio

intenta evitar la trampa advertida por Abraham Maslow: “Si la única herramienta que tienes es un martillo, cada problema empezará a parecerse a un clavo”.

3.- Psicoterapia integrativa.- Desde el modelo prescriptivo se retoma la integración asimilativa, es decir, los terapeutas deben empezar su formación con una base firme en una orientación primaria (casi siempre centrada en el niño) y posteriormente asimilan o incorporan gradualmente una serie de prácticas de otras escuelas.

4.- Correspondencia mínima: Este punto refiere a la correspondencia entre la causa de un trastorno y un agente de cambio, su objetivo es tratar no sólo los síntomas sino las causas para disminuir las posibilidades de que el problema vuelva a presentarse. De acuerdo con el modelo prescriptivo la intervención se inicia con una evaluación exhaustiva a fin de identificar la causa que subyace al problema para facilitar la elección del agente de cambio necesario (un poder terapéutico del juego) que tenga mayor probabilidad de resolver el factor causal. Cuando no es posible identificar el proceso patológico que subyace al problema o cuando la causa precipitante ya no esté operando, este modelo sugiere recurrir a la correspondencia basada en la evidencia y a la correspondencia entre cliente y terapeuta.

La terapia normativa o prescriptiva considera a la evidencia científica como guía para elegir qué tratamientos se ajustan mejor para cada trastorno, sin embargo en la psicoterapia de juego existe poca investigación hasta el momento que oriente estas decisiones, por ello los terapeutas prescriptivos consideran válido recurrir a la experiencia de otros terapeutas como guía o incluso retomar alguna teoría.

A diferencia de lo mencionado por Drewes previamente, desde la terapia prescriptiva se considera que las fuerzas terapéuticas activas no están ligadas a una teoría ni son una teoría, sólo son “descripciones de las relaciones observadas, más generales que las técnicas y más específicos que las teorías” (Schaefer, 2011, p. 369).

De acuerdo con Schaefer (2011) los conocimientos mínimos que un terapeuta de juego debe tener son los siguientes: estar familiarizado con las teorías más importantes del juego y de la terapia de juego, conocer la forma de juego en cada etapa

de desarrollo, conocer materiales y técnicas de juego con sus modificaciones. Durante el posgrado, los terapeutas prescriptivos reciben instrucción y supervisión rigurosa en una o dos escuelas de psicoterapia, pero puntualizan que el aprendizaje es un proceso permanente y deberán ir ampliando su conocimiento en diversos modelos terapéuticos y distintas formas de intervención (individual, grupal, familiar).

Se mencionan dos críticas principales a este modelo: 1) que no ha intentado generar una teoría y 2) que la flexibilidad que maneja puede derivar en una combinación mecánica de enfoques o en una mezcla desordenada de teorías y procedimientos. Sin embargo Schaefer (2011) explica que su principal interés no ha sido desarrollar una teoría sino identificar los mecanismos de cambio que garanticen una psicoterapia exitosa, y considera a su modelo como una megateoría; con respecto a la segunda crítica se afirma que la psicoterapia prescriptiva sigue un procedimiento sistemático y racional para la correspondencia entre la intervención y el trastorno.

Otra de las observaciones que se pueden hacer con respecto a este modelo es que emplea un pragmatismo que “limita” la verdad de una teoría a los resultados prácticos que ésta pueda aportar, es decir a su utilidad, considerando que la mejor intervención es aquella que funciona en menos tiempo y de manera más económica, sin embargo, esta postura pragmática puede derivar en un empleo indiscriminado de técnicas útiles pero que no cuenten con un sustento teórico ni contemplen las implicaciones éticas de los mismos.

2.3. La integración teórica

La integración teórica pretende integrar conceptos teóricos de dos o más modelos terapéuticos y aunque su objetivo no sea integrar las técnicas éstas resultan integradas cuando se unifican las cuestiones teóricas (Feixas y Miró, 1993). Esta forma de integración ha sido descrita como la más sofisticada y más importante (Gold, 1996), aunque también ha sido calificada como la más desalentadora (Seymour, 2011) y ha sido criticada por ser muy ambiciosa, incluso se ha llegado a afirmar que es

simplemente imposible debido a las incompatibilidades científicas y las diferencias filosóficas entre las escuelas de psicoterapia.

Las dificultades principales que presenta esta forma de integración refieren a las incompatibilidades/diferencias entre las teorías sobre el origen de la patología y cuestiones sobre el desarrollo de la personalidad, sin embargo a un nivel más profundo es posible rastrear contradicciones en los presupuestos epistémicos sostiene cada modelo, así como ideas distintas sobre la naturaleza humana (Seymour, 2011).

No obstante todas estas dificultades, considero que la integración teórica es la forma que mejor permitiría consolidar el trabajo psicoterapéutico infantil, pues permitiría una conceptualización de los casos más amplia, y por tanto permitiría elegir con mayor claridad los aspectos que son más apremiantes para el trabajo así como aquellas áreas libres de conflicto que podrían fungir como fortalezas. Además de que los resultados de la integración teórica abren nuevos horizontes tanto a la investigación como al trabajo práctico (Drewes, 2011).

Entre los supuestos que subyacen a esta forma de integración se considera que no existe un recurso psicoterapéutico superior o más importante que otro. Además pretende consolidar modelos de personalidad comprensivos que reconozcan la importancia de todos los niveles de la vida psicológica, Gold (1996) menciona los siguientes niveles: las motivaciones inconscientes, las experiencias conscientes, los afectos, la cognición, el comportamiento y las relaciones interpersonales. Esta propuesta es interesante porque abre una pregunta cuya respuesta me parece fundamental para avanzar en la formación de una teoría más completa, a saber qué debería incluir un modelo de personalidad comprensivo para entender mejor la psicología infantil. Como una primera aproximación considero que dicha teoría tendría que articular las diversas áreas del desarrollo humano, es decir, dar cuenta de los cambios esperados, y por ende de los patológicos, en las diversas etapas del desarrollo humano, específicamente del infantil. Esto es de suma importancia ya que actualmente la psicología cuenta con varias propuestas explicativas al respecto, por ejemplo, se ha hablado del desarrollo psicosexual, del desarrollo motriz, el social, de los procesos cognitivos, de la moralidad, incluso se han estudiado el tipo de juegos esperados en

cada etapa de desarrollo, sin embargo aún no se ha podido realizar una síntesis que logre integrar todos estos elementos de manera aislada y en interacción.

Otro de los fundamentos que sustentan este modelo es que cada una de las áreas de funcionamiento humano puede ser considerada como causa o consecuencia del comportamiento anormal o de la salud. Por ello consideran que el cambio en cualquiera de estas esferas de actividad psicológica puede afectar el funcionamiento en cualquier otra área (Gold, 1996).

Con respecto a la clasificación de la integración teórica, Feixas y Miró (1993) distinguen tres tipos:

La integración teórica híbrida intenta seleccionar aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada enfoque para hacer un marco teórico híbrido común. Estos autores ubican la propuesta de la teoría psicodinámica cíclica de Paul Wachtel como ejemplo de la integración teórica híbrida, en este modelo se considera que la perspectiva psicoanalítica con su énfasis en el *insight* es insuficiente como mecanismo de cambio. Wachtel postuló que los problemas y los síntomas son el resultado de círculos viciosos que se mantienen en la situación actual, pero reconoce que las experiencias tempranas son el origen de los patrones de funcionamiento actuales. Por tanto propone intervenir en los factores actuales que mantienen el problema y acompañar esto con la comprensión acerca del conflicto, es decir, intenta combinar las técnicas de acción con técnicas de *insight* en un solo mecanismo de retroalimentación con el fin de producir cambios (*Ídem*).

La integración teórica amplia se distingue por considerar más de dos teorías y articular distintos aspectos del ser humano (cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales). Un ejemplo de esta forma de integración es la propuesta de Fernández Álvarez (1992), quien hace de la corriente cognitiva su eje principal pero agrega aportaciones constructivistas, psicodinámicas y de procesamiento emocional, describe la experiencia como un proceso de elaboración de estructuras de significado, las cuales se distinguen por su grado de rigidez o flexibilidad y por su grado de desarrollo hacia la complejidad. Además propone un esquema evolutivo de los niveles

de complejidad del *self* en los que describe las fases del ciclo vital en términos de la evolución de las estructuras de significado.

Finalmente la integración metateórica plantea la posibilidad de articular diferentes teorías psicoterapéuticas bajo un marco común metateórico. Feixas y Miró (1993) ejemplifican esta forma de integración con el Integracionismo Teórico Progresivo (ITP) propuesto por Neimeyer y Feixas en 1992, estos autores proponen limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos enfoques que sean epistemológicamente compatibles, es decir, de aquellos que tienen axiomas filosóficos compatibles, para ello retoman la epistemología constructivista por ser compatible con distintos modelos como el cognitivo y el sistémico. Sin embargo, se considera que el ITP podría realizarse retomando la integración evolutiva o asimilativa, la cual importa únicamente a aquellos elementos que encajen en un contexto teórico más amplio.

Por otra parte Jerold Gold (1996) ofrece una amplia lista de algunas de las propuestas de integración teórica que se han hecho:

El modelo cíclico psicodinámico propuesto por Paul Wachtel, es una teoría de personalidad y de psicoterapia que representa la integración teórica de conceptos y métodos tomados del psicoanálisis interpersonal, la teoría de sistemas familiares, la teoría del aprendizaje social y la terapia conductual. Wachtel considera que el pasado incide en el presente “sesgando” y deformando el pensamiento del paciente, su conducta y sus formas de percibirse a sí mismo o a los demás, de esta manera interviene en la forma de interactuar con los otros, se expresa en patrones conducta disfuncionales y en el correlato de sus estados psicodinámicos internos. Así los factores inconscientes son considerados como variables colaterales que proveen información acerca de las formas actuales de adaptación que emplea el paciente, sus relaciones y sus percepciones.

Otra propuesta de integración teórica es la terapia cognitiva analítica (CAT por sus siglas en inglés) que integra la teoría psicoanalítica de relaciones objetales con los conceptos y métodos clínicos derivados de la terapia cognitiva. Este modelo sostiene que las funciones y estructuras de representación conscientes e inconscientes se

influyen y refuerzan mutuamente, considera que las decisiones, los juicios interpersonales o los patrones de comportamiento que pueden parecer conscientes en realidad están determinados por representaciones inconscientes del *self* en relación con los objetos internalizados. De esta manera asume una naturaleza circular del proceso patológico en el cual los actos conscientes confirman y refuerzan los patrones disfuncionales inconscientes. Por tanto, esta propuesta se enfoca en ayudar al paciente a comprender cómo esas creencias negativas de sí mismo y de sus objetos internalizados originan y sostienen los conflictos que enfrenta, posteriormente se introducen técnicas de los modelos cognitivos y conductuales, combinándolas con trabajo interpretativo moderado. Desde este modelo las técnicas como el automonitoreo, la reestructuración cognitiva o los ejercicios experienciales tienen un doble propósito, producir cambios en los síntomas y en los pensamientos pero también producir nuevos aprendizajes para revisar las estructuras cognitivas y de relaciones objetales subyacentes hasta abandonar el reforzamiento circular.

Esta propuesta es por demás interesante ya que muestra la versatilidad que pueden adoptar las técnicas dependiendo del enfoque teórico que subyazca a ellas, considero que la teoría da direccionalidad o intencionalidad a las técnicas y por ello resulta tan importante lograr la integración a nivel conceptual también.

Otro intento de integración teórica es la psicoterapia conductual desarrollada por Fensterheim en 1993, este modelo divide la intervención psicológica en tres niveles: 1) lo conductual; 2) los obstáculos conceptualizados desde lo conductual y lo dinámico, 3) lo psicodinámico. Estos tres niveles pueden ser considerados de manera aislada o en interrelación, sin embargo, usualmente se formulan las dificultades del paciente en términos de trabajo en el nivel conductual; y el trabajo a nivel dinámico sólo se emplea cuando el trabajo en el nivel 1 no está siendo suficiente para el paciente, entonces se evalúan el nivel 2 y el 3 para descubrir las resistencias que están funcionando como interferencia para los cambios conductuales.

Desde esta propuesta se considera que los problemas dinámicos más importantes son las defensas, especialmente cuando son patológicas, pues considera que al deshabilitar su función se posibilita los cambios conductuales y después ocurre

el *insight*. Así la terapia usualmente procede al nivel 1 y 2, y sólo pasa al 3 cuando es necesario profundizar y expandir el tratamiento.

Para ejemplificar este modelo mencionan que si durante un procedimiento de desensibilización se encuentra que los síntomas fóbicos del paciente son provocados por un temor inconsciente de separación, entonces la exposición y extinción de esos miedos puede ser trabajado mediante el pensamiento, con imaginación, ejercicios interpersonales, entrenamiento en asertividad y alentando las relaciones sociales. Este ejemplo es muy ilustrativo porque muestra algunas dificultades que presenta este modelo, ya que aún cuando tiene la apertura para incluir dos teorías distintas, da la impresión de que continúa tratándolas como si fueran dos visiones separadas, y sólo recurre a la segunda (la psicoanalítica) como una segunda tentativa de intervención, pero no se observa claramente su vinculación a nivel teórico.

Guidano en 1987 propuso otro modelo de integración teórica, la terapia sistémica de procesamientos cognitivos (*systems-process cognitive therapy*) que integra la teoría del apego de Bowlby, aspectos cognitivos y la psicología del desarrollo. Esta aproximación considera que los trastornos tempranos en el apego provocan “modelos de trabajo del *self*” o maneras inconscientes de interpretar las experiencias que dominan el comportamiento de la persona y su pensamiento consciente. Estos modelos de trabajo permean el conocimiento consciente, están orientados a proteger o conservar sus presupuestos inconscientes, y a mantenerse ocultos y ajenos al procesamiento de información. Desde este modelo se considera que las personas con psicopatología son aquellas en las que dominan presupuestos relacionados con el daño en sus relaciones tempranas de apego.

Este modelo propone que el cambio profundo sólo ocurre una vez que los cambios superficiales (conductuales) han ocurrido, por tanto el tratamiento primero se enfoca en reducir los síntomas y después trabaja con las emociones, recuerdos, fantasías, e ideas simbólicas del *self* encubierto, permitiendo trabajar sistemáticamente los modelos básicos de apego, del *self*, y de representación objetal.

Otro intento más de integración teórica es el modelo de *self* activo, elaborado por Andrews entre 1990 y 1993. Esta propuesta está sustentada en una nueva teoría de personalidad que enfatiza los esfuerzos que la persona hace por regular y retener una imagen de sí misma. Desde esta perspectiva un estado de salud implicaría una autoimagen flexible, abierta y consistente con las capacidades de la persona. Mientras que los trastornos psicológicos ocurren cuando la formación de la autoimagen es exagerada, desviada, protectora o compensatoria. Cuando esto ocurre, la persona activamente modifica su cognición, su motivación y su vida afectiva de manera tal que le permita confirmar y estabilizar la representación patológica de su *self*, convirtiendo su vida en una profecía autocumplidora inconsciente que conlleva una sensación creciente de extrañamiento de sí mismo (*self-estrangement*) y algunos síntomas secundarios.

Desde el modelo de *self* activo la intervención inicia con la evaluación de las maneras en las que el paciente se engancha en las autoconfirmaciones negativas, para ello se emplea un sistema de siete etapas que ayudan al terapeuta a identificar el nivel de intervención necesaria. Para la intervención se pueden emplear estrategias de cualquier sistema que puedan ayudar a dos metas: a) incrementar la consciencia del paciente de sus actos autoconfirmatorios; b) ayudarlo a encontrar nuevas formas de ser y relacionarse que le permitan formar una autoimagen más productiva. Así se espera que en la medida en que la autoimagen mejore, el proceso de autoconfirmación será más adaptativo y promoverá un nuevo círculo de retroalimentación benéfico en todas las etapas.

Con respecto al modelo de *self* activo considero que es un buen ejemplo de integración técnica sistemática pero no de integración teórica, pues presenta una nueva teoría de personalidad y una manera original de analizar los casos, sin embargo, no enuncia de manera clara qué conceptos o ideas está retomando de otros modelos y cómo se interrelacionan entre sí estas teorías.

Una propuesta más que ha sido clasificada por Gold (1996) en la integración teórica es la psicoterapia de proceso experiencial propuesto por Greenberg, que incorpora técnicas y conceptos de la terapia cognitiva, el enfoque gestáltico, la terapia centrada en el cliente y un sistema de orientación experiencial. Desde este modelo se

considera que existen bloqueos en la experiencia del paciente tanto a nivel consciente como inconsciente derivados de críticas repetitivas e internalizadas que se han dado en las relaciones interpersonales del paciente, estos bloqueos realizan una función similar a la noción psicodinámica de representación de objetos o a los esquemas de la terapia cognitiva.

En este modelo la integración teórica se ve compaginada con la integración de las técnicas, ya que para la intervención es posible emplear una relación de aceptación, empática y genuina provenientes de la terapia centrada en el cliente, o ejercicios activos del enfoque Gestalt, o métodos cognitivos de reestructuración para aumentar la experiencia consciente del paciente de los bloqueos y de los procesos que interfieren con su afecto y su procesamiento simbólico, o usar situaciones experimentales que le permitan al paciente enfrentar, revisar y abandonar sus estructuras psicológicas perjudiciales.

Finalmente Gold (1996) menciona la psicoterapia interpersonal- cognitiva-experiencial propuesta por Safran en 1993, ésta es innovadora porque ensambla algunas de las opciones integrativas que se mencionaron previamente, retoma aspectos de las dinámicas cíclicas del psicoanálisis, el modelo activo del *self* y la posición integrativa del Guidano. Este modelo intenta proveer nuevas experiencias dentro y fuera de terapia, se enfoca en las relaciones interpersonales y las considera un núcleo de retroalimentación que puede reforzar ciertos procesos patológicos.

Una de sus aportaciones principales es considerar que los pacientes se relacionan con otras personas mediante patrones de comportamiento que le ayudan a confirmar los esquemas interpersonales trastornados, entendidos como representaciones generalizadas de las relaciones yo- otros, éstos son distintos en cada persona y contienen un particular punto de vista de la realidad, el lugar que ocupa y el rol que desempeña, cuando son problemáticos pueden expresarse clínicamente en patrones repetitivos de relación, trastornos afectivos, culpabilidad y formas negativas de pensar y procesar la información. Por tanto, una de las estrategias principales de tratamiento es enseñar al paciente a desengancharse de esta forma de relación. Asimismo se trabaja con metacomunicación, examinando las maneras en que el

paciente ha intentado involucrar al terapeuta en sus patrones desadaptados; además se alienta la construcción de formas nuevas y más adaptadas de percibirse a sí mismo y a los otros, todas estos objetivos se realizan mediante experiencias cognitivas y experimentales.

2.3.1 Integración teórica infantil: El modelo ecosistémico.

Con respecto a las propuesta de integración teórica en psicoterapia infantil, Drewes (2011) sólo identifica dos propuestas: 1) la Terapia de Juego con Flexibilidad Secuencial (*Flexibly Sequential Play Therapy- FSPT*) propuesta por Paris Goodyear-Brown; 2) La terapia de juego ecosistémica (*Ecosystemic Play Therapy- EPT*) desarrollado por Kevin O'Connor.

La Terapia de Juego de Flexibilidad Secuencial (FSPT por sus siglas en inglés) es una propuesta enfocada en el tratamiento de niños traumatizados, retoma aproximaciones directivas y no directivas, integra algunos aspectos de afrontamiento, enseñanza emocional, la teoría de la reestructuración cognitiva, y la terapia para niños y adolescentes. Además debido a que trabaja con aspectos de trauma que tienen un correlato fisiológico incorpora componentes sobre somatización, prácticas de *mindfulness* y respuesta al estrés fisiológico. Asimismo introduce aspectos de la teoría sistémica, del apego, de la terapia relacional niño-padres y el proyecto de círculo de seguridad. Ciertamente esta propuesta parece ambiciosa, sin embargo se explica que el terapeuta no requiere ser un experto en cada uno de estos modelos, empero sí se requiere conocimiento práctico sobre estos enfoques, saber conducir intervenciones diádicas, trabajar desde la psicoeducación con los padres y aplicar los factores curativos del juego.

Al inicio del tratamiento se estimula a que el paciente pueda expresar el contenido traumático (*continuum of disclosure*); posteriormente el objetivo es restituir en el niño el sentido de empoderamiento que ha sido afectado como resultado de la experiencia de abuso (*experiential mastery plan or EMP*), todo esto se realiza mediante el uso de medios de expresión, técnicas de juego y trabajo para desarrollar habilidades.

Como se puede observar la terapia de juego de flexibilidad secuencial es un modelo sumamente focalizado y se no explica con claridad cómo realiza la integración de los aspectos teóricos de todos los modelos que emplea, por ello en el presente escrito me enfoco particularmente en la propuesta de Kevin O'Connor.

La terapia de juego ecosistémica fue descrita en 1994, incorpora elementos psicoanalíticos (de Freud y Klein); centrado en el niño (de Axline y Landreth); el modelo cognitivo conductual de terapia de juego (de Knell); elementos de terajuego (de Jernberg); y la terapia de realidad (de Glasser).

De acuerdo con O'Connor (2012) su objetivo era alentar a los terapeutas de juego a adoptar una perspectiva sistémica amplia en el desarrollo de las conceptualizaciones y los planes de tratamiento de los casos. Este autor considera que una teoría puede moldear el pensamiento de los terapeutas y éstos sólo pueden ser eficaces si hacen un uso sistémico de la teoría para brindar intervenciones claras y congruentes a nivel verbal y experiencial. De acuerdo con O'Connor (2012) una teoría debe incluir los siguientes elementos fundamentales: una filosofía que lo sustente, una forma de concebir la personalidad y una manera de conceptualizar la psicopatología, estos son justamente los elementos que él ha propuesto para su modelo.

A nivel filosófico el modelo ecosistémico se fundamenta en la fenomenología, considera que no hay respuestas correctas y equivocadas absolutas, sino más bien que todo el conocimiento y su valor son relativos pues el conocimiento se basa en la forma en que percibimos los hechos, por ello los terapeutas ecosistémicos consideran que la información proporcionada por cada una de las personas involucradas en un caso determinado es exacta y sólo es posible evaluar algo como correcto o incorrecto dentro de un contexto (*Ídem*).

Considero interesante que O'Connor retome a la fenomenología como postura epistémica porque ésta en su origen no pretendía establecer parámetros de verdad subjetivos como se ha considerado en este modelo, por el contrario, Abbagnano (1963) explica que la única noción de fenomenología vigente es la propuesta por Husserl desde 1900, quien intentó eliminar la confusión entre psicología y fenomenología.

Definió a la psicología como una ciencia de datos de hecho, los fenómenos que considera son sucesos reales y se insertan en el mundo espacio-temporal. Por su parte la fenomenología es denominada pura o trascendental, es una ciencia de esencias, de formas, no de datos de hecho, y se hace posible por la reducción eidética. Es decir, la fenomenología no pretendía cambiar los parámetros de verdad de las ciencias con objetos de estudio espacio-temporales como la psicología, sino constituirse en un método de estudio filosófico que permitiera extraer lo esencial de cada concepto.

Considero que esta ambigüedad en el uso de la fenomenología como justificación filosófica de un modelo de intervención se debe a que en la psicoterapia se conjugan dos niveles de conocimiento, por un lado están las vivencias que cada persona reporta y las cuales pueden ser consideradas con validez y “certeza”, pero esta experiencia es necesariamente subjetiva e individual. Por otro lado está el nivel epistémico del conocimiento “general” que emplea la psicoterapia, y pienso que ese saber sí requiere sustentarse sobre parámetros comunes de verdad. Así pues, si la fenomenología está siendo usada para dar validez a las percepciones de cada individuo, también sería importante pensar en qué aspectos filosóficos podrían servir para justificar el saber psicológico, ya que puede ser difícil cumplir con todos los requerimientos que exige el método científico basado en el positivismo lógico, pero tampoco existe consenso sobre cuál corriente epistémica sería adecuada para tratar a nuestro objeto de estudio, de manera tal que permita cierta rigurosidad en la investigación y al mismo tiempo flexibilidad para lograr acercarse a la subjetividad del “objeto estudiado”.

