



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TERAPIA DE JUEGO FILIAL EN ESCOLAR CON
PROBLEMAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y
AUTOESTIMA. ESTUDIO DE CASO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

MIRIAM ALEJANDRA ZEA AGUIRRE

DIRECTORA

DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA

REVISORA

DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PEREZ

SINODALES

MTRA. KARLA ALEJANDRA CERVANTES BAZAN

MTRA. LAURA AMADA HERNANDEZ TREJO

MTRA. VERONICA RUIZ GONZALEZ



CD.MX

2019



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.

Dedicatorias y agradecimientos

Este trabajo lo dedico a:

Mis padres Miriam Aguirre y Ramiro Zea.

Gracias mamá por enseñarme a leer, escribir, sumar, dibujar, colorear tú fuiste mi primera maestra, tú me inspiraste a estudiar psicología porque viví la manera en cómo me educaste a mí hermano y a mi haciéndolo divertido y con juegos.

Gracias papá porque con tu ejemplo de perseverancia y responsabilidad me has enseñado a no dejar de lado mis metas y trabajar duro para ser una buena persona y profesional siempre con amor así como responsabilidad a lo que haces y con empeño.

A mi hermano José Zea

Con quien desde niños siempre nos apoyamos, divertimos y de quien puedo decir ha sido mi ejemplo a seguir porque me ha enseñado el valor del estudio y de la dedicación. Gracias por cada aventura y ser mi compañero de juego de la infancia y de vida.

A mis abuelos María Trejo y Zenón Zea que me vieron dar mis primeros pasos y me ayudaron a perfeccionarlos.

Abuelita gracias porque siempre has estado en mi vida, me has consentido pero también enseñado el valor de la familia pero sobre todo gracias por cada día preguntarme como me fue y antes de salir de casa me deseas lo mejor.

A mi viejo, gracias porque me enseñaste lo que tú sabías que era la jardinería, cada momento que compartí contigo lo tendré para siempre guardado en mi memoria y también gracias por mostrarme que la vida es para vivirla y hacer las cosas sin miedo

¡El título va para ti hasta el cielo!

A Dios porque me ha permitido vivir una vida bella llena de aprendizajes, felicidad y también lecciones para crecer.

A la UNAM y la Facultad de Psicología porque son la universidad de la nación y se preocupan por formar profesionales comprometidos con el país, su gente y sus niños que son el futuro de México.

A mis amigas de CCH Karina, Araceli y Ana por ser parte de mi aventura de vida y permitirme ser parte de la suya.

A Gaby con quien aprendí que los niños son lo máximo y con quien he compartido momentos únicos.

A mis maestros desde el kínder hasta licenciatura que son muchos y no podría mencionarlos todos pero les agradezco por cada aprendizaje para llegar a ser psicóloga.

A la Mtra. Yolanda Santiago Huerta gracias por la supervisión de este caso y por compartir sus conocimientos tanto teóricos y prácticos acerca de lo que es trabajar con los niños al realizar una intervención con ellos y su familia. Pero sobre todo gracias por inspirarme en darme cuenta en que es lo que quiero dedicarme como profesionista.

A la Dra. Fayne gracias por la supervisión y su tiempo en realizar este trabajo escrito, así como sus enseñanzas dentro del aula donde fue con usted con quien conocí la maravilla de la intervención en niños mediante la terapia de juego y quiero decir que la admiro por todo su conocimiento y trabajo realizado a favor de los pequeños y sus familias.

A la revisora y las sinodales gracias por mostrarme el trabajo profesional y por sus comentarios valiosos de cada una de ustedes respecto a este trabajo. De cada una aprendí y espero seguir aprendiendo en futuras circunstancias.

Índice

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
Capítulo 1. Terapia de juego	10
1.1 Definición.....	10
1.2 Importancia del juego y el juego en psicoterapia con niños.....	11
1.3 Terapia filial.....	18
1.3.1 Antecedentes.....	18
1.3.2 Psicoterapia Filial.....	19
1.3.3 Aportaciones de diversos enfoques terapéuticos a la Terapia filial	22
1.3.4 Finalidad.....	32
1.3.5 Alcances.....	33
1.3.6 Materiales.....	33
Capítulo 2. Autoestima y regulación emocional en escolar	35
2.1 Definición de autoestima y autoconcepto.....	35
2.2 Características de autoestima en los niños escolares y factores de riesgo.....	41
2.3 Intervención.....	42
2.4 Regulación emocional.....	46
2.5 Características de regulación emocional en los niños escolares.....	52
2.6 Intervención.....	54
Capítulo 3. Familia, relación fraterna y desarrollo socioemocional en escolar	56
3.1 Definición de familia y tipos de crianza.....	56
3.2 Definición de desarrollo socioemocional en escolares.....	66
3.3 Características del desarrollo socioemocional en los niños escolares y factores de riesgo.....	66
3.4 Intervención.....	69