Otro de los fundamentos filosóficos del modelo ecosistémico es el humanismo, de esta postura se extraen aspectos éticos, no se considera que existan estándares absolutos del bien y del mal, sino que toda la conducta debe ser evaluada en contexto. Por ello, un terapeuta ecosistémico examinará el impacto que tiene la conducta de los niños en ellos mismos y en quienes los rodean para determinar si es lo bastante problemático para ser el centro de atención de la terapia (O’Connor, 2012).

De acuerdo con Abbagnano (1963) el término humanismo tiene dos acepciones, en su segundo significado se designa a cualquier movimiento filosófico que considere

como fundamento la naturaleza humana o los límites y los intereses del hombre. Se explica que no es posible hablar de “un humanismo”, sino de diversos autores que aportaron visiones distintas sobre el ser humano, aunque en general reivindicaban el valor del hombre en su plenitud, retomaban el valor del placer para la vida humana, exaltan la dignidad, la libertad y el destino del hombre como dominador de la naturaleza. Un autor que considero fundamental para entender esta noción de humanismo es Pico Della Mirandola, quien en su discurso sobre la dignidad del hombre (1486/1986) menciona lo siguiente:

Determinó por fin el soberano Hacedor que aquél al que nada propio podía entregarle le fuese común aquello que les había asignado como propio a cada uno de los seres del mundo. Tomó pues al hombre como obra de naturaleza indefinida y, habiéndolo colocado en el centro del mundo, le habló de esta manera:

“No te he dado, oh Adán, ni un lugar determinado, ni un aspecto propio, ni un don peculiar con el fin de que obtengas y poseas, según tu parecer y apetencia, el lugar, el aspecto y los dones que hayas deseado conscientemente. La naturaleza limitada de los otros seres se mantiene dentro de las leyes dadas por mí. Tú, en cambio, sin estar limitado por ninguna barrera, te tendrás que determinar de acuerdo con tu voluntad en cuyo poder te he colocado. Te he puesto en medio del mundo para que desde allí puedas contemplar mejor lo que hay en él. No he hecho de ti un ser de naturaleza celestial, ni terrena, ni mortal o inmortal con objeto de que, como libre y excelente artista, logres plasmar y esculpir la imagen de ti mismo que hayas preferido. Podrás degenerar en los seres inferiores, es decir, en las bestias. Podrás regenerarte, según tu voluntad, en los seres superiores que son de naturaleza divina”. (p. 24)

Así se establece que el humano es como un camaleón, de naturaleza indefinida, diversa, multiforme y cambiante, el único ser que puede elegir cómo ser y puede degenerar en conductas bestiales o hacer creaciones divinas. Esta condición humana particular me parece sumamente importante, porque como se verá en los capítulos posteriores, cada uno de los modelos psicoterapéuticos tiene implícita una noción ontológica del hombre y ello condiciona su forma de comprender la psicopatología y por tanto sus métodos de intervención. Así una de las tareas pendientes a los modelos de

integración teórica es discutir la noción de persona que están proponiendo, con ello se lograrían: unificar en un todo organizado e interrelacionado las facultades humanas y llegar a acuerdos sobre las tendencias “naturales” que se reconocen en las personas. Sin embargo, considero fundamental tomar esta labor más seriamente, cuyo fin no sea sólo dar una justificación sobre una propuesta en particular, sino aportar algo consistente a la comprensión del psiquismo humano.

Con respecto a la personalidad O'Connor (2012) retoma la idea propuesta por Urie Bronfenbrenner que considera el desarrollo individual como un cronosistema que influye en otros sistemas y es influido por ellos, es decir, afirma que el niño ha sido afectado por cada sistema con el que ha estado en contacto, también reconoce que a través de la terapia individual es posible generar un cambio en todos los sistemas con los que esté en contacto el cliente (O'Connor, 2000).

O'Connor (2000; 2012) define a la personalidad como la suma de las características intra e interpersonales, atributos, cogniciones, creencias y valores que hacen a cada persona única. Considera tres elementos principales: Las motivaciones básicas o *drives*, la organización intrapsíquica y el rol del desarrollo, el cual funge como un organizador central para comprender la conducta del niño.

Además la teoría ecosistémica considera un sistema motivacional con dos niveles: el nivel biológico, que comprende la motivación del organismo a preservarse a sí mismo; y el nivel interpersonal, relacionado con el proceso de separación/individuación que permite al niño desarrollar sus habilidades de autonomía para proveerse a sí mismo de los recursos que necesita. Este modelo considera que los humanos estamos motivados por el deseo de maximizar las recompensas y disminuir las consecuencias negativas, no postula la existencia de un impulso natural hacia la autoactualización, pues considera que este impulso promotor del crecimiento es derivado por el sistema de motivación interpersonal (*Ídem*).

O'Connor (2000) propone cuatro niveles de desarrollo tomando como base los cuatro estadios de desarrollo cognitivo propuestos por Piaget, y describe la relación de

esta área con el desarrollo físico, emocional, social, el tipo de juego y la manera de comprender la vida.

La visión de psicopatología que propone el modelo ecosistémico se opone a la tendencia de conceptualizar los casos sin tomar en cuenta la influencia cultural y los factores socio históricos. Cuestiona seriamente la tendencia que el modelo de ciencia natural que domina en la psicología tiende a considerar a las categorías diagnósticas como algo real e inmutable. Otro factor importante que denuncia este modelo es que en la mayoría de los diagnósticos de psicopatología consisten en una lista de verificación que no toma en cuenta cómo el niño ha desarrollado esa conducta, y esto es fundamental para entender el proceso interno que guiará el tratamiento. Propone la creación de un sistema diagnóstico que integre un modelo amplio de etiología con un modelo comprensivo de desarrollo infantil (*Ídem*)

Por ello el Modelo Ecosistémico propone que la psicopatología se limita a la inhabilidad de conseguir la satisfacción de nuestras necesidades de manera adecuada o de satisfacer nuestras necesidades de manera que no interfiera con la satisfacción de las necesidades de los demás. Además los niños pueden desarrollar esquemas interpersonales problemáticos, que los llevan a establecer círculos de pensamientos y conductas que no les permite identificar la necesidad original y por tanto no logran modificar lo que piensan y hacen.

Se proponen varias categorías de clasificación: 1) los trastornos relacionados con factores biológicos como el autismo, la esquizofrenia, y aquellas patologías relacionadas con cuestiones neurológicas, endocrinas y fisiológicas; 2) los problemas de aprendizaje como las dificultades en la lectura, la habilidad matemática, dificultades en la expresión escrita, etc.; se considera que estas problemáticas pueden estar relacionadas con aspectos emocionales como la falta de modulación, la constricción emocional, y las limitaciones para comprender las claves contextuales en la expresión, control y etiquetación emocional. 3) Las desviaciones en el desarrollo, este criterio parece sumamente interesante porque pretende considerar al niño en su totalidad y comprender cómo está percibiendo el mundo. Esta forma de conceptualización invita a pensar en la interacción que tienen las diferentes áreas de desarrollo del niño y de éste

con el ambiente. Esta idea “completa” sobre el niño un elemento clave para determinar el curso del tratamiento.

Además de los problemas vinculados con cuestiones de desarrollo, O’Connor (2000) menciona que existen comportamientos que se considera patológicos a cualquier edad en la que aparezcan, como los tics, los trastornos de alimentación o de sueño, emocionalidad extrema o constreñida, agresión física, comportamientos sexuales inapropiados, destrucción intencional de la propiedad, ideación, planeación o intentos suicidas. En estas ocasiones el terapeuta debe examinar el ecosistema del niño con cuidado para identificar situaciones en la dinámica familiar que estén afectando el desarrollo del niño.

Los principales objetivos de la terapia de juego ecosistémica son:

1. Maximizar la habilidad del niño para conseguir satisfacer sus necesidades de manera efectiva y de forma que no interfiera con la habilidad de los demás para satisfacer sus propias necesidades.
 - 1) Maximizar el apego del niño hacia los demás.
 - 2) Llevar al niño al nivel de funcionamiento correspondiente a su edad cronológica de manera que se facilite su adaptación. (O’Connor, 2000)
 - 3) Un aspecto interesante que menciona este autor, es que la duración del tratamiento no altera los objetivos del mismo, la duración está determinada por la complejidad de los problemas que el niño esté experimentando y la habilidad del ambiente que lo rodea para sostener el proceso terapéutico fuera de las sesiones. Algunos problemas sociales complejos como el abuso prolongado no se puede tratar en una terapia breve. Además se afirma que el terapeuta no se puede rendir a fuerzas económicas o sociopolíticas cuando se enfrenta a las necesidades de los niños, sin embargo también advierte sobre la necesidad de examinar las posibilidades de resolver el problema principal o identificar los recursos disponibles en el ambiente del niño que puedan facilitar la eficacia de una terapia breve.

O'Connor (2000) afirma que tradicionalmente la literatura sugiere que la orientación terapéutica coincida con la categoría diagnóstica que se emplee. Sin embargo él considera que es más efectivo hacer coincidir el proceso de cambio y la formulación del proceso patológico. Considera que los comportamientos que desarrollan los terapeutas dentro de una sesión no son tan diferentes como se pensaría de acuerdo a las orientaciones teóricas. Afirma que la forma más lógica de conceptualizar un caso es comprender las causas que subyacen a las dificultades que el niño presenta y después implementar intervenciones específicas enfocadas en esas causas, para ello retoma la propuesta de Shirk y Russell (Como se citó en O'Connor, 2000) quienes proponen las siguientes seis formas básicas para formular casos:

Formulación básica de casos	Procesos de cambio asociados
Conflicto interno	<i>Insight</i> / Interpretación
Debilidad yoica	Andamiaje (<i>supportive scaffolding</i>) Intercambio simbólico
Déficit en habilidades cognitivas	Desarrollo de habilidades Educación afectiva
Distorsiones cognitivas	Transformación del esquema Relación correctiva
Baja autoestima	Apoyo y validación interpersonal Desarrollo de habilidades
Interferencia emocional	Regulación emocional Experiencia emocional o abreacción

Así, después de plantear una conceptualización del caso que sea congruente con la teoría ecosistémica, se desarrollan metas específicas del tratamiento y se diseña el plan de tratamiento (O'Connor, 2012).

Con respecto al rol del terapeuta ecosistémico se menciona que éste tiene la tarea principal de ayudar al niño a redefinir sus problemas a fin de que desarrollar

comportamientos que les permitan darles solución e incrementar la intensidad con que se satisfacen sus necesidades. El terapeuta ayuda activamente al niño a participar en la solución de problemas; esta participación puede ser más directiva en los casos de los niños con un nivel de desarrollo menor o limitarse a brindar apoyo con los niños con un mayor desarrollo que puedan encontrar sus propias soluciones.

Otra característica de este modelo es que al inicio del tratamiento se establece un contrato de tratamiento muy específico con el niño enfocado en las necesidades no cubiertas del menor, a partir de los problemas que el niño expuso se eligen aquellos que parecen afectarlo más y se define como propósito del tratamiento tratar de minimizar esos problemas y maximizar el disfrute de la vida. Este contrato funciona como medida de la eficacia del tratamiento.

Se mencionan dos estrategias terapéuticas que forman parte importante del proceso: 1) Ayudar al niño a identificar y expresar emociones de manera apropiada para su nivel de desarrollo en lo social y cultural; 2) El establecimiento de límites que den al niño motivación para cambiar. Además se retoman los poderes terapéuticos del juego y los resultados de la investigación sobre los procesos de cambio.

Finalmente el terapeuta ecosistémico debe asegurar que esas habilidades y conductas recién descubiertas se generalicen en la vida fuera del cuarto de juego, para ello se aumenta gradualmente la participación del cuidador en la sesión y se disminuye la participación del terapeuta.

Entre las dificultades que se observan para poner en práctica el modelo ecosistémico se menciona que los terapeutas deben ser capaces de: mantener un marco de referencia ecosistémico mientras desarrollan una comprensión basada en el contexto de los problemas de su cliente y de la solución de dichos problemas; tener muy claro el impacto que tiene el nivel de desarrollo del niño en la naturaleza del problema y su respuesta a la terapia. Alternar entre ser muy directivo y muy poco directivo en las sesiones, según sea adecuado para las necesidades de desarrollo, emocionales, conductuales e interpersonales del niño. Poder realizar contratos concretos de tratamiento con los niños y mantener presentes las metas del contrato en

cada sesión. Sin embargo O'Connor (2012) advierte que "La dificultad principal para el terapeuta de juego consiste en adoptar una forma de pensamiento multisistémica, basada tanto en el desarrollo como en las fortalezas y orientadas a metas" (p. 271).

Capítulo III. Fundamentos epistémicos para la integración

A manera de introducción, considero oportuno enmarcar este apartado dentro de un ámbito particular de la filosofía, el de la teórica que de acuerdo con Francisco Larroyo y Miguel Ángel Cevallos (1961) es la parte de la lógica que se propone explicar qué es una ciencia en general y delinear el conjunto de ciencias particulares, intenta responder a dos preguntas principales: ¿cómo se combinan los elementos lógicos para formar esa síntesis de la ciencia?, ¿cuál es la estructura sintética de la ciencia?

De acuerdo con Eduardo Nicol (1965) la ciencia se define como “toda forma posible de *episteme*, sin restricciones, o sea todo conocimiento que funde su legitimidad en la evidencia de una realidad determinada y en su organización objetiva, metódica y sistemática” (p.10). Como se observa en esta definición, las características del conocimiento científico son bastante específicas: objetividad, sistematicidad, basada en cierto empirismo y desarrollado mediante un método (aunque no se especifica uno en particular).

Por su parte Larroyo y Cevallos (1961) definen a la ciencia (*epistème, scientia*) como la multiplicidad del saber, afirman que estos conocimientos deben poseer dos tipos de verdades: unos relativos a su demostración y otros referentes a su fundamentación, éstos son sus principios esenciales o axiomas fundamentales que subyacen y unifican todas las explicaciones que brinda esa ciencia. Además se explica que las verdades de cada ciencia deben estar estrechamente vinculadas entre sí, mantienen un orden entre ellas y una relación inequívoca porque forman un sistema con una estructura específica, forma una unidad armónica, por ello se considera que las ciencias más desarrolladas o maduras son aquellas que presentan mayor unidad en su sistema explicativo como las matemáticas, mientras que las más jóvenes aún no logran esa deseada unidad (*Ídem*). Un ejemplo de esta sistematicidad es la propuesta de Duhem (Citado en Abbagnano, 1963) quien señaló que las condiciones que una hipótesis debería tener para poder ser elegida como fundamento de una teoría física son las siguientes: 1) La hipótesis no debe ser una proposición contradictoria; 2) no debe contradecirse con las otras hipótesis de la misma ciencia; 3) deben ser tales que,

de su *conjunto*, pueda extraer la deducción matemática consecuencias que representen, con suficiente aproximación, el *conjunto* de las leyes experimentales.

Asimismo se considera que las teorías poseen también unos principios extraesenciales, los cuales no tienen una función explicativa o de fundamentación, su propósito es lograr la unificación de la ciencia desde la definición de su objeto de estudio (Larroyo y Cevallos, 1961). Con respecto a este tema es pertinente mencionar un problema epistemológico que aún subyace a la psicología en general y por tanto afecta a la psicoterapia, es la dificultad de definir un objeto de estudio único y delinear los axiomas fundamentales que sustenta el conjunto de sus premisas.

Así extendiendo los requisitos mencionados previamente a la psicología, cabría cuestionar sobre qué es lo que ha obstruido su construcción sistemática y uniforme, pues su campo de aplicación es tan amplio que en ocasiones parecen tratar de objetos de estudio completamente distintos y acercarse a los fenómenos desde perspectivas independientes. Las preguntas a saber son: qué unifica entonces a esta ciencia y cómo se pueden complementar sus diversas ramas para consolidar su unidad.

Un aspecto más a considerar es qué fin persigue la obtención de conocimiento científico psicológico- terapéutico, Nicol (1965) afirma que “no se hace ciencia para prever, sino para conocer, y si este conocimiento permite en algunos casos la previsión ésta será una ganancia secundaria subordinada al beneficio que da la sabiduría desinteresada” (p. 103). Esto permite pensar qué tanto es pertinente esperar que las teorías psicológicas “prevean” aspectos de la personalidad o conductas que desarrollarán sus sujetos de estudio, es decir, cuestiona esta necesidad de la previsión que puede aportar el conocimiento y yo lo traslado particularmente al conocimiento psicológico de la personalidad.

Asimismo esta cita permite recordar lo dicho por Norcross y Newman sobre las variables que impulsaron la integración, una de ellas “la intrusión” de los límites de la realidad que han restringido el apoyo socioeconómico para las psicoterapias de largo plazo. Esto permite cuestionar si es posible buscar conocimiento “desinteresado”, es decir, qué tanto la psicología y la psicoterapia se pueden distanciar de la realidad

socioeconómica para dar prioridad a la salud y a las personas, en lugar de priorizar a las empresas de seguros y sus condicionantes económicas.

Este argumento se ha compaginado con una mejora en la “efectividad” de los tratamientos psicológicos, sin embargo no existe un acuerdo definitivo sobre qué se entiende por efectividad, en ocasiones puede referir al estado de bienestar que reporta el paciente, en otras ocasiones parece referir a los criterios de observación que aporta el terapeuta, otras veces se limita a obtener una conducta más funcional y socialmente adaptada por parte del cliente, etc. Al final, parece que se puede cuestionar la efectividad de la psicoterapia, sus fines o sus medios, pero no se ha cuestionado por qué los aspectos económicos son decisivos para las intervenciones terapéuticas y por qué la salud en general pero también la salud mental “deben” de subordinarse a ese aspecto.

Considero que ahora se están privilegiando los intereses económicos sobre los humanos, éstos implicarían inicialmente el ímpetu por comprender, conocer y aprehender los fenómenos naturales, sociales y psicológicos; posteriormente orientar estos conocimientos al servicio de las personas privilegiando su bienestar o su salud, y sólo de manera colateral tendríamos que cuestionarnos sobre los aspectos económicos necesarios para el mantenimiento y promoción tanto de la investigación como de la implementación de los saberes. Así cabría cuestionar por qué se ha naturalizado y aceptado el discurso económico imperante como si no hubiera otras alternativas, y por qué se ha permitido que éste aspecto tenga más peso que el bienestar humano general.

3.1 Definición del concepto de teoría

Otra unidad de análisis es la noción de teoría, Abbagnano (1963) afirma que una teoría científica se identifica por su carácter hipotético ya que permite que el experimentador anteponga una idea o hipótesis experimental como un problema, como una interpretación anticipada de la naturaleza que le sirve para deducir consecuencias las cuales intentará contrastar con la realidad mediante la experimentación. Esta

cualidad es de suma importancia porque advierte que la hipótesis- teoría antecede al experimento y en algún sentido determina su realización pues aporta las ideas que sirven de sustrato.

Asimismo Abbagnano (1963) afirma que las teorías científicas contienen un aparato que permite su verificación o confirmación, usualmente esta parte de las teorías no forma parte de su cuerpo de enunciados sustantivos, sino que es una parte complementaria y diferente, cuya finalidad es posibilitar la verificación indirecta de las hipótesis. Sin embargo se hacen dos advertencias relevantes:

a) No existe una modalidad única que sirva como filtro general para evaluar la científicidad de cualquier hipótesis pues este criterio es diferente de una disciplina a otra (*Ídem*). A este respecto considero que dentro de la psicología (y la psicoterapia en particular) aún no existe un único criterio que permita (con acuerdo de todas las partes involucradas) evaluar de la misma manera a todos los modelos explicativos que conforman el cuerpo teórico de esta disciplina.

b) Además se advierte que todo aparato de prueba, todo método de verificación, necesita delimitar las hipótesis contenidas en la teoría que pretende confirmar, ya que si estas hipótesis se pudieran ampliar o modificar infinitamente entonces la teoría podría mantenerse también en contra de cualquier desmentido empírico y su confirmación resultaría imposible. Es decir, no sería científico aferrarse a la veracidad de una teoría agregando “parches” que subsanen los cuestionamientos que resulten de los métodos de verificación. Sin embargo, con esta limitación es difícil decidir hasta qué punto un nuevo dato experimental puede conciliarse con la teoría o puede poner en crisis la totalidad de la misma. (*Ídem*).

Por su parte Larroyo y Cevallos (1961) explican que la teoría es la unidad básica de una ciencia, tiene una función explicativa porque brinda las demostraciones o las pruebas necesarias y suficientes (criterios entendidos desde la lógica argumentativa) de sus conocimientos.

Abbagnano (1963) afirma que la teoría no es un agregado interpretativo de la ciencia, sino que constituye su esqueleto y está compuesta por: axiomas, teoremas,

pruebas de estos teoremas y definiciones. Esta es la postura más extrema dentro de la filosofía de la ciencia, incluso se esperaría que las teorías se pudieran representar formalmente, por ejemplo como una fórmula matemática aplicable a distintos ámbitos.

Además se afirma que la teoría condiciona tanto la observación de los fenómenos como el uso de los instrumentos que se emplean para ello y para su medición, lo que merma la idea de la separación entre la observación y la teoría, y afecta la noción de verdad absoluta de la ciencia.

3.2 Problemas identificados

Uno de los problemas detectados es que las ciencias están en constante desarrollo, crecen tanto en profundidad (amplían sus conocimientos previos) como en extensión, lo que modifica la estructura arquitectónica de los sistemas (Larroyo y Cevallos, 1961). Por tanto ese esqueleto básico parece estar en constante cambio y se cuestiona hasta qué punto podría modificarse antes de formar de hecho una estructura nueva.

Sin embargo, Nicol (1965) explica que la evolución de las ciencias no pone en peligro la firmeza de su fundamento pues afirma que el presente no cancela el pasado, es decir, no se produce una ruptura absoluta y definitiva con los saberes anteriores; pensar de esa manera equivaldría a pensar que la ciencia es un sistema cerrado de verdades definitivas e inmutables lo cual es falso e imposible de sostener. Empero a pesar de que el conocimiento científico es un sistema histórico y abierto, cuyas teorías tienen siempre el carácter de hipótesis, éstas son los puntos críticos sobre los que partirán los esquemas teóricos siguientes. Así el desarrollo científico en realidad no atenta contra la estabilidad de sus esquemas, sino más bien va marcando pautas que dan paso a nuevas perspectivas.

Otro de los problemas identificados es el vínculo entre leyes experimentales y leyes teóricas, distinción propuesta por Nagel (1961) quien afirma que las primeras son enunciados que formulan relaciones entre cosas o características de cosas que son observables y pueden ser convalidadas por la observación controlada, su principal

característica es su asociación a procedimientos explícitos para examinar un rasgo observable en circunstancias específicas.

Por su parte las teorías son sistemas explicativos y predictivos más amplios y suelen emplear términos que no son “observables”, de manera general los términos básicos de una teoría no están asociados con procedimientos experimentales definidos para su aplicación. Además las nociones teóricas no pueden ser comprendidas separadamente de la teoría particular que implícitamente las define.

Si bien no se asigna a los términos teóricos un conjunto único de sentidos determinados por los postulados de una teoría, los sentidos permisibles se limitan a los que satisfacen la estructura de relaciones en la cual los postulados colocan a los términos. Por consiguiente, cuando se alteran los postulados fundamentales de una teoría, también cambian los significados de sus términos básicos, aún cuando (como sucede a menudo) se sigan empleando las mismas expresiones lingüísticas en la teoría modificada que en la original. (Nagel, 1961, p. 91)

Esta característica es sumamente importante porque apunta hacia una de las dificultades que se tienen para la integración en general pero sobresale en la integración teórica en particular, y la cuestión a responder es cómo “extraer” términos lingüísticos, o partes de una teoría sin tomar en cuenta el resto del sistema que otorga sentido y significado a dichos elementos.

Lo anterior corresponde a la concepción estructural de teoría que subyace a esta propuesta, Nagel (1961) enumera de la siguiente manera los componentes de una teoría:

(1) Un cálculo abstracto que es el esqueleto lógico del sistema explicativo y que “define implícitamente” las nociones básicas del sistema. (2) un conjunto de reglas que asigna un contenido empírico al cálculo abstracto, relacionándolo con los materiales concretos de la observación y la experimentación; (3) una interpretación o modelo del cálculo abstracto, que suministra carne al esqueleto”. (p. 94).

Así una teoría se compone de principios básicos que dan sentido, unidad y soporte a todos los conceptos empleados en dicha teoría; además contiene ciertas reglas que determinan la relación entre leyes teóricas y leyes experimentales, por tanto guían la observación y la experimentación; finalmente se encuentra un modelo interpretativo cuya función es traducir e interpretar los resultados obtenidos de la experimentación. Esta organización interna de las teorías es relevante porque permite identificar la relación que existe entre los términos fundamentales y los conceptos de dicha teoría, los cuales sólo obtienen su definición con base en la función estipulada por el resto del sistema teórico.

3.3. De románticos e iluminados

Un debate que considero importante mencionar es la discusión propuesta por Richard Shweder (1991) quien reflexiona desde el campo de la antropología pero para fines de esta exposición ampliaremos su discusión al ámbito de la psicoterapia.

Shweder (1991) explica que existe una disputa teórica en la manera de concebir y desarrollar su disciplina, por un lado se describe la perspectiva iluminista que sostiene que la “razón” es un estándar universalmente aplicable para juzgar la validez y el mérito de los productos de la mente humana. Supone una “unidad psíquica de la humanidad” que obedece a la autoridad de la razón y la evidencia, cuya tendencia es descubrir modelos universales que funcionen para todo lugar, tiempo y cultura.

Desde esta perspectiva se considera que todos los pueblos son racionales y científicos, pero identificó la imagen del extraño como un lógico deficiente o como un científico empírico imperfecto. Considera que “los primitivos” respetan la razón y la evidencia pero fallan en la aplicación de los cánones apropiados de lógica, estadística y ciencia experimental, llegando a confundir similitud con causación.

De manera general la perspectiva iluminista se inclina por los cánones de la lógica deductiva, patrones de razonamiento hipotético, pensamiento guiado por principios de la inferencia estadística o de la lógica experimental, etcétera. Por ello los

teóricos iluministas confían en que podrían demostrar los errores en la manera de pensar de los demás; parten del supuesto de que nuestros sentidos y nuestra forma de procesar la información a) ya están suficientemente calibradas o b) se pueden calibrar suficientemente con el tiempo, hasta producir convergencia o acuerdo sobre cómo es verdaderamente el mundo, o como debería ser.

Se identifican dos vertientes del iluminismo, los universalistas que esperan encontrar lo común subyacente a diversas prácticas humanas; y los evolucionistas que enfatizan los cánones recomendados por los virtuosos, los expertos, los científicos, los lógicos, los estadistas, etc.

Por el contrario, la postura romántica afirma que las ideas prácticas no poseen fundamentación ni en la lógica ni en la ciencia empírica, pues caen más allá del ámbito de la razón inductiva o deductiva, por tanto no son racionales ni irracionales, sino más bien no-racionales. Los románticos suelen tomar en cuenta la arbitrariedad, la cultura, el contexto local, asumen una postura antinormativa y antievolutiva.

Desde la postura romántica se observa una resistencia a transformar el pensamiento de otros en una copia desdibujada de nuestro propio pensamiento, se sospecha de los estándares universales, de hecho defienden la coigualdad de marcos de comprensión fundamentalmente diferentes. Sin embargo, esta postura puede caer en algunos extremos y afirmar que los principios lógicos fundamentales como la ley de no contradicción o la del tercero excluido son irrelevantes.

Shweder (1991) explica que hay algunos dominios racionales en los que es “fácil” sostener la imagen de un desarrollo progresivo, pero el humano suele moverse de manera ordinaria en dominios no racionales como la religión con sus ritos, los aspectos estéticos e incluso algunos aspectos morales, y dentro de estos dominios no existen estándares universalmente válidos para juzgar la corrección o adecuación de ideas.

Esta breve exposición sobre el pensamiento iluminista y el romántico me permite reflexionar sobre la psicoterapia pues considero que esta parte de la psicología oscila entre el iluminismo y el romanticismo, se considera necesario identificar etapas de desarrollo en distintos ámbitos de la vida humana (un aspecto fundamental para la

psicoterapia infantil), e incluso postular una noción de salud y patología; pero a la vez se hace necesario considerar los aspectos particulares y las circunstancias específicas de cada paciente para lograr una comprensión más cercana, más empática y quizá más completa de su problemática.

Extrapolando esta discusión a las diferencias teóricas existentes en la psicoterapia considero importante conocer, observar y respetar los marcos de referencia distintos, pues sólo de esta manera se puede identificar la otredad, no con fines de destruirla, aniquilarla o asimilarla, sino sólo de comprenderla. Shweder (1991) lo explica así: “Suscitar el espectro del desacuerdo irreconocible es aceptar el desafío empírico de documentar las diferencias culturales y explicar sus reglas internas de coherencia” (p.100). Desde la propuesta de este autor se observa la necesidad de aceptar la diversidad y reconocer que cada propuesta (él habla de aspectos culturales, yo enfoco aspectos teóricos en la psicoterapia) tiene un rol legítimo pero limitado, y advierte sobre la tentación de encapsular a todos los sucesos mentales en la misma celda.

3.4 Alunizando en la psicoterapia

Para desarrollar este apartado considero pertinente recordar que el marco que engloba toda esta reflexión es la integración teórica en la psicoterapia infantil.

Jerold Gold (1996) afirma que el interés principal de la integración en psicoterapia es la construcción de teorías y métodos cada vez más eficientes. Este autor critica la tendencia a expandir internamente los distintos sistemas teóricos que en términos de Thomas Khun sería una “expansión del paradigma”, con ello se preservan las fortalezas de cada propuesta pero al reafirmar únicamente sus propuestas omiten las alternativas distintas que podrían enriquecer su práctica.

Gold (1996) considera que las personas que promueven la integración son conscientes de que cada modelo de terapia por separado es limitado, y la integración permitiría la inclusión de los cambios más potentes en principios, ideas y técnicas sin

retomar el lastre que representan las normas ideológicas que han mantenido aisladas a las terapias más tradicionales y considera que esta tendencia integrativa representa el agotamiento de los paradigmas existentes. Sin embargo, aún cuando comprendo la necesidad de promover la integración considero que el trabajo de integración de aspectos aislados puede resultar en un conjunto cuyas partes no embonan adecuadamente, de hecho algunas pueden presentar franca oposición. Además una teoría puede modelar el pensamiento de los terapeutas (O'Connor, 2012) y por tanto variará la manera de identificar el problema, la forma de evaluarlo, los propósitos que se establezcan y las técnicas que se usen para alcanzar dichos fines. Estos elementos son determinados por el modelo teórico que sirva de referente para el desarrollo de la práctica terapéutica.

Corsi (2005) explica que un modelo terapéutico es: “una estructura conceptual que contiene elementos teóricos y técnicos, que intentan explicar cierta área de temas o problemas y que, a la vez, proporciona instrumentos para operar sobre dicha área, con vistas a producir un cambio”. (p. 22)

De acuerdo con este autor, es posible identificar tres niveles distintos en cada modelo: el nivel de los fundamentos o de la cosmovisión que aporta sustento filosófico e ideológico a las teorías, aporta una concepción acerca del universo, del ser humano, de la sociedad, etc. El segundo nivel es el teórico propiamente y con éste se intenta explicar los hechos de la realidad mediante un sistema de hipótesis que forma un marco conceptual y pretende explicar los problemas de su área determinada de estudio. El tercer nivel incluye a las técnicas y los instrumentos que se emplean para promover el cambio psicológico.

La descripción de estos tres niveles es relevante porque facilita un análisis de los puntos de encuentro y desencuentro de los diversos modelos teóricos de psicoterapia. Por ejemplo, con respecto al nivel teórico Corsi (2005) menciona dos elementos básicos: la concepción acerca de la determinación psíquica, ósea la explicación causal de los problemas y las ideas sobre el cambio psicológico o la manera de resolver dichos problemas. Estos dos elementos son fundamentales porque dan respuesta a las preguntas sobre cuáles son las causas de los problemas y cuál es el modo de

resolverlo, por tanto el modelo causal que se adopte tendrá una correlación con la dirección del esfuerzo terapéutico que se realice.

De acuerdo con Corsi (2005) los enfoques unidimensionales se apoyan en una supuesta “pureza epistemológica” y plantea las siguientes dicotomías:

- El empleo de métodos directivos *versus* métodos no directivos
- Reestructuración intrapsíquica *versus* modificación conductual
- Recursos verbales *versus* recursos no verbales
- Énfasis en el pasado *versus* énfasis en el presente.

Empero me es importante aclarar que la discusión que pretendo sostener en este escrito no refiere únicamente a estas cuestiones técnicas, de hecho considero que éstas son la última expresión de todas las diferencias que subyacen a los modelos y que son justamente estas discrepancias a nivel fundamental lo que complica tanto su integración teórica consistente y eso puede derivar en prácticas clínicas carentes de orden y dirección.

Corsi (2005) identifica cinco grupos de modelos terapéuticos y a fin de agilizar la exposición yo presento el siguiente recuadro con base en la información que él proporciona:

Modelos:	Objetivo	Objeto de estudio
Basados en el paradigma psicoanalítico	Hacer conscientes los contenidos inconscientes.	La vida intrapsíquica
Basados en el paradigma conductista	La modificación de la conducta inadaptada.	La conducta observable, evaluable y cuantificable.
Basados en el paradigma cognitivo	Modificar sus estructuras cognitivas.	Sistema de creencias.
Basados en el paradigma interaccional	Propiciar cambios en las pautas de comunicación e interacción.	Formas de interacción humana.
Basados en el paradigma integrativo	¿?	Diferentes dimensiones de los problemas que presenten los clientes.

Cuadro elaborado del material extraído de Corsi, (2005) Pp. 24- 30

Como se puede observar en este cuadro, la mayoría de los modelos existentes tienen objetivos y objetos de estudio definidos, sin embargo aún no se cuenta con estas categorías para los modelos integrativos, esta es una gran oportunidad para impulsar el dialogo y para sistematizar las aportaciones que han realizado las distintas propuestas integrativas.

A este respecto, Larroyo y Cevallos (1991) reflexionan sobre la diversidad de objetos de estudio y métodos de estudio que se emplean en la psicología, estos autores derivan once categorías de acuerdo al primer criterio y ocho con respecto al segundo y se preguntan lo siguiente:

Se puede advertir las discrepancias, a veces irreconciliables, respecto no sólo a los métodos de la psicología, sino también a su peculiar objeto de estudio. Con todo, existe una ciencia de la psique cada vez más pródiga en perspectivas teóricas y aplicaciones prácticas. ¿Cómo se puede explicar esta aparente paradoja? (p. 326)

Larroyo y Cevallos (1991) afirman que lo intrincado y complejo de la vida anímica provoca esta diversidad de criterios en el estudio e investigación de la psique (con la reserva de ofrecer una definición sobre el término “psique” o el de “mente”). Observan que esta diversidad obedece a necesidades prácticas y metodológicas para lograr aprehender a este complejo objeto de estudio, consideran que las diversas teorías psicológicas han aportado al desarrollo de la disciplina sin embargo “ninguna doctrina psicológica en particular, hasta ahora, puede dar cuenta y razón de todos los aspectos de la vida psíquica” (p. 326), por ello afirman la necesidad de integrar en un todo unitario y funcional los múltiples conocimientos que se vayan generando, y consideran que el criterio rector de la psicología integrativa es la idea de que todas las direcciones psicológicas tienen como fin tratar de entender cómo se genera o produce en el hombre su vida psíquica, aún cuando esto implique continuar empleando procedimientos múltiples.

Esta propuesta es sumamente interesante porque sugiere la necesidad de priorizar la búsqueda del conocimiento más que la dureza o “pureza” del método de estudio considerado como el mejor, sin embargo también deja algunas cuestiones sin responder, a saber cuáles serían los criterios mínimos para distinguir lo que es posible considerar “científico” de aquello que no lo es, por ejemplo, en qué momento separamos la práctica terapéutica profesional de la improvisación bien intencionada de otros profesionales o prácticas comunes/tradicionales como el uso de los cuarzos para la toma de decisiones.

3.5. A manera de corolario

Sin la pretensión de dar respuesta a los distintos problemas epistémicos enunciados previamente, considero necesario afirmar algunos principios como pilares

mínimos e imprescindibles en la elaboración de un nuevo cuerpo teórico integrativo, por ello reafirmo la necesidad de sistematizar de manera coordinada las distintas aportaciones de los diferentes modelos y “crear” nuevos métodos de vinculación entre los elementos teóricos y la experimentación propios para nuestro objeto de estudio.

Considero que el fundamento primero en el que se deben basar los modelos integrativos es el replanteamiento de la noción de persona, en la cual se pueda incluir desde la importancia de los pensamientos y su influencia en la emotividad o la conducta, pasando por la importancia de la elaboración de las vivencias emotivas hasta los efectos de la vida inconsciente en los modos de vida que elegimos y las bases fisiológicas. Sería importante tener presente que esta separación que otorga preponderancia a unos aspectos sobre otros se ha realizado sólo con fines académicos y de investigación, pero en la realidad las personas suelen ser seres unitarios y complejos que mantienen constantemente la interacción de todos esos procesos psíquicos y sociales. Asimismo es importante considerar que el objetivo ya no es probar el error de las teorías opuestas al propio punto de vista, sino partir del supuesto de que no hay teorías erróneas sino únicamente parciales.

Como propuesta metodológica considero imprescindible extraer los principios fundamentales de cada uno de los principales modelos conocidos hasta ahora, posteriormente formar este conjunto estructural teórico basado en la noción de persona, con ello ir articulando las diferentes áreas de desarrollo hasta comprender su interacción y su mutua influencia; para finalmente definir aspectos técnicos de intervención congruente con este sistema.

Otro aspecto relevante a considerar es que no hay teorías acabadas, por tanto es posible que aún la teoría más completa tarde o temprano deba realizar cambios estructurales o redefinir algunos de sus supuestos básicos, empero es importante ir preservando una estructura argumentativa y lógica consistente y congruente consigo misma y con los nuevos descubrimientos que se vayan realizando.

Un presupuesto que subyace a toda esta reflexión es que existe un vínculo entre las teorías y sus formas de intervención, a pesar de que esta relación no se pueda

establecer de manera lineal considero que es importante preservarla con el fin de continuar apegándonos a un modelo científico que diferencie a los psicoterapeutas profesionales de otros agentes sociales que pueden llegar a realizar alguna función catártica y no por ello terapéutica.

Capítulo IV. Tres modelos para integrar

En este apartado presento un esbozo de lo que considero son los principales supuestos teóricos de tres modelos de psicoterapia: el psicoanalítico, el cognitivo conductual y la propuesta humanista. El objetivo es esclarecer cuáles son sus premisas básicas a fin de lograr una breve comparación, no para privilegiar a uno en detrimento de los demás, sino para esclarecer por qué ha resultado tan complicado hasta el momento proponer una teoría integrativa consistente.

Para desarrollar este apartado me apegó a la propuesta de O'Connor (2000) quien considera que toda teoría de psicoterapia incluye los siguientes elementos básicos: una teoría de personalidad, definiciones de psicopatología, una manera particular de definir las metas de tratamiento y la forma propia de conceptualizar la noción de cura. Por ello estos serán los cuatro aspectos básicos que guiarán la discusión.

4. 1 Las propuestas psicoanalíticas

Las terapias con orientación psicodinámica se basan en la teoría psicoanalítica desarrollada por Sigmund Freud a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Se ha definido al psicoanálisis como un método de investigación, un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas, y un método psicoterapéutico (Freud, 1922/1996).

Esta teoría es muy amplia no sólo por las aportaciones de su fundador sino porque diversos autores después de él han continuado haciendo observaciones y modificaciones tanto teóricas como técnicas que han enriquecido y ampliado tanto este sistema que resulta ilusorio intentar agotarlo en unas cuantas páginas. Por ello, a fin de hacer posible la realización de mi objetivo para este trabajo retomo los conceptos freudianos que considero estructurales en su modelo explicativo.

De manera general Freud propuso que el psiquismo tiene una organización topográfica dividido en tres sistemas: El inconsciente, el preconscious y el consciente, cada uno tiene características y funciones diferenciadas; esta primera tópica es

fundamental porque establece que los fenómenos psíquicos pueden ser efectivos y no ser necesariamente conscientes, es decir, pueden expresarse de distintas maneras sin que el sujeto sepa que lo están haciendo (Freud, 1915/1996).

Se define a la conciencia como un fenómeno subjetivo, consistente en el estado de alerta de las percepciones internas (sensaciones, pensamiento, afectos, etc.) y externas. Freud (1923/1996) explicaba que el psiquismo tiene dos funciones principales, por un lado ser un filtro perceptual y por otro almacenar información relevante para el sujeto, esto se logra mediante el sistema preconscious que resguarda la información en un “segundo plano” pero permite devolverla a la conciencia cuando es requerida por los procesos de atención. Cuando la información almacenada en el preconscious se opone a las demandas del superyó, el yo usando la represión envía esa información al inconsciente, este proceso puede entenderse como un aspecto negativo de la atención.

Desde el punto de vista dinámico el inconsciente se constituye por los contenidos y procesos mentales que no logran llegar a la conciencia por el proceso de represión. El contenido del inconsciente está formado por representaciones pulsionales y deseos inaceptables moral, ética o intelectualmente (Díaz, 1998).

Carluccio (2005) sugiere un paralelismo entre la propuesta platónica y los postulados freudianos de su primera tópica. Platón consideraba que en el alma humana hay racionalidad e irracionalidad. La racionalidad (*logistikón* o *nous*) es la depositaria del saber. En lo irracional distingue dos aspectos: la vuelta hacia la razón y lo alejado de ella. En la primera reside la fuerza volitiva (*Thymós* o entusiasmo), en la segunda la apetencia sensorial (*Epithymia* o impulso). Esto es relevante porque en el psicoanálisis se reafirma la existencia de un lado “irracional” de nuestro psiquismo, en él subyacen aspectos que escapan de nuestro control voluntario pero que son constitutivos y necesarios. Esta es una de las tesis que ha sido negada por otros modelos psicoterapéuticos.

Asimismo Freud (1920/1996) estableció la segunda tópica, en ella propone que la personalidad se compone de tres instancias psíquicas: El Ello, el Yo y el Superyó. El

Ello que es el polo pulsional de la personalidad, es la única instancia que existe desde el nacimiento, contiene los dos tipos de pulsiones: de vida (Eros) y de muerte (Thanatos). Las pulsiones son principios fundamentales y constitutivos del ser, son el resorte del funcionamiento del aparato psíquico, representan un concepto límite entre lo psíquico y lo somático, subyacen a las necesidades que logra expresar el Ello, se caracterizan por ser un empuje sin una meta específica y su objeto de satisfacción varía dependiendo de la historia particular de cada persona (Carluccio, 2005).

Se explica la pulsión de muerte como la tendencia a devolver al ser vivo a un estado inorgánico, inicialmente se expresa en el interior del sujeto tendiendo a la autodestrucción y posteriormente se dirigen hacia el exterior expresándose como pulsión agresiva, destructiva o como voluntad de poder. Por el contrario, la pulsión de vida se expresa como la tendencia a constituir unidades cada vez mayores y a mantenerlas, puede expresarse como pulsiones sexuales y de autoconservación (Freud, 1920/1996).

Esta concepción de pulsiones opuestas constitutivas es fundamental para la teoría psicoanalítica y también ha sido causa de diversas críticas, por considerar que conlleva una visión negativa de los humanos (O'Connor, 2000). Sin embargo esta forma dual del ser no es nueva ni se originó con la teoría psicoanalítica, Carluccio (2005) afirma que Empédocles describió un ciclo cósmico de cuatro fases, que va del proceso de formación en donde predomina Eros, al proceso paulatino de separación en el que impera Thanatos. Este antecedente filosófico es pertinente porque se afirma que la muerte y la destrucción son parte constitutiva de la vida, es esa parte del proceso que posibilita la nueva creación y con ello la continuación del ciclo. Esta metáfora a nivel cósmico puede ser extendida a nivel personal, pudiendo observarse en los procesos fisiológicos pero también en la ambigüedad de algunos actos humanos, por ejemplo, el esfuerzo que alguien con una enfermedad crónica realiza por llevar una vida lo más "normal" posible, eligiendo una vida activa en lugar del reposo que le recomendarían los médicos, esta elección podría ser interpretada como un acto de rebeldía, oposicionismo o negación, sin embargo también puede ser entendida como un acto de afirmación de esa vida, como una forma de aferrarse al aspecto vital mientras pueda hacerlo.

Además considero que esta concepción dual del ser humano es pertinente porque conlleva un aspecto ético, no para juzgar negativamente a los humanos, sino únicamente para recordarnos que hemos sido capaces de crueldad, de encontrar disfrute en el daño ajeno, e incluso de obtener gozo en el propio dolor. Por ello me parece imprescindible mantener presente esta dualidad que nos es propia para tener consciencia de lo que somos y hemos sido capaces de hacer, para recordarnos que esta naturaleza dual no siempre ha encontrado veredas “positivas” de desarrollo armónico, sino que ha sido capaz de destrucción masiva o abusos desmesurados y en consecuencia hay que cuidar las formas en que se manifiestan estas pulsiones en nuestra vida cotidiana.

Por otra parte se define al Yo como la instancia encargada de mediar entre las demandas del Ello, las prohibiciones del Superyó y las exigencias de la realidad, representa el polo defensivo de la personalidad, sin embargo su autonomía es sólo relativa con respecto a las otras dos instancias. Ha sido considerado como un aparato adaptativo que se va diferenciando del Ello por el contacto con la realidad exterior. El Yo representa la consciencia de la persona, pero también posee porciones inconscientes, por ejemplo su labor al emplear los mecanismos defensivos. Esta función del Yo como represor de lo inconsciente complica el trabajo terapéutico porque el Yo es la única vía de acceso al contenido de las otras dos instancias psíquicas, pero también es el encargado de reprimir y censurar el material que quiera salir de ellas (Freud, A. 1961).

El superyó funge como un juez o censor con respecto al yo, abarca la conciencia moral, la autoobservación y la formación de ideales; su función es favorecer la utilización de la libido en actividades sociales toleradas. Originalmente Freud (1923/1996) definió a esta instancia como heredera del complejo de Edipo, consideraba que se formaba por la interiorización de las prohibiciones parentales e implica la renuncia a los deseos edípicos (amorosos y hostiles), pero se va enriqueciendo por las aportaciones ulteriores de las exigencias sociales y culturales. Otra propuesta sobre el desarrollo del Superyó la realizó Melanie Klein (1948/2008) quien postuló un Superyó primitivo desde los primeros meses de vida.

El modelo psicoanalítico también aportó una propuesta sobre el desarrollo psicosexual de los humanos que consideran cinco etapas: oral, anal, fálica, latencia y genital. En cada una de éstas se postula la primacía de una zona erógena y un modo específico de relación objetal. El tránsito por estas etapas implica una evolución libidinal, cuando la satisfacción propia de cada fase es abruptamente interrumpida y el niño no logra desplazar su catexis libidinal a la siguiente se produce una fijación energética que se verá reflejado en el carácter del sujeto (Dolto, 1974).

Desde este modelo se explica que el conflicto psíquico ocurre cuando en el sujeto se oponen exigencias internas contrarias. Éste puede ser manifiesto o latente pudiendo traducirse en la formación de síntomas, trastornos de conducta, perturbaciones del carácter, etc. El conflicto es algo constitutivo para el ser humano y puede ocurrir de diferentes maneras: como conflicto entre un deseo y los mecanismos defensivos, entre sistemas psíquicos, entre instancias, entre pulsiones y por la situación edípica. Aunque de manera general se identifican dos tipos de conflictos: 1) de orden tópico como disputa entre sistemas o instancias, 2) económicos o dinámicos como conflicto entre pulsiones (Laplanche y Pontalis, 1967).

Desde esta concepción los síntomas no son más que el resultado de una transacción entre dos fuerzas que actúan en sentido contrario, éstos permiten por un lado satisfacer parcialmente la necesidad que subyace a él y por otro mantienen la pulsión originaria oculta a la conciencia del Yo, por ello los principales esfuerzos no se dirigen a “apaciguar” estos síntomas sino a hacer consciente lo inconsciente, de hecho se afirma que toda terapia que apunte a contrariar o disminuir el síntoma funcional no actúa sino a título de paliativo. (Dolto, 1974, p.24).

De acuerdo con O'Connor (2000) se considera que el modelo psicoanalítico basa su concepción de psicopatología en una falla en el desarrollo de una o más estructuras de personalidad o de algún conflicto entre las estructuras básicas. Pero también se toma en cuenta que el paciente haya podido cursar exitosamente cada una de sus etapas de su desarrollo psicosexual, ya que en ocasiones puede ocurrir una fijación por carencia o sobregratificación de los elementos necesarios para resolver cada uno de los conflictos que se enfrentan en las distintas etapas.

Dolto (1974) afirma que el objetivo último de la psicoterapia es lograr la utilización de la libido del individuo de manera tal que se sienta feliz, procurando que este bienestar subjetivo armonice con el de otros.

La meta que nos proponemos ser imparciales y ayudar al niño a encontrar un medio de expresión de las pulsiones reprimidas, adaptándolas a las exigencias medias de su entorno y de su ética personal, calmando su culpabilidad y satisfaciendo lo mejor posible las exigencias legítimas de su líbido. (Dolto, 1974, p. 149).

Como se observa los objetivos de tratamiento son consistentes con los postulados teóricos arriba descritos, esto es relevante porque considero que la evaluación de la efectividad de los modelos de intervención debe tomar en cuenta estos aspectos, de lo contrario se les estará exigiendo resultados que no se pretenden alcanzar y por tanto fallaran en las evaluaciones comparativas.

El tratamiento psicoanalítico se funda en el análisis de las resistencias que emplea el yo, para ello utiliza la transferencia que refiere a todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista, éstos no dependen de la situación analítica actual, sino que se remontan a los vínculos tempranos que el paciente tuvo con sus primeros objetos de amor (Freud, A. 1961). A este respecto existe una fuerte discusión interna dentro de este modelo ya que Anna Freud (1927/1977) afirmó que los niños no logran establecer relaciones transferenciales debido a que todavía mantienen contacto directo con sus figuras parentales, sin embargo otras autoras como Dolto (1974) y Klein (1948/2008) afirman que sí es posible rastrear ese vínculo primario que el niño establece con sus padres en la relación con el analista.

Annie Anzieu (2001) explica que en el origen existía una dificultad para el trabajo con los niños debido a la precariedad del lenguaje que éstos presentaban, por tanto no se podía asimilar las técnicas analíticas tradicionales al trabajo con infantes. Fue Melanie Klein quien afirmó que en la sesión el juego del niño es equivalente a la asociación libre del adulto, pues no se trata de una diferencia de la naturaleza de los procesos que subyacen sino de una técnica diferente.

Esto es relevante porque apuntala algunas de las diferencias históricas que ha tenido el psicoanálisis internamente, por un lado se ubican las propuestas de H. von Hugh- Helmut y Anna Freud quienes retoman al juego como un medio educativo y se enfocan en resolver el síntoma, y por otro lado las propuestas de Melanie Klein quien a través del juego pretendía alcanzar las raíces del proceso neurótico que desencadenaban los síntomas. Sin embargo, desde la segunda mitad del siglo XX, la técnica del juego fue adoptada definitivamente por los analistas que trabajan con los niños (*Ídem*).

El tratamiento inicia con una evaluación que sirve al terapeuta para conocer el nivel de organización y funcionamiento de la personalidad del niño, en qué nivel de desarrollo está cada estructura de personalidad y cómo se está vinculando con las demás (O'Connor, 2000). Dolto (1974) explica que el diagnóstico psicoanalítico se va precisando en el curso de la intervención, pues inicialmente sólo se conocen los aspectos sintomáticos. Greenson (1976) agrega que el enfoque médico tradicional sugiere que para determinar la forma de un tratamiento primero es necesario llegar a un diagnóstico, sin embargo, aunque un diagnóstico clínico puede tener valor para determinar si un paciente es apropiado para el análisis, en ocasiones suele costar mucho tiempo llegar a un diagnóstico definitivo, pues la psicopatología que se presenta puede ser sólo una pantalla superficial que oculte otra patología latente. Desde esta perspectiva se cuestiona la necesaria correspondencia entre los síntomas y los síndromes correspondientes a diagnósticos específicos, pues se considera que los síntomas revelan aspectos de la patología del paciente pero no informan si ésta es central o periférica, es decir, si es predominante o es sólo un factor menor en la estructura de la personalidad del paciente.

Para el tratamiento se parte de un profundo respeto por la libertad individual del niño, se considera que el analista no puede llevar a su analizado a un punto de desarrollo psicoafectivo que él no ha alcanzado aún; se emplea el análisis del juego, los dibujos espontáneos, la conversación desde el lenguaje simbólico y afectivo (Dolto, 1974). Se adapta la regla de la asociación libre al niño explicándole que él tiene la libertad de expresarse, y se emplea la regla de abstinencia que exige tanto por parte del

analista como del paciente, abstenerse de todo dominio físico y psíquico del uno sobre el otro, lo que implica tanto la seducción como la agresividad (Anzieu, 2001).

Asimismo Anzieu (2001) advierte sobre la tendencia constrastransferencial de construir al “niño bueno”, la relación de objeto particular niño/adulto que se desarrolla en las sesiones, hace que el analista evoque el deseo de recrear al niño ideal que él mismo deseó ser con sus padres y con su propio analista y si esta tendencia no se hace consciente se puede actuar en intervenciones pedagógicas con influencia moralizadora que está en contradicción con la libertad que se deja al niño para evocar libremente sus fantasías y sus emociones en las sesiones. Por su parte Sanville (2003) explica que el espacio de juego le permite al paciente disociar la acción de sus consecuencias en la cotidianidad y ésta es una condición para permitirle expandirse libremente. Sin embargo cierta cantidad de pacientes buscan “un escape de la libertad”, y exigen que se les aconseje y se les diga qué es mejor para ellos. Como puede verse desde los modelos psicodinámicos se evita la tendencia a las intervenciones pedagógicas lo cual representa un punto de desencuentro con otros modelos.

Desde el psicoanálisis se considera que el juego otorga la satisfacción a los niños de representar sus conflictos ante un espectador acogedor. Así: la proyección, en el juego, sobre los personajes y las situaciones ficticias, desculpabiliza los afectos, las intenciones pulsionales, la escenificación de los conflictos, los desdramatiza y da al yo una parte de placer para funcionar libremente (Anzieu y Daymas. 2001, Pp. 113).

Melanie Klein (1948/2008) considera que “jugando, el niño habla” (p.28) y actúa sus emociones más profundas por lo que se debe dirigir la atención a los métodos de representación simbólica. El método de intervención propuesto por esta autora inicia examinando el panorama general de los complejos internos del paciente, después se emplean interpretaciones concretas intentando adecuarlas al modo de hablar y de pensar del niño, estas intervenciones se dirigen al inconsciente pero pretenden estimular el contacto con el Yo con la finalidad de fortalecerlo. Se emplea el análisis del juego, se trata la sesión analítica como una situación de transferencia, por ello se establecen las conexiones con la situación originariamente experimentada o

fantaseada, con ello se brinda la oportunidad de liberar o elaborar las fijaciones o los errores de desarrollo que han alterado su línea evolutiva. Se considera que el material inconsciente se expresará de manera reiterada en diferentes momentos del tratamiento y estará siendo reelaborado continuamente.

Se afirma que para comprender correctamente el juego del niño en relación con su conducta total durante la hora del análisis, debemos no sólo desentrañar el significado de cada símbolo separadamente, sino tener en cuenta los mecanismos y formas de representación y su relación con la situación total. Un mismo juguete o juego puede tener diferentes significados y sólo se comprende su significado si se conoce la situación analítica global en la que se ha producido (*Ídem*).

4. 2 Las propuestas cognitivo conductuales.

De acuerdo con Feixas y Miró (1993) en las décadas de los sesenta y setenta aparecen los modelos cognitivos en psicoterapia, cuyos principales exponentes son: Ellis, Aaron Beck, Mahoney, y Meichenbaum. Para el presente estudio retomo principalmente la propuesta de Aaron Beck y las escuelas que de ésta se han derivado.

La terapia cognitiva fue desarrollada por Aaron Beck a comienzos de los sesenta, se constituyó como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (J. Beck, 2000).

De acuerdo con Judith Beck (2000) estas son las diez características que identifican a los modelos cognitivo conductuales:

- Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
- Requiere de una sólida alianza terapéutica.
- Enfatiza la colaboración y la participación activa.
- Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.

- La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente. Enfatiza en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente.
- Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. Para ello se instruye al cliente sobre la naturaleza y el desarrollo de su trastorno, del proceso de la terapia cognitiva y del modelo cognitivo.
- Tiende a ser limitada en el tiempo.
- Las sesiones son estructuradas.
- Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
- Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Puede emplear técnicas de otras orientaciones terapéuticas especialmente de la terapia conductual y la gestáltica.

De acuerdo con A. Beck, Rush, Shaw y Emery (2008) la terapia cognitiva se sustenta en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicha persona de estructurar el mundo. Sus cogniciones, (entendidas como eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Desde este modelo se propone que desde la infancia las personas desarrollan formas de comprender el mundo que están determinadas por la relación que establece con las personas más significativas de su vida y va enfrentando diversas situaciones. De esta manera surgen las creencias centrales, éstas son ideas fundamentales y profundas, constituyen el nivel más esencial del pensamiento, son globales, rígidas y se generalizan fácilmente, no suelen expresarse, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas que indican cómo son las cosas, pueden ser positivas o negativas, éstas últimas están relacionadas directamente con los padecimientos psicológicos. Las creencias centrales negativas se desarrollan en la infancia a partir de interacciones negativas con los cuidadores primarios, haciendo vulnerables a las personas cuando se enfrentan a situaciones estresantes (Beck, 1976).

De estas creencias centrales se desprende una clase intermedia de creencias que consisten en actitudes, reglas y presunciones que influyen en la forma de ver una situación y por tanto en la manera en que esa persona piensa, siente y se comporta. Estas reglas suelen expresarse mediante pensamientos automáticos que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son específicos para cada situación y se consideran el nivel más superficial de la cognición, están más cercanos a la conciencia y son los que inciden sobre las emociones, la conducta y las respuestas fisiológicas (J. Beck, 2000).

Un segundo componente del modelo cognitivo es el modelo de esquemas, éstos ayudan a explicar por qué el paciente mantiene actitudes que le hacen sufrir o son contraproducentes. Se entiende por esquemas ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, desde este concepto se explica que una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, sirve para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo, además determinan el modo como un individuo estructurará sus experiencias (Beck, et al. 2008).

Aaron Beck, et al. (2008) afirman que los esquemas pueden permanecer inactivos durante largos periodos de tiempo y ser activado por un inputs ambientales específicos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. Entonces el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

Se afirma que es posible llegar a las emociones de las personas a través de sus cogniciones, por ello propone una aproximación intelectual que consiste en ayudar al paciente a identificar los conceptos erróneos, probar su validez y sustituirlo por conceptos más apropiados (Beck, 1976).

Desde esta concepción de personalidad el modelo cognitivo conductual propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común alguna distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Por ello enfocan su propuesta de intervención en ayudar al paciente a que realice una evaluación realista de las situaciones y obtenga la consiguiente modificación del pensamiento disfuncional, lo cual traerá como resultado una mejoría en el estado de ánimo y en el comportamiento (J. Beck, 2000)

Aaron Beck (1976) explica que las personas continuamente realizan hipótesis e inferencias, tienden a equiparar una inferencia con la realidad y aceptar una hipótesis como si fuera un hecho. Bajo circunstancias ordinarias, las personas son capaces de funcionar adecuadamente porque su ideación puede estar suficientemente coordinada con el mundo real y no interfiere sustancialmente con su ajuste, sin embargo cuando el conjunto de reglas que emplean para comprender su realidad está dado en términos absolutos, son irrealistas, se usan inapropiadamente o de manera excesiva con frecuencia se produce una desadaptación dando como resultado algún tipo de trastorno: ansiedad, depresión, fobia, manía, paranoia, obsesión. Cuando las reglas producen dificultades son por definición desadaptativas empero es posible “eliminarlas” cuando se descubre que son falsas, tienden a autodefenderse o son impracticables.

Además se explica que no todas las personas que piensan erróneamente necesitan o quieren ser “enderezados”, sólo son candidatos a ser pacientes de este modelo cuando existe un malestar subjetivo, una dificultad en su relación con otras personas o una falla para responder a ciertas circunstancias (*Ídem*).

También se especifica que es probable que la apreciación de la realidad pueda no estar distorsionada pero el sistema de hacer inferencias o sacar conclusiones sea defectuoso. Es decir, puede ser que las premisas básicas de la inferencia sean erróneas o que el proceso lógico del procesamiento sea defectuoso.

Con respecto a las propuestas de intervención se menciona que éstas se sitúan en el marco del modelo cognitivo de psicopatología y que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Sus técnicas van

encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a esas cogniciones. Judith Beck (2000) explica que: “el terapeuta basa sus hipótesis en los datos que ha recabado, utilizando las explicaciones más plausibles y dejando de lado las interpretaciones e interferencias que no se basen claramente en datos reales” (p. 44) (el subrayado es mío). Además se explica que desde este modelo no se interpretan los factores inconscientes (A, Beck, et al. 2008).

Esta postura es sumamente interesante porque afirma la separación entre la percepción individual y la realidad, en ese sentido se otorga mayor importancia a los “hechos reales” que a la subjetividad, lo cual determina una diferencia fundamental con respecto a otros modelos que retoman a la fenomenología como fundamento epistemológico.

Además se especifica que no se trabaja con aspectos inconscientes, y si bien no se comprometen a negar la propuesta psicoanalítica, por lo menos la dejan de lado al colocar todo el valor curativo en el pensamiento consciente del sujeto. Sin embargo es pertinente cuestionar si no niegan abiertamente los aspectos inconscientes, entonces por qué no los trabajan, ya que afirmar al inconsciente pero hacerlo de lado y no trabajar con su contenido sería como optar por una ceguera voluntaria y un método de tratamiento ineficaz, lo cual sería irracional y por tanto siguiendo sus propios lineamientos deberían modificar esa creencia. Empero, posiblemente esto no ocurra porque en su propio sistema básico de creencias lo inconsciente simplemente no es relevante, y se considere que el modelo psicoanalítico se basa en postulados improbables por lo que no quieren comprometerse en una discusión que desde su sistema de creencias sería vano. Esta breve problematización pretende mostrar la dificultad que existe no sólo para hacer compatibles modelos con fundamentos filosóficos distintos, sino la dificultad de poner a dialogar modelos que pareciera hablan lenguajes diferentes.

Continuando con la exposición se explica que el objetivo del tratamiento cognitivo conductual es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos. De manera general el método consiste en experiencias de

aprendizaje dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados; sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck, et al. 2008).

Se emplean técnicas para explorar la lógica subyacente a su forma de interpretar el mundo. Al principio el paciente recibe una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva, también aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y se examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo y el incremento de la conducta positiva *versus* el mantenimiento de la patología (*Ídem*).

Beck, et al. (2008) menciona que al inicio del tratamiento el paciente debe comprender la naturaleza y el funcionamiento teórico del tratamiento cognitivo, para ello el terapeuta: “prepara a cada paciente para la terapia cognitiva durante la primera sesión y parte de la segunda. Presenta el plan general y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo” (p. 75), además expone la definición y algunos ejemplos de cogniciones o pensamientos automáticos y la relación entre pensamientos y sentimientos que este modelo establece.

Este aspecto es relevante porque personalmente considero que una parte de cualquier tratamiento terapéutico consiste en “configurar” al paciente, es decir, en mostrarle qué y cómo se va a trabajar. En el modelo cognitivo esta configuración ocurre de manera explícita, sin embargo en los demás modelos también es posible observar una etapa de “formación” del paciente aunque de manera implícita, normalmente es sugerido con el encuadre, el establecimiento de roles, del tipo de relación y la manera de intervenir.

Beck, et al. (2008) afirman que el terapeuta directa o indirectamente trasmite ciertos principios al paciente. Desde su modelo se le muestra que una percepción de la realidad no es lo mismo que la realidad en sí y este antecedente le permite distinguir

entre la realidad externa del fenómeno psicológico. Además se le enseña al paciente a dudar de sus saberes, ya que se considera que el conocimiento seguro puede conseguirse si se cuenta con suficiente información que permita elegir una hipótesis entre varias posibles, tomando en cuenta todas las circunstancias relevantes para el caso. Como se puede observar, el modelo cognitivo conductual se aparta de la postura fenomenológica y se aferra más a una postura lógico-positivista orientada a la prueba de hipótesis.

El modelo cognitivo conductual también se sirve de la aproximación de solución de problemas, pues considera que ésta ayudará a reducir la dependencia del paciente en el terapeuta e incrementar su confianza en sí mismo y su autoestima. Además sirve como aliciente para promover su participación activa e implementar soluciones creativas (Beck, 1976).

Con respecto a la psicoterapia cognitivo conductual con niños existen varias propuestas, una de ellas es la que ha realizado Susan Knell (Como se citó en Schaefer, 2012), quien explica que la terapia cognitiva no está indicada para niños en etapa preoperacional porque aún carecen de la complejidad y flexibilidad cognitiva necesarias para beneficiarse de este modelo, ya que éste requiere que los individuos tengan la capacidad de distinguir el pensamiento racional y lógico del pensamiento irracional e ilógico. Sin embargo desde la década de los 90's Knell ha realizado importantes contribuciones para desarrollar la terapia de juego cognitivo-conductual, la cual fue pensada para emplearse con niños de dos y medio años a seis años e integra las terapias cognitivas, las conductuales y las de juego.

La terapia de juego cognitivo-conductual se basa en el modelo cognitivo del trastorno emocional, su naturaleza es breve, de tiempo limitado, estructurada, directiva, orientada al problema y psicoeducativa (Knell, como se citó en Schaefer, 2012, p. 316).

Se explica que el terapeuta cognitivo conductual trabaja con el niño y la familia, se establecen metas y se apoya al infante para alcanzarlas, éstas sirven como indicadores del avance terapéutico. Otra de las características de este modelo es que el terapeuta puede introducir temas y ofrecer orientación a partir del conocimiento

obtenido de los padres o maestros, aún cuando esta información no la haya aportado el niño (*Ídem*).

Uno de los objetivos es ayudar al niño a identificar, modificar o construir cogniciones para que logren identificar pensamientos inadaptados y sustituirlos por otros más adaptados. Además se les enseñan habilidades de afrontamiento para lo que suele emplearse el modelamiento. Todas las intervenciones deben ser sencillas, concretas y sin complejidad verbal (*Op. Cit.*).

Desde este enfoque el juego se emplea como un medio para involucrar al niño en el tratamiento y como una manera didáctica de transmitirle estrategias apropiadas para desarrollar pensamientos y conductas más adaptadas, pero no se considera como un elemento “curativo” en sí mismo (Knell, como se citó en Schaefer, 2012).

También se explica que a lo largo del desarrollo cognitivo es esperado que se presenten algunos pensamientos que podrían considerarse distorsiones, por ejemplo si un niño se responsabiliza del divorcio de sus padres, sin embargo, estos pensamientos no son “distorsiones cognitivas” porque son esperados para ese nivel de desarrollo y por ello se propone el término de pensamientos inadaptados. Asimismo se considera la posibilidad de que el niño no vincule ningún conjunto de creencias o significados con un evento, en ese sentido no presenta pensamientos inadaptados, pero es probable que carezca de creencias adaptadas que pueden facilitar otras formas de afrontamiento, por ejemplo cuando se le ayuda a crear autoafirmaciones funcionales (*Ídem*).

Finalmente Knell (1993) señala algunas similitudes y diferencias entre la terapia de juego cognitivo conductual, las propuestas psicoanalíticas y humanistas: Afirma que los tres modelos proponen el juego como un medio de comunicación, se basan en una relación terapéutica sólida y de confianza, y se propone el espacio terapéutico como un espacio de seguridad y protección. Con respecto a las diferencias que observa resaltan aspectos técnicos por ejemplo que el terapeuta asuma o no un rol directivo, que se establezca o no dirección a las sesiones con base en metas específicas, la posibilidad de proponer o no los materiales de juego, que se emplee o no el juego como un medio educativo. Además se especifica que el enfoque cognitivo conductual es el único que

otorga reforzamientos como un aspecto central de sus intervenciones y se explica que en los tres modelos se emplean formas de intervención diferente, ya sea por el uso de la interpretación, de los reflejos o de las conexiones cognitivas que se obtienen mediante el empirismo colaborativo. Sin embargo como se verá más adelante considero que todas estas diferencias “técnicas” son irrelevantes porque lo realmente distinto es la concepción teórica que subyace a cada propuesta.

Otra propuesta más para el trabajo con niños la ha realizado Paul Stallard (2005) quien propone la terapia cognitivo conductual enfocada en el niño, esta propuesta retoma las aportaciones de Prochaska como marco de conceptualización del proceso de cambio; su objetivo es facilitar el proceso de descubrimiento guiado, por el cual el niño es ayudado a evaluar sus pensamientos, creencias y suposiciones para desarrollar procesos cognitivos más balanceados, funcionales y útiles.

Stallard (2005) retoma y adapta las principales propuestas del modelo cognitivo conductual para el trabajo con los niños de siete a doce años: destaca el vínculo entre las situaciones, los pensamientos, los sentimientos y la conducta; enseña al niño a registrar y evaluar sus pensamientos negativos; le muestran nuevas formas de afrontamiento para sentimientos desagradables; y trabaja con propuestas de resolución de problemas para permitirle enfrentar y resolver sus conflictos.

Stallard (2005) afirma que la conceptualización provee un modelo que informa el contenido y los focos de trabajo, aporta un mecanismo que engarza la teoría y la práctica, en ese sentido es una guía que ayuda al terapeuta a planear y desarrollar la intervención de la manera adecuada, en el momento adecuado y de la manera correcta a lo largo del proceso colaborativo que es la terapia.

El proceso de desarrollo de la conceptualización implica la obtención e identificación de la información relevante, la cual es vinculada con un modelo teórico o explicativo que ayude a entender el origen, el desarrollo y/o el mantenimiento del problema presente. Una buena conceptualización depende de la identificación cuidadosa y la selección de información clave, e incluso Stallard nos prevé de la tendencia a tratar de incorporar toda la información que es posible obtener en la

evaluación psicológica a fin de obtener una “formulación integral”. Por el contrario, afirma que el objetivo de una conceptualización es proporcionar la cantidad mínima de información necesaria para resumir el problema y justificar del plan de acción, para ello el terapeuta necesita un marco conceptual que le *ayudará* a identificar, seleccionar y organizar la información relevante para dicho fin. Propone tres tipos de formulaciones la simple o mini-formulación que señala el vínculo entre dos factores; la formulación generalmente usada en los modelos cognitivos que provee aspectos del inicio y mantenimiento del problema; y la formulación de problemas específicos.

Esta información me es sumamente relevante porque anuncia justamente uno de los temas que pretendo discutir, a saber, que el tipo de información que guía una evaluación, una entrevista, un diagnóstico es distinto dependiendo de la teoría que subyazca a nuestra intervención. Las técnicas utilizadas son en realidad la punta del iceberg teórico y conceptual que subyacen y “moldea” nuestra mirada, es en realidad la teoría lo que determina los aspectos que se consideran sobresalientes para nuestro diagnóstico y para la intervención correspondiente.

4.3 Las propuestas humanistas

Las teorías humanistas o existenciales fueron fundadas por Abraham Maslow quien enfatizó la diferencia entre la psicología del ser *versus* la psicología del tener. A este grupo pertenecen las siguientes propuestas: la Psicología organísmica de Goldstein, el Psicodrama de Moreno, el Análisis Transaccional de Berne, la Logoterapia de Frankl, la psicoterapia Centrada en el cliente de Rogers, la Bioenergética de Lowen y la Psicoterapia Gestalt de Perls (Salama, 2009).

Cada una de las propuestas arriba mencionadas han aportado una vasta cantidad de conceptos teóricos explicativos y cada una sustenta técnicas y fines de intervención distintas. Considero que la revisión de todas esas propuestas sería una tarea bastante compleja, por lo que voy a reducir mi campo de estudio a dos de esos enfoques, porque los considero los más relevantes para la psicoterapia infantil: la psicoterapia gestáltica y la terapia de juego centrada en el niño.

4. 3.1 La psicoterapia de juego Gestalt.

La psicoterapia Gestalt surge con las propuestas de Fritz Perls y su esposa Laura Posner, este modelo se sustenta en el existencialismo, plantea que las cosas no deben ser explicadas sino vividas, pues sólo se puede tener evidencia de la existencia mediante la experiencia. Se considera que no es posible universalizar al hombre mediante la razón, pues cada individuo tiene una experiencia propia que lo hace singular. Se afirma que el cambio del paciente no se logra a través de la racionalización ni de la explicación sino por medio de la experiencia, es decir, de la vivencia que de acuerdo con este modelo es lo que posibilita el aprendizaje (Salama, 2009).

La psicoterapia Gestalt se nutre de varias fuentes, se identifican raíces de las propuestas de Gabriel Marcel particularmente su concepto del ser encarnado, por lo que el cuerpo no es algo que poseemos, sino lo que somos. Se ha enriquecido además con aspectos de la filosofía budista, principalmente la desconfianza en la razón como forma de conocimiento, privilegiando a la experiencia sobre el conocimiento abstracto; se define a la existencia con tres características principales: inestabilidad, desintegración e insatisfacción por tanto el equilibrio no se trata de un punto estático, sino de un ir y venir dinámico, como el movimiento que se requiere para mantenerse en pie sobre una cuerda floja; así entendida, la existencia humana es considerada como una actualidad absoluta que está en constante creación y re-creación (*Ídem*).

Violeta Oklander (2008) explica que el niño sano llega al mundo, con la capacidad de hacer pleno uso de sus sentidos, cuerpo, expresiones emocionales, intelecto; su organismo funciona de manera integral. Sin embargo hay factores sociales y de desarrollo que van anestesiando sus sentidos y bloqueando sus emociones como la confluencia originaria y el proceso de separación, el egocentrismo propio del pensamiento infantil que lo hace sentirse culpable por las cosas malas que pasan a su alrededor, los introyectos o mensajes negativos de sí mismos que “graban” en nosotros sin que podamos cuestionarlos, la manera en que el ambiente satisface o no las necesidades del niño, la atención que se ponga a la tendencia de autorregulación que tiene el organismo, los bloqueos que socialmente se imponen para expresar ciertas emociones como la rabia lo que genera retroflexión o deflección de dicha emoción.

Explican que el organismo se regula a sí mismo en un intento de mantenernos sanos, nos da señales a nivel emocional, psicológica, cognitiva y espiritualmente informando sobre nuestras necesidades, pero no siempre se le presta la atención impidiendo que se cierre esa demanda y que entren otras. Esta tendencia del organismo a autorregularse nos impide simplemente ahogar nuestra energía y usualmente permite su expresión en conductas conflictivas. En este sentido estas conductas son vistas como resistencias o perturbaciones de la frontera contacto y constituyen la forma en que la persona se protege a sí mismo (Oklander, 2008).

Por ello se considera que cuando un niño llega a terapia es porque ha perdido algo de su sí mismo, ha perdido el derecho a ese pleno y gozoso uso de sus sentidos, de su cuerpo, su intelecto y la expresión de sus emociones. Para promover un sentido de sí fuerte e integrado se sugiere fortalecer cada uno de los siguientes elementos: los sentidos, el cuerpo, el intelecto, dominio o maestría, el sentido de poder o control, el uso de fronteras y límites, la capacidad de juego o sentido lúdico, la atención a los introyectos negativos, el uso de la energía agresiva y el uso de la intuición (Oklander, 2008).

Héctor Salama (2009) explica que para realizar un diagnóstico se toma en cuenta al niño en su situación total, tomando en cuenta los factores que intervienen en el proceso evolutivo y a qué periodo evolutivo corresponde el problema que el niño presenta. La pregunta que subyace a este modelo es cuál es la *gestalt* no completada en ese estadio, ya que se afirma que el niño de “aquí y ahora” es el resultado de muchos “allí y entonces”.

Violeta Oklander (1996) describe cómo emplea el juego dentro de las sesiones terapéuticas, no lo usa como un medio psicoeducativo propiamente, sino más bien como un medio de expresión del niño. Explica los aspectos que observa el proceso de juego: cómo juega el niño, cómo se acerca a los materiales, qué selecciona, qué evita, si es organizado o no, cuál es su patrón de juego, cuál es el tema que toca; observa si el niño logra contactar con su juego, consigo mismo, con la terapeuta; se enfoca en cómo es ese contacto y finalmente aprovecha este momento para ayudar al niño a tomar conciencia de su proceso y sus formas de contacto durante éste.

Oklander (1996) afirma que los niños muy pequeños no desean o no necesitan verbalizar sus descubrimientos y percepciones, o “aceptar” lo que se expresa a través del juego, les basta con la posibilidad de expresar sus sentimientos para lograr cierta integración, la cual se puede dar mediante al expresión directa (verbal) o por la expresión abierta (simbólica) resultado de la vivencia de una situación lúdica dentro de un espacio seguro y aquiescente.

De manera general se identifican dos tipos de técnicas dentro de la psicoterapia gestalt, las supresivas que pretenden descubrir la experiencia oculta detrás de una actividad, y las expresivas cuyo fin es reunir la energía suficiente para “estimular” el darse cuenta del paciente, ya sea intensificando la atención o exagerando las acciones intencionalmente. Se afirma que las técnicas utilizadas en psicoterapia infantil difieren de las que se emplean con los adultos en su forma pero no en su estructura básica (Salama, 2009).

Entre las diferencias que se pueden observar entre este modelo y los otros dos que se están analizando en el presente trabajo, se destaca la manera de entender y abordar la resistencia, los gestaltistas la comprenden como la manera que el niño encontró para enfrentar al mundo, es una aliada, le sirve para protegerse, por tanto hay que respetarla, es una manifestación de energía e indica el nivel de contacto del niño. Además desde este modelo tampoco se promueve la transferencia, ni tienen como objetivo dar interpretaciones al niño, porque lo realmente terapéutico es la expresión emocional y para ello emplean preguntas que les permita a los niños identificar qué aspectos propios están proyectando en sus creaciones (Oklander, 2008).

4.3.2 La psicoterapia centrada en el niño.

La terapia de juego centrada en el niño se desprende de las propuestas de Carl Rogers y Virginia Axline, surgió como una respuesta a algunos aspectos negativistas del psicoanálisis, particularmente al concepto de instinto de muerte o thanatos (O’Connor, 2000), por el contrario, Rogers (1972) consideraba que la principal motivación de lo humanos es la autoactualización o el empuje que conduce a mantener

y alentar el desarrollo, considera que el objetivo más deseable que persigue un individuo es llegar a ser él mismo, esta postura parte de las preguntas ontológicas de tratar de descubrir quién soy y cómo puedo llegar a ser yo mismo.

La terapia de juego centrada en el niño no enfoca su atención en los niveles de desarrollo del niño, no está interesado en formular un diagnóstico o identificar con claridad los síntomas que aquejan a su cliente, sino que se enfoca en la *dinámica* interna del proceso por el cual el niño se relaciona y va descubriendo su sí mismo (*self*) (Sweeney y Landreth, citado en Schaefer, 2012).

Desde este modelo tiene tres conceptos fundamentales para entender su teoría de personalidad: la persona, el campo fenoménico y el *self* o sí mismo:

Se considera que la persona es todo el conjunto de autopercepciones que incluyen pensamientos, sentimientos, conductas y aspectos fisiológicos. El proceso de desarrollo se posibilita porque cada persona existe en un mundo de experiencias que cambia continuamente produciendo una interacción interpersonal dinámica permanente (Sweeney y Landreth, citado en Schaefer, 2012).

A medida que se desarrolla el niño interactúa con el ambiente, especialmente con los otros significativos y una porción de su mundo privado total (su campo perceptual) gradualmente se va diferenciando formando el *self*; que es el conjunto de ideas y conceptos que el niño tiene sobre sí mismo, sobre los otros y sobre el ambiente que son accesibles a la consciencia (Landreth, 2012).

El *self* sólo se forma mediante la interacción con otras personas, éste crece y cambia como resultado de la interacción con el campo fenoménico; es influenciado continuamente por las evaluaciones que las personas significativas dan al niño, de esta manera él se percibe como bueno o malo y su conducta generalmente es consistente con su concepto de *self* (*Ídem*).

Rogers (1972) afirmó que el niño reacciona como un todo organizado a su campo fenoménico, este campo perceptual conforma la realidad que el niño experimenta y él reacciona como un sistema total en el que el cambio en una de sus

partes afecta al resto. Además se afirma que existe un movimiento interno dirigido continuamente hacia la posibilidad de convertirse en una persona de funcionamiento más positivo, es decir, existe un impulso continuo hacia la autoactualización, esta tendencia nos lleva a buscar la independencia, la maduración y mejorar del *self*.

El campo fenoménico consiste en todo lo que el niño experimenta, puede ser manera consciente o no, interna o externamente, incluyendo percepciones, pensamientos, sentimientos, comportamientos. El campo fenoménico es la base de la referencia interna para comprender la vida, lo que cada persona percibe que pasa a su alrededor es realidad para ella, de esta manera se considera que la realidad está determinada subjetivamente y el comportamiento del niño debe ser comprendido mirando a través de sus ojos (Landreth, 2012).

Otro aspecto interesante es que se considera que la vida es un proceso de cambios constantes que exigen al niño una reorganización interna de pensamientos, sentimientos y actitudes, por tanto las experiencias pasadas no tienen el mismo impacto ni se rememoran con la misma intensidad, éstas pueden ser o no significativas para el niño “actual” y por ello no se atiende con principal interés los sucesos pasados. Tampoco se considera necesario que el niño comprenda los eventos dolorosos que ha vivido, no es la razón o los pensamientos conscientes del niño lo que dirigen su comportamiento, más bien son sus necesidades emocionales lo que determinan sus esfuerzos y su desarrollo continuará de manera positiva cuando él logre restablecer su propio equilibrio (*Ídem*).

Desde este modelo se renuncia a la posibilidad de establecer diagnósticos clínicos, pero se acepta que hay comportamientos desadaptados. La inadaptación o desadaptación ocurre cuando la persona niega experiencias significativas a la consciencia, por lo que no llegan a ser simbolizadas y organizadas en la estructura del *self*. Esta “tensión psicológica” surge cuando el medio en el que crece el niño no sabe aceptar la totalidad de sus emociones y le comunica que algunos aspectos de sí mismo son negativos o reprobatorios, por tanto el niño va formando un valor negativo de sí mismo. Así se considera que los desajustes son resultado de la incongruencia entre lo que el niño experimentó en la realidad y su concepto de sí mismo (West, 2000). Axline

(1975) agrega que entre más lejos se encuentren la conducta y el concepto del *self* mayor será el grado de inadaptación.

Por tanto la noción de “cura” se relaciona con la posibilidad de adaptación del niño, ésta se identificaría porque el individuo ha logrado desarrollar la suficiente confianza en sí mismo como para poder exteriorizar su autoconcepto de manera consciente y con un propósito determinado, además pueda dirigir su conducta por medio de evaluación, selección y aplicación para alcanzar su máxima meta en la vida que es la completa autorrealización (*Ídem*).

Axline (1975) propuso ocho principios que se han establecido como la guía básica de los psicoterapeutas no directivos, estos deben ser ejecutados con constancia, sinceridad e inteligencia. El terapeuta:

- Desarrolla una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
- Acepta al niño tal como es.
- Crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos por completo.
- Está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
- Observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
- No intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.
- No pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual.
- Establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación.

Con base en esta idea positiva del ser humano y su tendencia hacia la autorrealización se establece como objetivo ayudar al niño a: desarrollar un autoconcepto más positivo; asumir su mayor responsabilidad; lograr autodirigirse;

aceptarse a sí mismo; ser autosuficiente; llegar a tomar decisiones autodeterminadas; que experimente la sensación de control; ser más susceptible al proceso de afrontamiento; desarrollar un fuente interna de evaluación, y llegar a confiar más en sí mismo (Landreth, 2012).

Con respecto al aspecto técnico se especifica que la relación terapéutica es un elemento fundamental para el éxito o fracaso de la terapia. El énfasis se coloca en el niño más que: en el problema, el pasado, los pensamientos o los actos, la explicación, la corrección, la instrucción del terapeuta o el conocimiento del terapeuta; éste acepta y refleja los sentimientos expresados de manera verbal y no verbal por el niño, evita hacer preguntas, alienta al niño pero evita los elogios que suponen patrones de evaluación, permite que el niño dirija la sesión y evita dar sugerencias o soluciones (Sweeney y Landreth, citado en Schaefer, 2012)

Así pues desde este modelo se considera que la conducta es un correlato consistente con la idea de *self* que se tenga, éste se modifica con las relaciones cotidianas, por ello la terapia de juego centrada en el cliente pretende establecer una relación de aceptación, interés genuino, confianza y permisividad. La idea es proveer un espacio seguro que permita al niño revisar su concepto de sí para asimilar e incluir experiencias positivas que solían ser inconsistentes con su propio concepto. Cuando el niño logra esta integración de sí mismo puede ser más comprensivo con los otros, mejorar sus relaciones interpersonales y pasa de una motivación externa o una interna.

Entre las discrepancias que se encuentran con otros modelos sobresale la tendencia a no establecer diagnósticos, no acentuar las experiencias pasadas, ni pretender llegar a la cura mediante la razón o el pensamiento. Además se permite que el niño guíe la sesión porque se considera que él tiene su propia capacidad para sobreponerse y crecer a través de los conflictos.

Nuevamente estas diferencias técnicas son sólo reflejo de los supuestos ontológicos y epistemológicos de las que parte este modelo que considera a los humanos como seres racionales, socializados, progresistas y realistas, afirma que tienen un impulso innato hacia el crecimiento y autorrealización (autodirección), y éste

es de un valor inherente, tiene un núcleo interno, positivo y digno de confianza. Es decir consideran que las personas son intrínsecamente buenas y tienen la capacidad de autorrealizarse y superar las etapas de desarrollo de manera natural si tienen un ambiente favorable de aceptación (West, 2000).

4.4 Atando cabos

Existen grandes diferencias técnicas en los distintos modelos revisados anteriormente, los principales debates dentro del movimiento de integración han girado en torno a las similitudes y diferencias sobre los aspectos técnicos, se ha considerado la técnica como algo irreductible y se cree que esos son los principales desencuentros entre los modelos explicativos.

Esas diferencias son múltiples, desde la manera de conceptualizar un caso, la información que se considera importante, la realización de un diagnóstico o la renuncia a hacerlo, la postura ante el establecimiento de metas, los objetivos que persigue el tratamiento, el grado de estructura y dirección que adquieren las sesiones, si se emplea el juego como un medio didáctico, como método curativo o catártico, y las formas específicas de intervención son completamente diferentes entre modelos.

Sin embargo considero que esas diferencias son superficiales, los desencuentros reales son las diferencias en los aspectos ontológicos de sus concepciones del hombre, el aspecto humano que enfatiza cada modelo y la tradición epistémica a la que se adhieren.

Estas discrepancias en la concepción ontológica del hombre son fundamentales porque la idea que sostiene el cognitivo conductual y la noción positiva que afirman los modelos humanistas surgen justamente como una crítica al modelo psicoanalítico, se establece así por un lado la anulación de los aspectos inconscientes del psiquismo humano y por otro lado se cuestionan las pulsiones de muerte dejando únicamente el impulso positivo de desarrollo.

Con respecto a la tradición epistémica a la que se adhiere cada modelo también se observa una incompatibilidad importante ya que cada uno de éstos asume criterios de “verdad” distintos, por lo que a uno le parece una evidencia suficiente por ejemplo un lapsus, desde otro modelo se considera un simple error, quitándole la carga teórica y el significado que eso le agrega a dicho suceso. Por el contrario, la importancia que se le otorga a los pensamientos desde el cognitivo conductual, podría llegar a considerarse superfluo desde el psicoanálisis o incluso irrelevante para los humanistas. Asimismo si se otorga validez a la experiencia subjetiva se considerará que ésta es una parte básica de la veracidad de los hechos y por tanto no se buscarán aspectos objetivos para contrastar la verdad de dicho discurso.

Sin embargo este panorama de la integración teórica conlleva varias interrogantes ya que considero posible afirmar que cada modelo psicoterapéutico contiene cierto grado de verdad, e incluso me atrevería a afirmar que cada uno cumple con cierta efectividad de acuerdo a los objetivos que se propone cumplir, y resulta interesante pensar por qué ocurre esto dentro de una misma disciplina científica.

Pienso que eso ocurre por el complejo objeto de estudio al que nos enfrentamos, parece imprescindible establecer ciertos acuerdos sobre la naturaleza humana, específicamente sobre la noción de persona, porque en ella podrían incluirse desde los aspectos inconscientes, la influencia de los pensamientos y la validez de la vivencia personal. Una vez realizado eso, sería necesario pensar cómo se interrelacionan estos elementos, posteriormente se replantearía la definición de patología, de salud, y con ello los objetivos y métodos de intervención a fin de desarrollar intervenciones consistentes. Además esto posibilitaría el establecimiento de un criterio metodológico común que permitiera establecer contrastaciones y medir la efectividad de las intervenciones que persiguen el mismo objetivo.

Es decir, parece necesaria lo que Thomas Kuhn denominó revolución del paradigma científico, este autor afirmó que la aceptación o rechazo del nuevo paradigma involucra procesos de cambios de compromisos teóricos, ontológicos y metodológicos que modifican los estándares de racionalidad tradicionalmente aceptados. Este cambio no representa un “progreso” científico, porque las teorías del

viejo y el nuevo paradigma son inconmensurables, cada una tiene su propio lenguaje, se enfoca en otros problemas y tiene concepciones distintas del mundo.

El cambio de paradigma científico predominante en la psicoterapia también permitiría replantear qué método sería el adecuado para aproximarnos a nuestro objeto de estudio y cuáles serían los criterios que permitirían distinguir de las prácticas profesionales de aquellas que no lo son.

Finalmente otro requisito para tratar el tema de la integración teórica es la posibilidad de “escuchar al otro desde el otro”, es decir, se necesita comprender qué nos quiere decir desde su propio sistema de creencias, se requiere un esfuerzo para admitir que quizá algo de lo que diga ese otro pueda ser razonable o incluso benéfico, no sólo tomando en cuenta ciertas partes aisladas de su sistema, sino entendiendo que el sentido y la consistencia de sus técnicas se desprende de ese sustento teórico diferente y como modelo de intervención “completo” tiene una perspectiva propia desde la cual aborda los problemas; sin embargo esta tarea compleja rebaza el objetivo de este trabajo.

Capítulo V. El caso de Sandy

A continuación presento el caso de Sandy, una pequeña de 10 años de edad al momento de solicitar la atención psicológica. Este caso tiene como peculiaridad que fue atendido en cámara de Gesell, contó con dos coterapeutas, dos observadoras y una profesora supervisora lo cual enriqueció bastante el análisis de la problemática que presentaba Sandy, por ello agradezco sinceramente el apoyo y la aportación que dio cada una de las integrantes de este equipo de trabajo para la realización del presente análisis.

La presentación de este caso tiene como objetivo apoyar la reflexión sobre los modelos integrativos que se han enunciado en los primeros capítulos de este trabajo, en esta ocasión se pensará sobre algunas de las dificultades técnicas encontradas a lo largo de este proceso y se irán ilustrando algunas de las diferencias teóricas que los distintos modelos sostienen entre sí y tienen repercusiones a nivel técnico en la intervención.

Retomo este caso porque el equipo de trabajo que lo fue revisando estaba compuesto por psicoterapeutas que se habían ido especializando en un modelo en específico y al momento de la reflexión final que ocurría después de cada sesión observé algunas diferencias sobre aspectos técnicos pero también dificultades para comprender el caso desde otras posturas y lograr integrar las distintas explicaciones que es posible darle a ese todo integrado que es y era Sandy.

Me es importante mencionar que el objetivo de este apartado no es evaluar lo adecuado de la intervención de las terapeutas, es decir, no pretendo someter a juicio su trabajo, sino sólo ilustrar algunas de las dificultades que como estudiantes y practicantes de modelos integrativos vamos enfrentando y señalar el vínculo que observo entre esas diferencias técnicas y los postulados teóricos de los distintos modelos.

Presentación de caso

Cuando empecé a escribir este apartado me encontré con la dificultad sobre cómo presentarlo, me di cuenta que los aspectos que se incluyen en la presentación de un caso ya están permeados por cierta inclinación teórico-metodológica, desde cómo se realiza la entrevista inicial, si en ella se incluye o no al niño, qué tipo de preguntas enfatiza, qué tipo de información busca, etc. Isabel Díaz (1998) explica que:

“El narrador se ve obligado siempre a elegir las notas más idóneas a los fines de su propia narración”. Y, *dependiendo* de estos fines, las modalidades de la entrevista y examen del enfermo mental, *variarán*, *dependiendo* de aquello que se considere significativo para su diagnóstico y tratamiento, lo que a su vez se deriva de la orientación teórica del entrevistador. (p. 23).

Sin embargo, estas diferencias en la búsqueda de la información son sólo una parte de las dificultades a las que nos enfrentamos cuando se intenta conceptualizar un caso y más cuando se pretende que este caso pueda ser comprendido desde un enfoque integrativo, pues indagar sobre un tipo de información específica y colocarla dentro de nuestra conceptualización es sólo una parte del proceso terapéutico, falta responder cómo lograremos hacer que esa información sea útil y relevante para nuestra intervención. Es decir, no basta con poder enumerar las distorsiones cognitivas que presente el paciente si no sabemos cómo se trabaja con ellas; no es suficiente poder nombrar un mecanismo de defensa si no sabemos las distintas aproximaciones que se han propuesto para trabajar con ellos, ni es suficiente identificar un bloqueo en el círculo de la experiencia si no sabemos cómo hacer para que éste se desbloquee, etc.

Datos de identificación:

Nombre de la paciente: Sandy

Edad (al inicio del tratamiento): 10 años

Fecha de nacimiento: 7 de septiembre de 2002

Grado escolar: 5° de Primaria.

Nombre del padre: Juan. Ocupación: Empleado de institución educativa

Nombre de la madre: Maya Ocupación: trabajadora de empresa textil

Solicitud de la atención: 2012

Fecha de inicio de tratamiento: 13 de marzo de 2013

Termino de tratamiento: 11 Junio de 2014

Motivo de consulta:

El señor Juan solicitó la atención psicológica para Sandy porque la niña presentaba problemas de enuresis y encopresis secundarias mixtas, al momento de la entrevista inicial ya se habían descartado causas de origen orgánico como infecciones en vías urinarias. La frecuencia con que se presentaban estos episodios variaba de dos a cuatro veces por semana, y el señor Juan consideraba que estos eventos aumentaban de frecuencia cada vez que Sandy veía a su mamá.

El problema se detectó desde los 9 años de edad de Sandy cuando se fue a vivir con su papá a la casa de sus abuelos paternos, sin embargo el señor Juan pensaba que era posible que este problema ya se presentara antes sin que la mamá de Sandy lo hubiera notado. Cuando ocurrían estos episodios el señor pedía a Sandy que se limpiara, a veces se bañaba, otras sólo se lavaba sus genitales, el señor lavaba la ropa interior de la niña y evitaba regañarla.

Además se reportó que Sandy se mostraba triste porque casi no podía ver a sus dos hermanas mayores Alba y Monet.

Cuando se le pidió a Sandy que dibujara su motivo de consulta, ella dibujó tres casas, en una vivía su mamá, en otra su hermana mayor y en la última ella; Sandy hizo una línea para unir las tres casas. Posiblemente Sandy deseaba que su familia nuclear volviera a estar integrada o por lo menos pudiera verlos con más frecuencia.

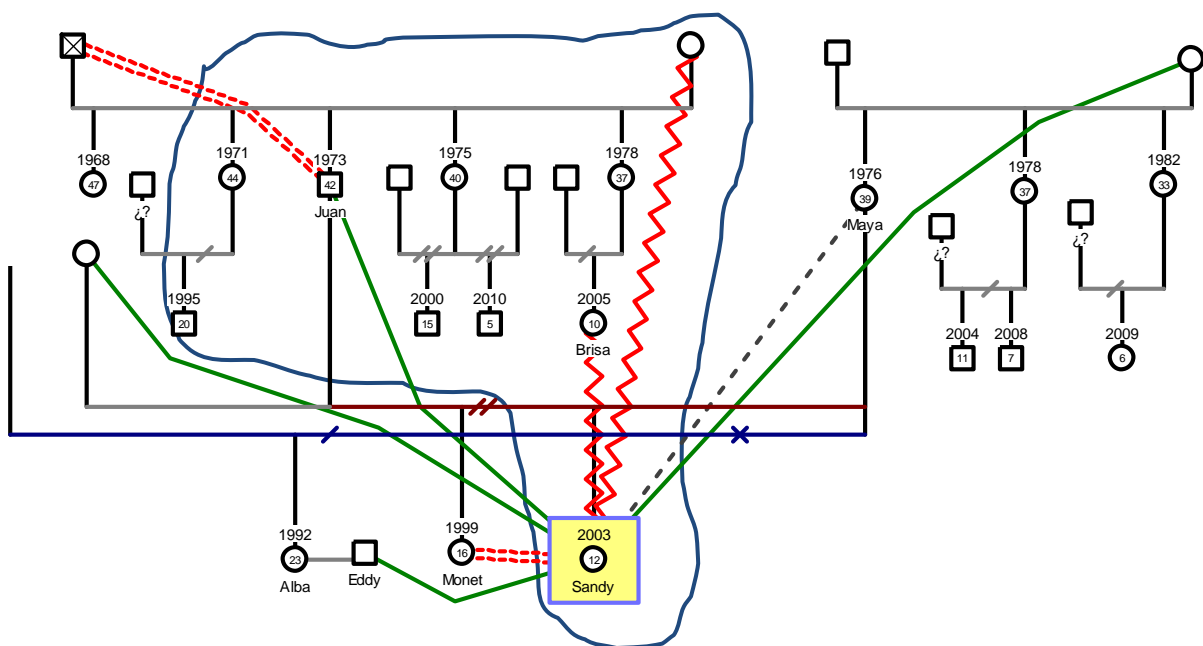
Descripción clínica:

Sandy era una niña de complexión rolliza, tez morena, cabello negro ondulado, su postura corporal era un poco encorvada, su tono de voz bajo, solía mover constantemente sus pies o sus manos o estar peinándose el cabello (aunque en realidad parecía estarse jalando el cabello).

El desempeño académico de Sandy era promedio, no presentaba dificultades conductuales en la escuela y tenía buena capacidad para relacionarse con pares, sin embargo había naturalizado la violencia en sus relaciones y solía desempeñar un rol agresivo frente a los compañeros y una actitud pasiva frente a sus compañeras.

Por su parte el señor Juan era moreno, alto, de complexión robusta, sin embargo a pesar de esta apariencia imponente su tono de voz era muy bajo, apenas audible y con poca claridad en su entonación. Anteriormente había presentado problemas para el control de impulsos agresivos y había tomado un tratamiento breve para poder manejar esta dificultad.

Genograma:



Dinámica familiar

Sandy vivía con su papá en la casa de la abuela paterna, la niña no se llevaba bien con la mayoría de las personas que habitaban la casa; continuamente mencionaba que extrañaba ver a su mamá y a sus hermanas, principalmente a Alba y a su esposo.

Monet, la otra hermana de Sandy tenía 15 años de edad, vivía con la señora Maya y tenía problemas de abuso de bebidas alcohólicas, además tenía conflictos con su papá ya que Monet solía irse de su casa por varios días sin avisar; toda esta problemática continuaba a pesar de que la adolescente ya había estado internada en centros de rehabilitación.

La relación de Sandy con su papá era complicada porque en ocasiones el señor no sabía cómo manejar algunas situaciones con su hija y esperaba que ella resolviera las dificultades. Sandy se sentía autorizada a regañarlo o aconsejarlo cuando él no sabía resolver adecuadamente sus problemas, él parecía ser una figura de autoridad devaluada y no sabía con claridad qué funciones le tocaba realizar como padre soltero.

Sandy hablaba poco de cómo se llevaba con su mamá, se refería a ella en tono de añoranza, le entusiasmaba poder verla. Durante los primeros meses del tratamiento la señora Maya vivía con sus padres y Sandy podía verla ahí los fines de semana, podía quedarse con su mamá el sábado y volver con su papá el domingo, pero después la señora Maya se mudó y Sandy no sabía a dónde ni tenía su número telefónico para contactarla.

La relación entre el señor Juan y la señora Maya se caracterizaba por rencores y enojos no resueltos, evitaban hablar entre ellos y triangulaban sus problemas con Sandy, quien era sancionada si su mamá la regresaba tarde un domingo o en ocasiones se quedaba esperando a la señora Maya y ésta no pasaba a recogerla.

Con sus familiares paternos extensos Sandy mantenía una relación tensa de discusiones frecuentes, estaba particularmente enojada con su abuelita y su prima Brisa. Con su familia materna Sandy se sentía más cómoda, hablaba de ellos con añoranza, se sentía más libre en ese espacio porque podía salir a jugar con sus primos

en la calle y se sentía más aceptada por sus abuelitos pero ahora podía verlos muy pocas veces al mes. Sandy mantenía una relación lejana con su mamá y su hermana Monet, pero mostraba entusiasmo para ir a verlas aunque cuando estaba con ellas éstas le prestaran poca atención. Alba, la hermana mayor fungió el rol de madre sustituta y la relación con Sandy era muy cercana.

Historia familiar

Al escribir este apartado me di cuenta que faltaba bastante información, sin embargo considero que esto no fue casual, muchos de los antecedentes que correspondían a esta sección no se recabaron porque no se consideraban necesarios ni pertinentes para la conceptualización del caso desde el enfoque cognitivo conductual y considero que esta es una de las diferencias “técnicas” que tienen sus raíces en las divergencias teóricas, ya que para conceptualizar los casos desde este modelo lo importante detectar las creencias centrales, las creencias intermedias, las estrategias de afrontamiento, los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas, etc. (Stallard, 2005). Es decir, este modelo enfatiza la manera en que está funcionando la estructura cognitiva y no se enfoca en indagar tantos antecedentes como otros modelos que desprenden sus hipótesis clínicas desde ellos.

El señor Juan describe su relación de pareja con la señora Maya como conflictiva, y cuando él iba a sugerir el divorcio ella se embarazó de Monet; algo parecido ocurrió con el embarazo de Sandy, esto perpetuó más la relación de pareja que finalmente terminó con una demanda que la señora Maya puso por violencia intrafamiliar, el señor Juan estuvo preso sin poder avisar a sus familiares, este hecho es muy relevante porque ocasionó la fractura definitiva de la relación de pareja y el resentimiento en las familias extensas que posteriormente perturbarían el bienestar de Sandy.

Resumen del proceso terapéutico:

Diseño de intervención: Modelo integrativo, cada sesión se dividió en dos tiempos, en la primera parte se trabajaba con el modelo cognitivo conductual y en la segunda se daba tiempo para jugar/platicar, esta parte era trabajada desde el enfoque psicodinámico. Se realizaban sesiones de una hora a la semana.

Sesiones de evaluación: 7

Sesiones de intervención individual: 31

Sesiones de entrevista y seguimiento con el papá: 6

Total de sesiones: 44

Análisis del proceso terapéutico

Para este análisis dividí el proceso terapéutico en cuatro grandes secciones, enfatizo algunas sesiones en las que se pudieron observar momentos relevantes en el proceso de Sandy y por otro lado las discusiones de retroalimentación que se presentaban después de cada sesión.

La solicitud de atención psicológica de Sandy tenía ya un año en la lista de espera del Centro de Atención Psicológica “Dr. Guillermo Dávila”, al observar el motivo de consulta se decidió que la intervención se realizara desde el enfoque cognitivo conductual.

La primera etapa de intervención fue la evaluación, para ello se emplearon las siguientes pruebas psicológicas:

Dibujo de la familia imaginaria (Korbman, 1984)

Test de Apercepción Temática (CAT- A) (Bellak, 1990)

Sesión de juego familiar (Bleichmar, 2007)

Cuestionario del CDI de Beck (Beck, 2008)

Cuestionario de Esquemas maladaptativos tempranos (Pedroza, 2015)

Primera etapa (Sesiones 7 a la 13)

Una vez concluida la evaluación Sandy fue encuadrada en el modelo cognitivo conductual, para ello se le presentó este modelo, lo que implica enseñarle la relación que existe entre la situación, el pensamiento y la emoción. Esto es interesante porque desde estas primeras intervenciones se observa un cambio importante en las formas de intervenir, mientras que en unos modelos se estimularía el juego del niño dándole mayor libertad de elección, en este modelo empieza a moldear su pensamiento y las relaciones que establece con sus emociones. Esto es lo que llamo “configurar al paciente”, es decir, desde el inicio de la intervención se le va mostrando qué puede esperar del tratamiento, cómo será el tipo de trabajo y las formas de relación que tendrá con el terapeuta.

Sanville (2003) afirma que existe el marco total, negociado conjuntamente entre el paciente y el terapeuta, que consiste en las “constantes” que conforman el fondo sobre el cual se desenvuelve la terapia, es decir los acuerdos sobre el tiempo y lugar de las sesiones, la frecuencia, la duración, los honorarios, los medios de pago, las vacaciones, las interrupciones y la confidencialidad. “Incluidos en este marco se hallan la personalidad y el comportamiento del terapeuta, quien se transforma, en varios sentidos, en parte del contexto, el “medio sostenedor” del diálogo, así como en participante de él” (Winnicott, 1986, citado en: Sanville, 2003, p. 133)

Considero que esta primera fase de intervención es fundamental porque la estabilidad y la coherencia del tratamiento pueden ser componentes relevantes de la intervención, particularmente con niños que han tenido relaciones nucleares inestables como Sandy.

En las sesiones siguientes se continuó empleando el modelo de trabajo propuesto por Stark, Boswell, Yancy, Bronik, y Hoke (citado en: Kendall, 2000) para el

trabajo de la depresión, para ello se introduce la identificación de las emociones y de las situaciones que las producen, el monitoreo y la introducción de actividades lúdicas dirigidas. A lo largo de estas sesiones se observó una mejoría notable en la capacidad de Sandy para verbalizar sus emociones, sin embargo en los momentos de discusión posteriores a la sesión algunas de las integrantes del equipo sugerían la necesidad de introducir otras técnicas que permitieran a Sandy retomar la vivencia de dichas emociones, ya que consideraban que los avances que presentaba la paciente estaban parcializados y aún cuando lograba identificar sus emociones, nombrarlas e incluso ubicar ciertas situaciones específicas que las producían parecía que no lograba hacer un contacto pleno de su emoción y más bien sólo aportaba información desde lo intelectual.

Esto es relevante porque muestra pequeñas diferencias en la intervención dependiendo de la manera de comprender el caso, mientras Sandy iba avanzando adecuadamente de acuerdo con los parámetros del modelo cognitivo conductual no estaba logrando objetivos que otros modelos hubieran propuesto, como es el lograr la integración entre esta cognición y su vivencia emocional.

Durante las primeras cinco sesiones de tratamiento un tema constante que colocó Sandy fue el enojo, solía llegar enojada con su prima Brisa, o porque en esa casa o no la dejaban salir a jugar a la calle. La terapeuta A logró establecer una asociación entre el enojo y la somatización que producía a Sandy dolor de cabeza; mientras que la terapeuta B se enfocó en que la paciente identificara ciertas distorsiones cognitivas como la generalización, las formas en que expresaba su enojo y aportó algunas alternativas más adaptativas sobre cómo podría manejarlo.

Durante estas primeras sesiones la relación de alianza terapéutica se incrementó considerablemente, Sandy empezó a hablar más libremente de las cosas que le pasaban en la casa o en la escuela, sin embargo mantenía una actitud de oposicionismo pasivo y competencia con las terapeutas, no hacía las tareas que se le dejaban para casa e intentaba hacer trampa en los juegos de mesa que elegía.

Después de las sesiones se abordaban los motivos posibles sobre el por qué Sandy no estaba mostrando una actitud cooperativa con las actividades que se le ponían en el espacio terapéutico, una de las hipótesis era que Sandy se estaba vinculando de esa manera debido a la transferencia que estableció con las terapeutas, con quienes sí podía expresar algo del enojo y la oposición que sentía hacia su figura materna. Por otro lado se argumentaba que esta actitud era esperada porque era una manera en que los esquemas desadaptados que presentaba Sandy pretendían reafirmarse y mantenerse, algo que es usual en pacientes con depresión.

Estas retroalimentaciones posteriores a las sesiones eran muy interesante porque algo tan sencillo como dejar o no “tareas” para casa implica ya una postura teórica, y dependiendo de qué perspectiva explicativa se adopte será la disposición que se tenga hacia cierta técnica.

Como resultado de estas discusiones las coterapeutas introdujeron técnicas distintas al modelo que estaban llevando hasta entonces. En la sesión doce se marcó la silueta del cuerpo de Sandy en un pliego de papel craft, sobre este dibujo Sandy fue identificando con colores en qué parte de su cuerpo sentía cada una de sus emociones. En la siguiente sesión se hizo un ejercicio de imaginación en el que Sandy pudo visualizar un castillo con distintas puertas correspondientes a sus principales emociones, cuando Sandy “abría” cada una de esas puertas podía ver una imagen que generaba esa emoción. Además se continuaba trabajando sobre el tema del enojo y los mecanismos de afrontamiento que la niña empleaba para manejarlo, por ejemplo encerrarse en su cuarto a escuchar música a alto volumen o meterse en el ropero a gritar entre su ropa; un aspecto interesante es que ella no veía la necesidad de cambiar estas estrategias y eso complicaba la adopción de alternativas más asertivas.

Estos intentos de integración pretendían apegarse a la propuesta prescriptiva de Schaefer (2011), sin embargo carecían de un elemento importante para dicho modelo, no se basaban en una evaluación comprensiva que pudiera integrar de manera coordinada los diversos aspectos que requerían ser trabajados con la paciente, y por ello en lugar de resultar “un traje a la medida”, se estaba confeccionando un traje sin un diseño previo de elaboración.

Segunda etapa (De la sesión 14 a la 23):

Para la sesión catorce se trabajó con el cuento “La tristeza y la furia” de Jorge Bucay (1997), esto debido a que se había identificado que Sandy confundía o superponía estas dos emociones, en esta ocasión ella pudo verbalizar que se sentía triste porque pensaba que no la querían, explícitamente dijo: “Me siento como un estorbo en la casa, como si no existiera”. Esto fue muy interesante porque desde el modelo cognitivo conductual se consideró que Sandy habló directamente desde sus creencias centrales (indefensión e incapacidad para ser amado), dichas creencias son el núcleo que sostiene y da lógica a las distorsiones cognitivas, es decir, son la base de los aspectos patológicos que está presentando el paciente. Sin embargo desde los modelos humanistas se podría considerar que Sandy logró identificar la vivencia que estaba teniendo en su casa, como si no perteneciera a ese lugar, como si los adultos que la rodeaban no pudieran ver y/o atender a sus necesidades.

Personalmente podía observar aspectos depresivos en Sandy, su baja autoestima y su molestia por estar en una casa que no le agradaba, sin embargo, había algo de “verdad” en su discurso, es decir, parecía que no todo era una distorsión o una interpretación equivocada de su realidad. En esa casa el señor Juan (papá de Sandy) tenía un rol de sumisión y servicio con respecto a los demás habitantes, los cuales extendían esta forma de vínculo hacia la niña. Las funciones paternas no se estaban cumpliendo cabalmente, la madre estaba ausente y el padre tenía buena disposición pero fallaba en los aspectos prácticos para brindar seguridad, afecto, contención (Bleichmar, 2007) etc. Por estas fechas fue el cumpleaños de Sandy, su mamá la invitó a comer comida china el fin de semana, pero en casa de su familia paterna no recordaron su cumpleaños y festejaron el de su primo que también cumplía por esas fechas.

Con respecto a la intervención la terapeuta B intentaba trabajar sobre los mecanismos de afrontamiento que Sandy podía emplear para sobrellevar estas emociones, identificar qué la hacía sentir mejor, los lugares donde Sandy sí sentía que existía (en la escuela, con su mamá y en su espacio terapéutico), y los tiempos en los que lograba sentirse mejor.

En sesiones posteriores se empezó a trabajar el manejo del enojo a través de un teatro de títeres y un emocionometro, la niña hablaba sobre cómo le iba en la escuela, sobre sus amigos y su relación con su papá, a quien evitaba pero “a él sí le podía dar órdenes porque sí le tenía confianza”. Curiosamente también comentaba que en la familia paterna todos daban órdenes, frente a ellos, ella sólo se quedaba callada. Al parecer Sandy sin darse cuenta estaba repitiendo la pauta de relación que tanto criticaba y que tanto padecía; Sandy empleaba la identificación con el agresor como mecanismo defensivo que nunca se hizo consciente.

Sesión 17

Septiembre de 2013

Sandy vestía mallones, playera azul y tenis blancos; llegó muy temprano, venía acompañada de su abuelita. Inició platicando que no le gustaba que la trajera su primo, porque se sentía incómoda, no le gustaba estar con él.

Platicó que ayer se sintió incómoda porque a ella no la dejaban hablar por teléfono con su mamá por mucho tiempo y Brisa sí podía platicar con sus amigos de esa manera. Para sobrellevar esta situación Sandy había buscado otras estrategias como decirle a su mamá que fuera directo al grano cuando le llamaba o pedirle que le llamara después; otra forma de resolver esta situación era comunicarse con ella por facebook o por su celular.

La terapeuta B hizo el señalamiento de que Sandy se fija más en los aspectos negativos que en los positivos, ubicando una distorsión de pensamiento: Filtro mental. Se explicó que esos lentes le impiden ver los aspectos positivos de las situaciones y sólo le dejan observar las fallas o las cosas negativas. Se explicó que Sandy ni siquiera pudo disfrutar del hecho de que su mamá hubiera llamado, sino que se enfocó en las restricciones que sus familiares paternos le habían impuesto. Por primera vez Sandy aceptó que quería cambiar “esos lentes”.

Eligió jugar con los títeres a Caperucita Roja, preparó el escenario, escogió a sus personajes, y decidió presentar ella sola el cuento mientras las terapeutas observaban.

Personajes del cuento y su representación:

Mamá de caperuza:	Puerquito
Caperucita:	Caballo
Lobo:	León
Abuelita:	Jirafa
Cazador:	Dinosaurio verde.

Sandy pudo jugar con las voces de los personajes, contó la historia del cuento que se conoce popularmente, pero cambió el final, cuando el cazador encontró al lobo, éste intentó escudarse diciendo que estaba jugando con la niña, pero ella insiste afirmando que se la quería comer. Al final la mamá y Caperucita se abrazaron, el cazador se encargó de poner las reglas: si el lobo se volvía a portar mal se iría a la cárcel.

Sandy dijo que el lobo había cometido ciertas injusticias: se quería comer a todos, robaba mucha comida. El lobo no siempre era tan malo, tenía su corazoncito, se sentía triste porque su mamá lo abandonó cuando estaba muy muy chiquito.

La terapeuta A hizo el señalamiento de que en realidad el lobo no era tan malo como parecía en el cuento y propuso hacer otra historia, ahora contada desde la vida del lobo.

Personajes del cuento y su representación:

Lobo chiquito:	León
Mamá:	Otro león

Sandy fue creando la siguiente historia: Todo inició cuando la mamá del lobo abandonó a sus hijos, luego regresó pero se los comió a todos menos al lobito (el protagonista). La mamá se quería comer al lobito, el lobito escapó. La mamá lo estuvo

buscando “lobito, ven aquí”. Después salió el cazador y corrió a la mamá loba, ella se cayó y se murió, se la llevaron al cementerio de animales.

El lobo buscó a la mamá, la encontró muerta, empezó a llorar “noooo”, estuvo un día con ella muerta, ella había muerto hace dos días. El cazador le dijo que no podía estar ahí. El lobo decidió ir a comerse a todas las personas, se comió a tres personas, luego empezó a robar. El cazador lo encontró y lo amenazó: “Si haces más travesuras te irás a la cárcel”. Entonces el lobo se fue y encontró a Caperucita, la mandó por otro camino más largo, él se fue con la abuela, la encerró y cuando llegó Caperucita otra vez se la quería comer. El cazador llegó y le recordó la advertencia que ya le había dado, por tanto se lo llevó a la cárcel (se cayó).

La terapeuta A hizo el señalamiento de que el lobo estaba muy enojado por todo lo que le había pasado en su vida. Sandy respondió que a pesar de todo lo que la mamá le había hecho, el lobo la quería porque era a su mamá. Si quieres mucho a una persona le perdonas todo lo que haga.

La terapeuta A retoma el tema y comenta que aún cuando el lobo haya perdonado a su mamá seguía enojado. Pasó de estar muy triste porque se había muerto a su mamá, a estar muy enojado porque no lo dejaron estar con ella. Señaló que las dos emociones estaban combinadas. La terapeuta A preguntó a Sandy qué le diría a ese lobo para que su corazón de pollo sea más grande y más bueno. La niña aconsejó al lobo para que ya no fuera tan rencoroso, que no fuera malo, que no hiciera lo que le hicieron a él.

La terapeuta A volvió a señalar que ahora el lobo estaba encerrado, enojado y triste. Sandy aconsejó al lobo que estuviera alegre porque no estaba muerto, estaba vivo, existía y cuando saliera de esa cárcel iría a visitar a su mamá al panteón. Mientras estaba encerrado le sugería tener amigos, portarse bien para que se le hiciera más corta su condena y que no se metiera en más problemas.

El lobo tenía una rutina diaria: Tenía que levantarse a asear la cama, lavar su lugar y comportarse bien para que no le den más años de condena. Sandy comentó que estaba bien que le pidieran ciertas cosas porque él podía reflexionar sobre lo que

hacía. La terapeuta B aporta que algunas reglas de limpieza son positivas porque nos permiten vivir más cómodos, además ayudó a Sandy a diferenciar entre deberes y castigos. Sandy comentó que una regla sería que si todos ensucian, todos debían limpiar, pero algunos no apoyaban en eso. Después asoció dos casos de personas que habían estado en la cárcel: su tío siendo inocente y un amigo de su hermana que sí era culpable pero lo dejaron salir; en ambos casos se trabajó la sensación de injusticia, Sandy sólo dijo que eso se sentía “normal”.

La terapeuta B preguntó a Sandy si el lobo podía expresar su enojo de otra manera, la niña respondió que podía pegarle a la pared, ante la sorpresa de las terapeutas ella explicó que primero ponía una almohada y luego podía pegar sobre eso. Cuando las terapeutas la confrontaron diciendo que de esa manera podía ponerse en riesgo y podría llegar a lastimarse, Sandy dijo que no, porque ella practicó karate y no le duele tanto.

La terapeuta B retomó el tema del enojo, preguntó cómo se siente el lobo cuando empieza a enojarse, Sandy explica que él no se da cuenta cuando se empieza a enojar porque su carácter es así, siempre está enojado.

Durante el análisis grupal de la sesión se comentó que Sandy percibía la lejanía de su mamá como un abandono, estaba enojada con ella pero no podía admitir conscientemente esta molestia, sólo lograba expresarla a través del juego simbólico y no aceptaba las interpretaciones sobre esa emoción. La figura del padre se presenta como el hombre que impone la ley, representa la renuncia a su mamá, por ello estaba viviendo la casa de su abuelita paterna como una cárcel, como un castigo.

Se afirmó que Sandy mostraba un tipo de pensamiento funcional, concreto, que no le estaba permitiendo darse cuenta de que las metáforas que estaba empleando tenían algo que ver con ella y su vida. Así que se sugirió adaptar las técnicas a este tipo de pensamiento sin apelar a tantas abstracciones.

El final de ambas historias termina con el reencuentro con la mamá, esta figura materna es polémica porque Sandy ubica su aspecto violento y hostil (la señora Maya llevó a Sandy a casa de su papá porque ya no podía cuidarla), sin embargo la niña aún quiere a su mamá y está dispuesta a resistir algunos malos trato a cambio de su cercanía. De esta manera la figura del padre (el cazador) también queda escindida, por un lado es el hombre que la protege, la rescata y la cuida, pero además le toca a él imponer la ley y las restricciones con respecto a la cercanía con su mamá, quizá por ello la relación de Sandy con su papá era tan complicada.

Finalmente suponiendo que Sandy se identificara con el personaje del lobo, éste es descrito como “malo”, es alguien que roba comida y se come a los otros, alguien que está enojado, resentido y debe ser castigado. Esto es interesante porque Sandy aún no daba cabida a sus propias necesidades, el buscar afecto y/o alimento no la hacen una persona mala, la cuestión es por qué Sandy sentía que lo estaba robando y no pensaba que merecía tener lo indispensable para subsistir. Creo que en esta historia inventada es posible encontrar rasgos de ese esquema de pensamiento que subyacía en Sandy, el esquema de incapacidad para ser amado. Sin embargo, la dificultad que se tenía en la discusión grupal es que el modelo cognitivo conductual intenta apearse a la veracidad de los hechos y a la argumentación lógica del pensamiento, por tanto no se otorga un papel relevante a los productos de la imaginación o la fantasía, en todo caso, se indaga en ellos las distorsiones cognitivas que puedan presentar.

Durante la siguientes sesiones de esta etapa se trabajó sobre las distorsiones cognitivas, se le enseñó un video a Sandy sobre qué son las “trampas mentales”, cuáles son, y cómo funciona cada una. Se le propuso ser como un cazador de pensamientos automáticos para estar alerta cuando uno aparezca; se estableció la imagen de un corazón como guía para que informara a Sandy cómo se siente y se le explicó que es válido sentir todas las emociones.

Además se introdujo la idea de convertir los pensamientos automáticos en pensamientos “oruga”, es decir, se empezó a trabajar con formas de transformar los pensamientos desadaptados en positivos.

Durante estas sesiones Sandy parece haber disminuido sus síntomas depresivos, sin embargo, en el análisis grupal posterior a las sesiones se continuaba insistiendo en la necesidad de permitir más el juego libre, la plática sin objetivos específicos o incluso de prescindir del juego psicoeducativo. Esto era interesante porque a pesar de que la paciente estaba mostrando mejorías en sus síntomas, varias integrantes del equipo consideraban que hacía falta otro tipo de intervención y apostaban más al juego libre, sin embargo como se mencionó en los capítulos previos el juego es sólo un instrumento técnico de la psicoterapia infantil pero no todos los enfoques explicativos ven en él una utilidad *per se* en su uso.

En la entrevista de seguimiento con el señor Juan, éste informó que estaba acudiendo al taller de “Escuela para padres”, iba junto con la mamá de Sandy a pesar de lo complicado de su relación. Además comentó que la enuresis había disminuido su frecuencia a una vez cada quince días. Las terapeutas hablaron sobre la importancia de separar los conflictos de pareja de las funciones parentales, porque esto ponía a Sandy en un conflicto de lealtades entre ambos padres. Se le explicaron al señor los principios básicos del modelo cognitivo conductual, la relación entre pensamientos y emociones, y el concepto de pensamientos automáticos.

Asimismo se realizó una sesión conjunta con el señor Juan y Sandy, se les explicó la relación que establece el modelo cognitivo conductual entre la situación, el pensamiento y la conducta, el funcionamiento de los pensamientos automáticos y la necesidad de validar los pensamientos, es decir, de buscar evidencias “objetivas” para confirmarlos o no. Se identificaron los pensamientos automáticos de catastrofización y de “debo o tengo”, en el discurso del señor Juan.

En la sesión veintidós las terapeutas dieron a Sandy una retroalimentación de sus avances, ella los descalificó o los minimizó, se le señaló que nuevamente estaba empleando el filtro mental que no le permitía observar lo positivo. Al finalizar la sesión se discutió nuevamente la pertinencia de continuar empleando el modelo cognitivo conductual ya que Sandy no lo estaba entendiendo, parecía confundida porque no había aprendido los preceptos mínimos necesarios para trabajar con el modelo y más bien parecía interesada en platicar sobre las cosas que le pasan en la escuela.

Esta sesión fue muy interesante porque permite cuestionar cómo integrar la demanda del paciente (en este caso ser escuchada) con el modelo teórico- técnico. Se podría afirmar que esta dificultad ocurrió porque el enfoque cognitivo es estructurado y se apega a modelos específicos de trabajo, sin embargo considero que esta dificultad es posible extenderla a otros pacientes tratados con desde otros enfoques, porque las necesidades que observamos en ellos están permeadas por la visión teórica que tenemos y posiblemente “descuidemos” (sin pretenderlo) algunos de sus requerimientos que no hayamos detectado.

Al finalizar esta segunda etapa de tratamiento se acordó continuar con el enfoque terapéutico unos meses más y después hacer un análisis del proceso para evaluar la pertinencia de cambiarlo o no, de redefinir los objetivos y los núcleos terapéuticos.

Tercera etapa (De la sesión 24 a la 32)

En esta fase Sandy inició hablando sobre su mamá, logró por primera vez aceptar la tristeza, ubicó que cuando llegó al tratamiento esa emoción era de un grado nueve y ahora estaba en un cuatro. Continuó hablando sobre el enojo, Sandy confundía el poder defenderse con ser violenta, específicamente con sus compañeros de escuela.

En esta etapa la enuresis (diurna y nocturna) aumentó su frecuencia. Monet se había ido de la casa de su mamá varios días y se aproximaban las vacaciones. Se sugirió escoger una libreta para anotar las actividades agradables que realizaran en las vacaciones de diciembre.

El regreso al tratamiento se retrasó varias semanas porque Sandy se enfermó de varicela, sin embargo cuando volvió habló sobre las cosas que hizo en las vacaciones y cómo pasó el periodo de enfermedad. La terapeuta A propuso realizar una actividad que le permitiera a Sandy identificar situaciones que le molestaran, la emoción que le producía y formas adecuadas para enfrentar dichas emociones, el principal tema que se

trabajó con esta actividad fue la rivalidad fraterna que Sandy sentía por su prima Brisa, quien en la familia era consentida, se le dispensaba de los deberes del hogar, se le permitía llorar y pedir lo que necesitaba. Lo interesante de esta sesión es que Sandy logró expresar que su vida había sido dura, comentó que su prima no tenía a su papá pero sí sabía dónde estaba, pero ella sí tenía a su mamá y no sabía ni dónde estaba; además mencionó que Brisa era hija única y ella había tenido que crecer con tres primos más sus dos hermanas.

Fue la primera vez que Sandy habló de la ausencia de su mamá y su impotencia por no poder verla. Se empezaron a observar los bloqueos que Sandy tuvo que hacer para adaptarse a este medio competitivo, dejó de pedir lo que necesitaba, empezó a mostrarse fuerte, a ocultar sus dolores, sus temores, a mostrarse como una niña mayor que comprendía la situación, sin embargo al parecer eso no le bastaba esa comprensión para lograr una vivencia más fácil.

Las siguientes sesiones fueron de gran avance para Sandy, empezó a hablar sobre la feminidad y aspectos relacionados a su figura materna, la paciente afirmaba sentirse juzgada por sus gustos y sus formas “toscas” de ser o de jugar, parecidas a las que emplearía un niño; las terapeutas intentaron ampliar las concepciones sobre el género femenino, se introdujo la posibilidad de ser fuertes, “rudas”, e incluso de cuestionar algunas formas estereotipadas de vestir y aún así ser femeninas. Además se trató el tema del conflicto de lealtades que Sandy sentía por las dificultades que había entre sus papás.

Hacia el final de esta etapa el señor Juan empezó a comprender que sus deseos y emociones podían ser distintos a los de Sandy, ella accedió a salir a pasear con su familia paterna, y logró disfrutar el tiempo con ellos. Se habló sobre el desarrollo sexual de la paciente para dar orientación al padre sobre cómo manejar este aspecto y se le sugirió que él entrara a un proceso psicoterapéutico.

Cuando Sandy volvió de sus vacaciones comentó “casi vivo sola, mis hermanas no están, mamá sólo está el sábado o el domingo y papá trabaja todo el tiempo”, sin embargo logró recordar aspectos positivos de su familia nuclear, su relación con sus

hermanas caracterizada por peleas y cuidados mutuos, aceptó que le gustaba cocinar y que reconoció que Alba la había cuidado como una madre.

Sesión 27:

Cuando inició el tiempo de trabajo Sandy mencionó que había olvidado el cuaderno que ocupaba para registrar cosas que le gustaba, los boletos del viaje de sus vacaciones se los quedó su abuelita y ella no sacó fotos, así que no tenía evidencias para el cuaderno. Además perdió la pulsera que había hecho la sesión pasada, sin embargo aportó que le había sido de mucha utilidad porque le ayudó a calmarse hasta que ya no la necesitaba para recordar las estrategias que podía ocupar.

Después Sandy empezó a hablar sobre juegos que podía jugar con sus primos y los vecinos que tenía en la casa de los abuelos maternos, esta posibilidad de tener una red de amigos fuera del ámbito escolar también se perdió cuando se mudó con su papá.

Sandy comentó que su mamá ya no vivía con sus abuelitos, se fue a rentar en un departamento y cuando había llamado a Sandy no la ha encontrado; la niña no tenía su número ni forma de comunicarse con la señora. Sandy no podía contactar con sus emociones de dolor, tristeza o enojo hacia su mamá, esto es algo que se presentaba desde el inicio del tratamiento sin embargo ahora ya podía hablar de las situaciones que habían producido estas emociones, aunque seguía sin poder expresarlas “congruentemente”.

Posteriormente Sandy aceptó que fue difícil separarse de su mamá, dijo sentirse entre la espada y la pared cuando sus papás se peleaban, incluso afirmó que algunos días no quería ver a su mamá. En esta sesión Sandy logró narrar la escena de cuando su mamá denunció a su papá y éste fue encarcelado.

Además comentó que había soñado con su mamá y sintió muy feo, como si algo se le clavara lentamente en el pecho; no recordó el sueño. Al otro día la llamó y su mamá le dijo que ella iba a hacer la primera en enterarse si algo malo le pasaba. Pero

Sandy explicó que su mamá enfermó la semana pasada y la primera en enterarse fue su hermana Alba. Cuando se señaló que Sandy podía sentirse en un conflicto de lealtades entre su mamá y su papá, ella afirmó que no es así pues su papá sabe que ella quiere mucho a su mamá y que nadie va a ocupar su lugar, además aportó que ella no permite a su papá que hable mal de la señora Maya, pero su abuelita sí habla mal de ella y del papá de Brisa.

La terapeuta A señaló que Sandy siempre tenía que defender a su mamá y no se había permitido sentir el enojo hacia ella. Sandy evadió el señalamiento, y comentó que ella sabe que su mamá ha cometido errores pero que ella la quiere a pesar de todo, “Es que es mi mamá y la voy a querer siempre”. Afirmó que a veces se ponía a pensar cosas, como por qué se divorciaron sus papás, otras veces se ponía a llorar, pero Dios hizo por algo las cosas. A ella le gustaría volver las cosas atrás para que se pudiera solucionar todo pero ya no se puede. En esta parte Sandy repitió su discurso, estaba preocupada porque las terapeutas comprendieran lo que ella decía porque nadie la entendía.

Habló sobre cómo fue su infancia: creció con su hermana Alba y con su novio Eddy, a él lo ve como si fuera su papá. Identificó algunas cosas buenas que el señor Juan había hecho por ella o por sus hermanas, se esforzaba por contener su llanto.

Empezó a hablar sobre una tía que la había cuidado mucho, bajó mucho su voz, no se escuchó lo que dijo, cambió notoriamente en su postura corporal, se encorvó y bajó la mirada, parecía estar en un proceso de libre asociación.

La terapeuta A hizo el señalamiento de que Sandy defendía a muchas personas, pero aún no decía quién la defendía a ella, agregó que ella podía defenderse a sí misma. La paciente asoció esto con una escena en la que tuvo que defenderse.

Después de esto logró expresar que no quería parecerse a Brisa, porque ella es caprichosa, Sandy no tenía ganas de hacer berrinches, pero a veces sí tenía ganas de llorar, aceptó que contenía mucho sus sentimientos porque no sabía cómo expresarlos pero se escapaban con dolores en el estómago, con diarrea o dolores de cabeza. Ya no sabía qué hacer en su casa, a veces se ponía a destrozarse una hoja pero eso no era

suficiente, aún cuando le pegaba a la almohada, o se encerraba en el closet. Identificó que platicar le ha ayudado mucho pero en su casa no tiene con quien hacerlo, en la escuela también se siente ligera porque tiene a sus amigas.

En el análisis que siguió a esta sesión Sandy nos dejó pensando cómo aportarle formas de expresión emocional asertivas pero además nos dio un panorama general sobre su vivencia y sus dolores. Al parecer la paciente empezaba a reconocer pero también a dejarse experimentar sus emociones de manera congruente, se estaba integrando a sí misma y también a sus figuras parentales; aún así se sentía sola e incomprendida, se mostraba como una preadolescente. Por otro lado quedaron de lado las cuestiones técnicas del modelo cognitivo, no se profundizó sobre la relación entre la situación, el pensamiento, la emoción y la conducta; tampoco se indagó sobre pensamientos automáticos o formas de afrontamiento, es decir, a pesar de que la paciente parecía estar “avanzando” desde cierta perspectiva, no necesariamente estaba cubriendo los objetivos que se establecerían desde otro modelo.

Cuarta etapa (De la sesión 33 a la 39)

Desde el inicio de esta etapa ya se sentía la despedida, Sandy empezó a hablar sobre su examen para ingresar a la secundaria, en este momento ella estaba preparando una poesía y un baile para presentarlo el día de las madres, esto dio pauta para que hablara nuevamente sobre su mamá: “mi mamá llegó con mi papá sin saber cocinar, sólo hacía sopa. Llegaba tarde a las juntas, nunca me ayudó en la tarea, nunca me dijo nada de las calificaciones. Mi mamá nunca ha estado, siempre se iba a trabajar aunque mi papá le daba todo”.

También habló sobre la relación que su papá ha establecido con sus hijas: “la palabra mágica para mi papá es abandono”, el señor se sentía abandonado por Monet porque había decidido vivir con su mamá, y estaba enojado con Alba. Sandy logró verbalizar que le gustaría vivir con su mamá sin embargo sabía que estaría mucho más

sola porque la señora Maya trabajaba todo el día. Reconoció además que el señor Juan a pesar de sus errores fue quien cuidó de las niñas, les daba de comer, las vestía, incluso les compraba accesorios para que se peinaran. Esto representó un gran avance porque Sandy parecía comprender las razones que subyacían a su situación actual, lo cual le permitía relacionarse de otra manera con sus figuras parentales y consigo misma.

Sandy verbalizó su enojo con su hermana Monet porque en la familia le toleraban muchas cosas: su afición al alcohol y que se fuera con sus amigos, además no tenía obligaciones en casa y aún así se preocupaban por ella, aceptó que Monet era impulsiva e irresponsable, esto dio la pauta para hablar sobre las formas de afrontamiento que Sandy podía emplear, parecía que la paciente admiraba la manera de ser de su hermana Monet y esto se consideraba una situación de riesgo.

La terapeuta A afirmó que existen varias maneras de ser mamá y aunque para la señora Maya la maternidad le resultó algo complejo, Sandy contó con otras personas como su hermana Alba y su abuelita materna que cuidaron de ella. Además se introdujo la idea de que la niña podía cuidar de sí misma, y que no era necesario que defendiera a otras personas para ser apreciada o ser valiosa dentro de la familia. Sandy cambió completamente su expresión corporal y facial, su tono de voz aumentó y sonrió, recordó que su abuelita materna la dejó cocinar con ella y a eso le gustaba mucho.

Para las últimas sesiones Sandy empezó a hablar más sobre las situaciones que pasaban en la escuela y su relación con sus amigos, ella se relacionaba de manera sumisa con su mejor amiga con quien constantemente tenía desencuentros por otro niño. Otro aspecto importante es que Sandy empezó a encontrarse a su mamá de camino a la sesión, la señora salía del trabajo a esa hora y casualmente se topaba con la niña unos minutos en los que podían platicar.

Para la penúltima sesión Sandy expuso el hecho de que se estaba cortando el antebrazo izquierdo desde dos semanas atrás, explicó que había empezado a hacerlo porque el niño que le gustaba había empezado a ser novio de otra chica, además él también se cortaba igual que varios compañeros del salón. Sandy no comprendía por

qué lo hacían ellos, logró enumerar varias razones por las que consideraba que la vida de sus compañeros eran “buenas”: tenían a su familia reunida, tenían amigos, vivían con sus hermanos, los dejaban salir.

El señor Juan vio las heridas de Sandy pero no le dio importancia hasta que su novia le comentó lo que estaba ocurriendo con Sandy, ella agregó que además de respeto le tiene miedo a su papá porque vio cómo golpeó a su hermana Monet, afirmó que se cortaba porque no estaba con sus hermanas, no estaba con sus papás, se sentía sola y porque el niño que le gustaba salía con alguien más. Además recordó que en la casa de la abuelita paterna la tratan mal, “parezco pulpo, me mandan a muchas cosas o me regañan. Mi solución fue esa, dejé de sentir el vacío que sentía”.

Además reconoció que se cortó para llamar la atención de su papá, de Ana, de su mamá. Volvió a retomar la diferencia entre el trato que recibía Monet: “ella lo tiene todo, la atención de mamá, de papá, de los abuelos, de las tías. Además respetan su opinión”. La terapeuta A preguntó si había alguna manera de obtener la atención de los familiares sin ponerse en riesgo, Sandy no logró identificar ninguna alternativa, sólo comentó que Monet había regresado a la casa de sus abuelitos y no estaba embarazada como habían sospechado.

Después de esta sesión el equipo terapéutico debatió, una parte del grupo consideraba que Sandy no estaba lista para ser dada de alta, porque aún no lograba ubicar aspectos positivos de su vida, seguía centrada en lo que tenían los demás, y se consideró de mucho riesgo que Sandy siguiera identificando las conductas de Monet como efectivas y “positivas” ya que aún no lograba distinguir los criterios morales y de autocuidado básicos. Otra parte del equipo consideró que Sandy anteriormente ya había mostrado avances significativos y posiblemente empezó a cortarse como una manera de mantener la atención de las terapeutas y prolongar el tratamiento, por lo que continuar con el tratamiento en estas condiciones implicaba reafirmar que esas “estrategias” eran efectivas y ponía a Sandy en mayor riesgo de seguirlas empleando. Finalmente se resolvió continuar con el cierre del proceso terapéutico pero con la sugerencia de que continuara su tratamiento de manera individual. Para el cierre se emplearon metáforas que le permitieron a Sandy formarse otra imagen de sí misma

para el futuro cercano, además de puntualizar los recursos que ella tiene para cuidarse a sí misma.

En la entrevista de cierre el señor Juan se mostró inicialmente enojado porque esperaba que si Sandy estaba asistiendo a terapia pudiera expresar sus emociones de otra manera en lugar de cortarse, indagando un poco más aceptó que en realidad sentía miedo porque Sandy llegara a parecerse mucho a Monet e imitara sus conductas, lo que más lo asustaba es que se fuera de su lado igual que las hijas mayores. Afirmó que estaba intentando pasar más tiempo con Sandy e incluso planeaba enseñarle a cocinar y cantar durante las vacaciones. Las terapeutas explicaron la importancia de valorar los aspectos positivos de Sandy y no centrarse sólo en las cosas “problemáticas”. Fue una despedida muy emotiva.

La última sesión se festejó con pastel de chocolate y refresco, Sandy logró verbalizar que no quería terminar su tratamiento, las terapeutas le comentaron sus fortalezas, el desarrollo que habían visto en ella y la posibilidad de cuidar de sí misma. Sandy continuaba quitando el mérito a sus esfuerzos, además desvió el tema hacia su examen para ingresar en la secundaria, habló sobre la ambivalencia de querer salir de la primaria y a la vez querer permanecer ahí. La terapeuta A estableció una asociación de esa emoción ambivalente en la despedida de este espacio terapéutico. Sandy no pudo verbalizar que extrañaría a las terapeutas pero dijo que extrañaría a sus compañeros de primaria. Además comentó que pidió una patineta a su mamá y ella contestó que después se la compraría, pero la niña estaba contenta porque su mamá sí le cumplía las promesas que le hacía aunque tardara un tiempo en hacerlo.

Las terapeutas comentaron que Sandy ahora podía diferenciar entre lo que ella deseaba, de lo que querían los demás (papás, hermanos, tíos, amigos, etc.). La paciente planteó su problema sobre cómo se iría a la secundaria, las terapeutas ayudaron a identificar opciones de transporte, o recursos en la familia que podrían auxiliarla.

Concluyendo ciclos

Como se mencionó al inicio de este capítulo, la idea de este ejercicio no era evaluar la efectividad o la supremacía de los modelos terapéuticos, sino evidenciar las dificultades que se encuentran cuando se intentan formas de integración sin un marco teórico común. Como se pudo observar en varias sesiones la paciente expresó mucho material simbólico en el cuál podía expresar sus emociones y representar las situaciones familiares que intentaba entender, sin embargo, algunos de esos aspectos simbólicos no lograron trabajarse a cabalidad debido al cruce de enfoques teóricos y las maneras de comprender el caso que se estaban empleando.

Personalmente considero muy valiosa esta experiencia, no sólo por permitirme aprender al observar a dos compañeras competentes, sino además porque la diversidad del equipo me permitía escuchar diversas posturas y reflexionar sobre la posibilidad de compaginar todas esas visiones en una sola propuesta teórica. Finalmente la paciente que todas observábamos era la misma y al parecer todas teníamos la disposición de apoyarla, sólo que los aspectos que requerían ser atendidos eran distintos desde las diferentes visiones que confluían en ese espacio.

Además considero que existieron algunas fallas en nuestra labor como equipo, porque aún cuando hubo bastante apertura al diálogo, se ensayó la tolerancia y el respeto de una manera laudable, lo cierto es que no lográbamos comprender la opinión de las demás, es decir, nunca logramos ver a nuestra paciente “con los mismos ojos”, ni logramos establecer puentes que permitieran “traducir” o compaginar las observaciones y los métodos para apoyar a esta niña. Posiblemente esto ocurrió porque como se mencionaba en el capítulo uno en la mayoría de los casos los psicoterapeutas son capaces de proponer estrategias de tratamiento desde uno o dos sistemas teóricos pero su pensamiento no fluye libremente con otras aproximaciones. Otro de los aspectos que posiblemente influyeron fue la inexperiencia de la mayoría de las integrantes del equipo, ya que esto pudo haber ocasionado que nos aferráramos más a un solo modelo explicativo a fin de sentir que teníamos algunas certezas, en lugar de quedarnos sólo con la incertidumbre que puede provocar dar cabida a todas las voces.

La “apuesta” por la modificación de las emociones al lograr cambiar el pensamiento implica bastantes supuestos ontológicos y epistémicos subyacentes, por ejemplo apelar a la preponderancia de la conciencia sobre las demás funciones psicológicas, es decir, suponer que a partir de ir modificando las formas de pensamiento irá cambiando la vivencia de las situaciones. Este principio es radicalmente distinto al del psicoanálisis que concibe a la conciencia del sujeto sólo como una breve instancia que en la mayoría de los casos no logra “controlar” algunas formas de comportamiento ni la manera en cómo se interpretan las situaciones, por ello desde este modelo se consideraría que no basta con ir modificando las estructuras de pensamiento conscientes, sino que hay que trabajar con los motivos inconscientes que están condicionando la vivencia de cada situación.

Estas diferencias en la comprensión teórica son relevantes porque (en el mejor de los casos) es posible establecer una línea de continuidad entre estos supuestos teóricos y las técnicas de intervención empleadas y las diferencias en este aspecto pueden ser innumerables.

Este caso fue ilustrativo porque permitió ver cómo los pacientes también se van configurando y van avanzando hacia los fines, las metas, los objetivos que se propongan como parte del tratamiento, sin embargo, el norte de cada modelo queda para polos diferentes y por ello no siempre puede haber acuerdos entre lo que se considera un “avance”, porque eso depende hacia a dónde se avanza.

Discusión y conclusiones:

La realización de este apartado representó un gran reto porque me di cuenta que cada capítulo era un universo cerrado en sí mismo y establecer la relación entre todos no resultó sencillo, sin embargo, las preguntas de investigación que guiaron este trabajo sirven como líneas sobre las cuales se pueden articular todos los aspectos examinados aquí, estas preguntas son: ¿Es posible la integración teórica consistente?, ¿qué principios epistémicos se requieren para lograr la integración teórica consistente?, ¿cómo debería ser la formación de los psicoterapeutas integrativos?

Así esta discusión se divide en dos grandes apartados, el primero refiere al análisis de los aspectos teóricos que influyen en la integración y a las condiciones epistémicas que considero posibilitarían la integración teórica en la psicoterapia infantil. En segundo lugar se presentan aspectos relacionados con la formación de los psicoterapeutas integrativos a través de las observaciones que se hicieron del caso de Sandy.

Como se mencionó en el capítulo uno, el movimiento de integración en la psicoterapia respondió principalmente a dos objetivos: descubrir nexos conceptuales que permitieran la síntesis entre diversos modelos y por otro lado identificar modos de intervención más efectivos (Gold, 1996). Para 1980 el movimiento integrativo no necesitaba reafirmar su pertinencia ni su necesidad, sino más bien inició la discusión sobre cómo realizar esa integración, considero que a treinta años de eso aún continuamos buscando alternativas que den respuesta a esa interrogante, sin embargo no se ha encontrado una sola respuesta, de hecho, como se pudo observar en los dos primeros capítulos, las posibilidades han sido tantas que ya es posible contarlas por varias decenas e incluso algunos cientos.

Revisando los factores que propiciaron el movimiento hacia la integración mencionados por Norcross y Newman (Gold, 1996) es posible dividir a esas ocho variables en dos grandes rubros, por un lado están aquellas que refieren al incremento de las psicoterapias, a la eficiencia de cada uno de los modelos sin que se logre establecer una marcada superioridad de uno sobre otro, la nueva apertura al diálogo y

la comunicación entre organizaciones profesionales, etc., es decir esos factores que refieren a una inquietud profesional por la creación y la revisión de los modelos propios. Pero por otro lado se pueden observar variables de índole económica como la inclinación a los tratamientos focalizados de corta duración y un problema de financiamiento de las aseguradoras para sostener tratamientos prolongados. Esto es por demás interesante ya que si bien no se puede privilegiar las intervenciones largas sin justificarlas previamente, considero que es importante preguntarnos por qué en el ámbito de la salud mental o de la salud en general tendrían que predominar las variables económicas sobre los intereses humanos. Esto se vincula con la noción de salud y efectividad que se implica en la psicoterapia, ya que si lo importante es priorizar la productividad y la normalidad social, la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos será medida en relación a la adaptabilidad de los pacientes y no necesariamente a otros indicadores de bienestar.

Este problema no es pequeño, esas variables fueron identificadas en un ámbito extranjero donde la salud está mediada por aseguradoras; empero en el contexto mexicano la situación es distinta pero no mejor, ya que con dificultad las instituciones gubernamentales logran atender problemas de salud más apremiantes y no se detienen tanto en atender la salud mental que parece un lujo reservado para un sector de la población que pueda costearlo a nivel privado. Sin ánimo de comprometerme con una solución que de antemano sobrepasa el pequeño sector de la salud y la psicoterapia infantil, me parece imprescindible que retomemos la noción de salud y a la salud mental como un derecho fundamental, o un lujo de primera necesidad, y en ese sentido se pueda priorizar la discusión, el debate y la creación académica en pro del interés por saber, con afán de resolver las problemáticas sociales que nos afectan y no sólo para saciar los requerimientos económicos de otras instituciones.

Este breve comentario es pertinente porque como se mencionó previamente, existe una “intrusión de terceros” en los consultorios que están mediando el alcance de nuestros efectos, están condicionando y modelando las maneras de intervención que tenemos, e incluso está orientando las expectativas que los usuarios depositan en los espacios terapéuticos. Por ello si continuamos sin cuestionar los intereses de esos

factores económicos seguiremos considerando que lo que hacemos es adecuado y además que no se puede hacer de otra manera.

Otro aspecto a considerar es que en México existe un gran número de la población que simplemente no logra acceder al servicio psicoterapéutico por falta de recursos económicos y si logra hacerlo no logra sostenerlos. Esto nos cuestiona sobre cómo se podría otorgar este servicio a un sector mayor de la población; una posibilidad es privilegiar la atención de corta duración con focos específicos de atención, sin embargo, como afirma O'Connor (2000) hay problemáticas que no necesariamente pueden ser elaboradas con tratamientos breves, y considero que habría que generar condiciones adecuadas en las instituciones públicas de salud y en los centros comunitarios de las universidades u organizaciones civiles para lograr dar una solución más completa a esas problemáticas priorizando el bienestar de la población.

Con respecto a las tres grandes líneas de integración, considero que a pesar de las críticas que se han realizado al eclecticismo técnico, éste sigue siendo la principal manera de integración que empleamos los psicoterapeutas, principalmente en el período de formación, ya que la manera de intervenir se va modificando de acuerdo a cómo se va ampliando nuestro espectro del saber y el resultado son intervenciones eclécticas sin un orden preestablecido, considero que esas primeras intervenciones son eclécticas y no se realizan desde la integración asimilativa, porque ésta última supone una comprensión clara desde un solo enfoque pero retomando las técnicas de otros modelos. Sin embargo, me parece que los psicoterapeutas integrativos en formación no sólo retoman técnicas aisladas, sino que van variando la comprensión de sus casos hasta lograr entenderlos desde otros modelos y realizar nuevas hipótesis explicativas que antes no se habían planteado, esto marca una diferencia importante con respecto a la integración asimilativa, sin embargo se corre el riesgo de realizar intervenciones inconsistentes y desordenadas

Por otro lado la integración por factores comunes actualmente tiene bastante auge, sin embargo, personalmente me separo de ella porque coincido con Nagel (1961) cuando afirma que las nociones teóricas no se pueden extraer simplemente del resto de

su conjunto teórico, porque es justamente ese sistema el que le da sentido y significado a los conceptos.

Esta forma de integración se propone realizar un metasisistema tomando en cuenta sólo las fuerzas terapéuticas activas sin caer nuevamente en sistemas teóricos (Schaefer, 2011), sin embargo no se ha reflexionado que las nociones de “efectividad” que garantizan que un factor sea exitoso depende de los criterios que se tomen en cuenta para medir dicha efectividad; por ello coincido con Abbagnano (1963) cuando afirma que no se puede separar la teoría de la investigación, ya que la teoría antecede al experimento porque supone una idea anticipada que se intenta contrastar con la realidad, este sistema de creencias teórico determina la realización del experimento porque aporta las ideas que le sirven de sustrato y en ocasiones también señala los resultados necesarios para comprobar sus postulados. Considero que no existe observación “natural” o método de medición separados de una postura epistémica y teórica que otorguen sentido y funjan como justificantes. Posiblemente lo único que haga falta en esta propuesta integrativa es explicitar sus supuestos epistémicos para promover un debate franco sobre los métodos de investigación que se pueden tener en psicoterapia y sobre todo los propósitos que los modelos terapéuticos se proponen cumplir.

Resulta interesante analizar la propuesta del Enfoque integrativo Supraparadigmático de Roberto Opazo (Opazo y Bagladi, 2009) puede estar basado en la integración por factores comunes porque se adhiere al paradigma positivista y retoma los resultados de las investigaciones para incluir en su modelo sólo conocimientos válidos y previamente probados, sin embargo, considero que este grupo de investigación más que estar creando formas específicas de intervención retomando sólo factores aislados de cada modelo, lo que está proponiendo es una nueva forma de entender y conceptualizar los casos, es decir, están creando un modelo teórico de intervención y por ello su propuesta resulta consistente.

Asimismo coincido con O’Connor (2012) cuando afirma que una teoría puede moldear el pensamiento de los terapeutas y éstos sólo pueden ser eficaces si emplean de manera sistemática una teoría que de congruencia a sus intervenciones. Por tanto

afirmo la necesidad de una integración teórica, pero como lo señalaron Feixas y Miró (1993) cada modelo psicoterapéutico supone su propia terminología, una forma de comprender los problemas, ideas sobre cómo intervenir e incluso una estructura científico-social que de apoyo, y señalan que bajo esos conceptos subyacen diferencias epistemológicas y concepciones sobre el mundo distintas que pueden llegar a ser un obstáculo para hacer un diálogo entre escuelas, por tanto aún queda por resolver cómo sería posible la integración teórica consistente y qué principios epistémicos se requieren para sostener una teoría amplia.

El modelo ecosistémico propuesto por O'Connor (2000; 2012) intenta especificar sus bases filosóficas, pero considero que falla al no detenerse a observar los problemas que implican tomar a la fenomenología como base epistémica, ya que la psicoterapia se mueve en dos ámbitos de "realidad", el "objetivo" de las teorías y sus experimentos; y el subjetivo o el de las vivencias que cada persona reporta las cuales son necesariamente verdaderas por sí.

Asimismo O'Connor se apega al humanismo pero omite especificar a qué autor o autores retoma de este movimiento filosófico, lo cual es relevante porque de su propuesta se puede deducir aspectos ontológicos que afirman el desarrollo "positivo" del ser humano, un aspecto similar a la propuesta que hacen los modelos gestáltico (Oklander, 2008) y centrado en el niño (Landreth, 2012), por ejemplo, al considerar que la patología surge sólo como una respuesta a las necesidades insatisfechas, sin embargo, como lo señala Pico Della Mirándola (1486/1986) el hombre no tiene una naturaleza específica, le es propia la indeterminación y esto le brinda la capacidad de conductas nobles o perversas (en el sentido social del término), lo cual invita a pensar en otras nociones de patología que en el modelo ecosistémico no se han considerado. Sin embargo, este modelo tiene importantes aportaciones para la integración teórica en la psicoterapia infantil, ya que es una propuesta de sistematización que intenta explicar cómo se relacionan distintas áreas de desarrollo, y eso era una tarea que no se había realizado hasta ahora.

Como se mencionó en el capítulo tres, Larroyo y Cevallos (1961) señalan que para realizar una teoría es necesario tener principios fundamentales, extraesenciales y

de demostración. Además Duhem (Citado en Abbagnano, 1963) explica que las hipótesis que sirvan como fundamento de una teoría no pueden ser proposiciones contradictorias y no pueden contradecir a otras hipótesis de la misma ciencia. Después de revisar los postulados básicos de los tres principales modelos de intervención es posible afirmar que éstos tienen presupuestos básicos que al conjuntarlos resultan en afirmaciones contradictorias y por tanto la integración teórica de estos modelos parece imposible. Las principales diferencias que encuentro entre esas tres propuestas son las siguientes:

Principios fundamentales	Psicoanálisis	Cognitivo conductual	Modelos humanistas
Ontológicos	Afirmación del inconsciente que cuestiona la predominancia de la consciencia en la elección y ejecución de los actos humanos.	Se coloca el acento en la capacidad de control voluntario de los procesos del pensamiento, lo que supone la anulación del inconsciente y sus efectos.	Afirma el inconsciente sin considerar las temáticas de desarrollo psicosexual.
	Afirma dos tipos de pulsiones básicas constitutivas.	Se considera que existe una estructura lógica racional que determina el pensamiento y nos es accesible a todos si tenemos la guía adecuada.	Se afirma la tendencia humana hacia la autoactualización sin considerar la pulsión de muerte.
Epistémicos	Se trataba con un interjuego entre la verdad objetiva y la mediación que hace cada sujeto para desenvolverse en esa realidad.	Se coloca el criterio de verdad en el mundo exterior y los pensamientos deben ser contrastados.	Se da prioridad a la vivencia personal y se otorga veracidad a las experiencias individuales.
	El inconsciente y sus efectos sobre el resto de las facultades.	Facultades humanas con mayor acento: El entendimiento y el discernimiento.	Facultad humana con mayor énfasis: la sensibilidad.

Estas diferencias parecen irreductibles porque son partes fundamentales de cada modelo, son estas discrepancias las que ocasionan todos los desencuentros técnicos en las formas de intervención porque anuncian los objetivos de cada modelo y los aspectos que van a considerar en los pacientes. Estas singularidades refieren justamente a los aspectos fundamentales de cada teoría, y mientras no se logre conciliar estos aspectos básicos no se podrá establecer una integración teórica entre modelos explicativos.

Sin embargo, parte de la solución a este problema ya la aportó Roberto Opazo (Opazo y Bagladi, 2009) cuando apunta la necesidad de establecer un nuevo paradigma epistémico para construir sobre éste una nueva teoría unificada, personalmente agregaría que además es imprescindible analizar e integrar la noción de persona, es decir, hacer una revisión de los aspectos ontológicos que se toman en cuenta y a partir de ahí sería posible ir articulando una propuesta sobre la interacción dinámica de las facultades y las áreas de desarrollo. Considero que esta discusión tendría que ser el preámbulo que quizá nos ayude a sentar las bases para hacer posible la integración teórica pero también para elaborar esos principios extraesenciales que se refieren al objeto de estudio de la psicología y de la psicoterapia en particular.

Asimismo retomando el análisis que brinda Richard Shweder (1991), considero que los psicoterapeutas nos colocamos como ilustrados románticos o románticos ilustrados, ya que necesariamente retomamos conceptos generales o universales como los aspectos de desarrollo infantil, pero no podemos olvidar que es necesario hacer contextualizaciones de cada situación específica, ni dejar de otorgar validez y relevancia a los productos psíquicos que se sostienen con la imaginación y la fantasía ya que éstos aún cuando no puedan ser “verificables” pueden tener efectos reales en la vida de las personas.

Así pues sólo después de haber establecido nuevas bases para la integración a partir de definir los aspectos ontológicos y epistémicos que servirán como guía, será más fácil definir objetivos de tratamiento e integrar o desarrollar técnicas de intervención para este nuevo sistema. Esta tarea parece infinita y considero que no es realizable en una vida humana si se trabaja de manera aislada, pero el trabajo

colaborativo entre especialistas de distintos modelos puede catalizar los resultados y apoyar al desarrollo de la disciplina.

El caso de Sandy permite la reflexión sobre algunas de las dificultades que se comentaron con respecto a la formación de los psicoterapeutas integrativos, por ejemplo la actitud de capilla mencionada por Corsi (2005) que nos impidió comprender al otro “desde el otro”, sin embargo considero que esto no fue sólo por una cuestión dogmática sino más bien la respuesta a la necesidad de aferrarnos a algunas certezas que orientaran nuestras intervenciones durante nuestra formación como psicoterapeutas.

Este caso también otorga una posible respuesta a una de las interrogantes planteadas al inicio de este texto, a saber cómo se puede estudiar un caso desde distintas perspectivas (Feixas y Miró, 1993), ya que la situación de cámara de Gesell en coterapia es un excelente recurso para la formación de psicoterapeutas con orientación integrativa, pues permite un espacio de diálogo, de apertura para conocer otros enfoques, otras maneras de comprender y trabajar con un mismo paciente; sin embargo, este espacio por sí mismo no es suficiente, requiere un acompañamiento más directivo que ayude a realizar una mayor integración de las diversas visiones que se conjugan en ese espacio y un *bagaje* “mínimo” sobre los conceptos de los distintos modelos que permita comprender a qué se refieren los otros cuando usan esos términos que quizá pueden ser parecidos en los distintos modelos pero tienen acepciones propias en cada sistema.

Este espacio de diálogo y comunicación también abre las posibilidades a establecer nuevos criterios para probar la efectividad de las intervenciones, no dejándonos guiar únicamente por paradigmas externos como los criterios médicos o los económicos sino atendiendo a los requerimientos de cada paciente, y a las observaciones de otros colegas que avisan sobre “puntos ciegos” que nuestro sistema no atiende o brindan distintas posibilidades de explicación que simplemente no se habían contemplado.

En el caso de Sandy se intentó una integración desde la propuesta prescriptiva de Schaefer pero considero que sólo se logró una integración ecléctica ya que no logramos establecer hipótesis de trabajo coordinadas e integradas que nos permitieran a todas las integrantes del equipo establecer los mismos objetivos de trabajo y a partir de ahí derivar una propuestas de intervención más sistemática.

Considero que este caso también me permitió mostrar que la efectividad en la psicoterapia depende de las líneas de partida y las metas que se quieran alcanzar, ya que como lo mencionó Corsi (2005) el modelo explicativo que se adopte influye directamente en la forma de intervención que se considere adecuada. Las discusiones que precedían a las sesiones con Sandy respondían justamente a esta dificultad, las integrantes del equipo estábamos apuntando hacia distintos objetivos y eso complicaba la comunicación y el acuerdo.

Sin embargo entre todas estas diferencias teóricas y experiencias de aprendizaje, entre las diferencias para configurar a esta paciente porque había dos “programadoras” y tres observadoras participantes, Sandy logró ir integrando en sí misma los distintos aspectos que las dos terapeutas le ofrecían; encontró un espacio en donde pudo ser escuchada, fue acompañada en su proceso de desarrollo, encontró otras formas de relación, de expresar su feminidad hasta lograr integrarse a sí misma y a sus figuras parentales. Sandy encontró su voz y pudo verbalizar sus deseos, sus dolores, sus temores y sus demandas.

Lista de referencias

Abbagnano, N. (1963). *Diccionario filosófico*. México: Fondo de Cultura Económico. Pp. 1101-1103. Trad. Alfredo N. Galletti.

Anzieu, A. La técnica psicoanalítica con el niño. En: Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C., y Daymas, S. (2001). *El juego en psicoterapia del niño*. España: Biblioteca Nueva. Pp. 29-53. Trad. Sofía Vidaurrazaga Zimmermann.

Anzieu, A. y Daymas, S. El juego en psicoterapia en periodo de latencia y de adolescencia. En: Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C., y Daymas, S. (2001). *El juego en psicoterapia del niño*. España: Biblioteca Nueva. Pp. 109-124. Trad. Sofía Vidaurrazaga Zimmermann.

Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. y Emery, G. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión*. 18° Ed. España: Descleé de Brouwer. Trad. Susana del Viso Pabón.

Beck, Judith. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.

Bellak, L. (1990). *T.A.T, C.A.T. Y S.A.T. Uso clínico*. México: Manual Moderno.

Bleichmar, E. (2007). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós

Bucay, J. (1997). *Cuentos para pensar*. Argentina: Oceano Express.

Carluccio, A. (2005). *Filosofía y psicoanálisis: El inconsciente creador como potencialidad a descubrir en uno mismo*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 15- 60.

Della Mirandola, P. (1486/1986). Discurso sobre la dignidad del hombre. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació. Trad. F. Tauste

Díaz, I. (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Editorial Pax. Pp. 15-35.

Dolto, F. (1974). *Psicoanálisis y pediatría*. México: Siglo XXI.

Drewes, A. Integrating play therapy theories into practice. En: Drewes, A.; Bratton, S.; Schaefer, C. (2011). *Integrative play therapy*. Estados Unidos de América: John Wiley & sons, Inc. pp. 21- 35

Drewes, A. (2013). Terapia de juego integrativa. En: Schaefer, C. *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno. pp. 349- 364

Erskine, R. y Moursund, J. (2014). *La psicoterapia integrativa en acción*. España: Desclée De Brouwer. Trad. Inés Arregui Guivarc'h

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

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

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

Fiorini, J. (1979). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Argentina: Nueva Visión.

Freud, A. (1927/ 1977). *Psicoanálisis del niño*. Argentina: Paidós.

Freud, A. (1961). *El Yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós

Freud, S. (1915/1996). Lo inconsciente. En: *Sigmund Freud. Obras completas*. Vol. 14. Argentina: Amorrortu. Pp. 153- 201

Freud, S. (1920/1996). Más allá del principio de placer. En: *Sigmund Freud. Obras completas*. Vol. 18. Argentina: Amorrortu. Pp. 2- 62

Freud, S. (1922/1996). Dos artículos de enciclopedia. En: *Sigmund Freud. Obras completas*. Vol. 18. Argentina: Amorrortu. Pp. 227- 254

Freud, S. (1923/1996). El Yo y el Ello. En: *Sigmund Freud. Obras completas*. Vol. 19. Argentina: Amorrortu. Pp. 2- 48

Gold, J. The status of psychotherapy integration. En: Gold, J. (1996). *Key concepts in psychithery integration*. New York: Plenum Press. Pp. 3- 24

Greenson, R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo veintiuno. Pp. 23- 70. Trad. Félix Blanco.

Klein, M. (1948/ 2008). *El psicoanálisis de niños. Obras completas. Vol. 2*. México: Paidós.

Klein, M. (1946/2008). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: Klein, M. (2008). *Envidia y gratitud y otros trabajos. Obras completas*, Vol. 3. México: Paidós. Pp. 10- 33.

Knell, S. (1993). *Cognitive behavioral play therapy*. Estados Unidos de América: Rowman & littlefield publishers

Knell, S. Terapia de juego cognitivo-conductual. En: Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno. pp. 313-328

Korbman, R. (1984). *El dibujo de la familia como instrumento detector del conflicto familiar en niños. Tesis de Doctorado en Psicología*. México: UNAM.

Landreth, G. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. (3era. Ed.). Nueva York: Taylor & Francis group. Pp. 53- 94.

Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 77- 80

Larroyo, F. y Cevallos, M. A. (1961). *La lógica de las ciencias*. (10° Edición). México: Porrúa.

Nagel, E. (1961). Las leyes experimentales y las teorías. En: *La estructura de la ciencia. Problemas de la lógica de la investigación científica*. España: Paidós. pp. 85-107

Neimeyer, R. (2013). *Psicoterapia constructivista. Rasgos distintivos*. España: Desclée de Brouwer. Trad. David González Raga y Fernando Mora Zahonero.

Nicol, E. 1965. *Los principios de la ciencia*. México: Fondo de cultura económica.

O'Connor, K. (2000). *The play therapy primer*. New York: Wiley & sons.

O'Connor, K. Terapia de juego ecosistémica. En: Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. (2da. Ed.). México: Manual Moderno. pp. 253-272

Oklander, V. (1996). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Editorial cuatro vientos.

Oklander, V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto- juvenil*. Chile: Cuatro vientos

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

Pedroza, M. (2015). *Escala de esquemas maladaptativos tempranos en niños de 8 a 13 años* (Tesis de maestría). Recuperada de: <http://www.dgbiblio.unam.mx> (N° 0734428)

Real Academia Española (Ed.). (2014) *Diccionario de la lengua española*. (23° Ed.). España: Espasa

Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. México: Paidós

Salama, H. (2009). *Gestalt de persona a persona*. (4° Ed.). México: Alfaomega

Sanville, J. (2003). *El espacio de juego en la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Lumen. Pp. 115- 159.

Schaefer, C. Terapia de juego normativa. En: Schaefer, C. (Ed.). *Fundamentos de terapia de juego*. (2011). (2da. Ed.). México: Manual Moderno. pp. 365- 378

Shweder, R. A. (1991). La rebelión romántica de la antropología contra el iluminismo o el pensamiento es más que razón y evidencia. En: Carlos Reynosos Comp. *El surgimiento de la antropología posmoderna*. México: Gedisa. Pp. 78-113

Stallard, P. (2005). *A Clinician's guide to think good- feel good. Using CBT with children and young people*. England: Great Britain. John Wiley & sons

Stark, K.; Boswell, J.; Yancy, M.; Bronik, M.; & Hoke, J. Treatment of depression in childhood and adolescence. En: Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy cognitive- behavioral procedures*. (2da. Ed.). USA: The Guilford press

Seymour, J. History of Psychotherapy Integration and Related Research. En: Drewes, A.; Sue, B.; y Schaefer, C. (2009). *Integrative play therapy*. USA: John Wiley and sons. pp. 3- 19

Sweeney, D. y Landreth, G. Terapia de juego centrada en el niño. En: Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno. pp. 129- 152

West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.