Capítulo 4 Método	70
4.1 Tipo de estudio.....	70
4.2 Justificación y planteamiento del problema.....	72
4.3 Pregunta de investigación.....	73
4.4 Objetivo general.....	73
4.5 Caso clínico.....	74
4.6 Motivo de consulta.....	78
4.7 Evaluación del paciente.....	78
4.8 Escenario.....	81
4.9 Procedimiento.....	81
4.10 Análisis de las sesiones.....	87
4.11 Proceso psicoterapéutico.....	87
4.12 Análisis del proceso psicoterapéutico.....	88
Fase 1 - Alianza terapéutica con la mamá.....	88
Fase 2 - Alianza terapéutica con el paciente y trabajo de autoestima.....	89
Fase 3 - Reconocimiento de las emociones y regulación emocional.....	93
Fase 4 - Relación fraterna.....	101
Fase 5 - Dar cierre al proceso terapéutico y evaluar los avances.....	103
Fase 6 – Seguimiento.....	104
 Capítulo 5. Resultados	 107
Fase 1 - Alianza terapéutica con la mamá.....	107
Fase 2 - Alianza terapéutica con el paciente y trabajo de autoestima.....	107
Fase 3 - Reconocimiento de las emociones y regulación emocional.....	110
Fase 4 - Relación fraterna.....	113
Fase 5 - Dar cierre al proceso terapéutico y evaluar los avances.....	114
Fase 6 – Seguimiento.....	123

Capítulo 6. Discusión, conclusiones	126
6.1 Discusión.....	126
6.2 Conclusiones.....	129
6.3 Competencias profesionales.....	131
6.4 Limitaciones y sugerencias.....	131
REFERENCIAS	132
ANEXOS	142

Resumen

El objetivo del presente estudio de caso fue analizar el proceso la intervención terapéutica en un escolar de 8 años con problemas de autoestima, regulación emocional y relación fraterna debido a violencia familiar por parte de su padre. El proceso psicoterapéutico se trabajó bajo la terapia filial usando el juego como base y como el principal medio de comunicación y expresión por parte de Ernesto y su familia. El objetivo de la intervención fue que el paciente reforzara su autoconcepto, aumentará su autoestima, reconociera, expresara y regulará sus emociones así como aprendiera a buscar soluciones asertivas para relacionarse de mejor manera con su mamá y hermano. De igual manera se psicoeducó a la madre brindándole orientación explicándole y modelando los principios de la Terapia Filial y Centrada en el niño, lo que permitió que tanto el paciente, como su hermano y su mamá fortalecieran la relación familiar, es importante señalar que la conducta agresiva del paciente disminuyó notablemente. Los resultados muestran que hay cambios positivos observables en la conducta de menor y de su madre antes de iniciar la intervención, al finalizar y durante el seguimiento. Por lo tanto se concluye que la Terapia de juego filial es eficaz para promover una mejoría en la autoestima, regulación emocional y en relaciones familiares.

Palabras clave: Terapia filial, regulación emocional, autoestima y familia.

Introducción

La terapia de juego es un medio por el cual los niños pueden expresarse, logran reflejar lo que sienten o lo que están viviendo. El juego por naturaleza es la manera en la que ellos aprenden, socializan pero también permite generar cambios ante problemas emocionales. Una vez que los padres logran comprender esto lo usaran como medio de relacionarse con sus hijos, pero también al tener una orientación adecuada el juego es un medio de solución de conflictos familiares y personales (Bana, 2017)

Diversas corrientes de la terapia de juego muestran que este tiene un efecto de cura para los niños, por ejemplo, un niño con problemas de autoestima al realizar actividades donde muestre sus habilidades y cualidades conjuntándose con la aceptación de su familia lograra un cambio positivo en esta y se percibirá no solo en el aspecto personal o familiar, si no también escolar, pues al sentirse bien el mismo y conozca su potencial será fácil que lo refleje en sus aprendizajes escolares. Por lo tanto la familia y su adecuada interacción por medio del juego ayudaran a que se mejore la interacción entre estos y la manera en que el niño se desenvuelve independientemente. (O'Connor, 2016).

El uso del juego en terapia también permitirá que los niños identifiquen aspectos emocionales y de regulación de estas. Varios autores como; Santrock (2007), Figueroa (2009), Heras, Cepa & Lara (2016) & Sabatier, Restrepo, Moreno et al. (2017) mencionan que el aprendizaje de la regulación emocional se da desde los primeros años, siendo los padres los primeros en ayudarlos hacerlo mediante diversas estrategias. Ya en edades posteriores como en la edad preescolar y escolar los niños van aprendiendo más estrategias de regulación tanto internas como externas, es

decir, por medio de pensamientos o por dibujos o actividades que les permitan canalizar la emoción. (Arango, 2007). Shafer (2012) menciona que la etapa de la infancia y la adolescencia es un periodo donde las patologías son complejas por lo cual ya no basta el uso de una sola corriente y técnicas de intervención, siendo recomendable la integración de varias para lograr una mejoría mayor en el paciente.

En la etapa escolar es que va de los 6 años a los 12 es donde los niños van adquiriendo una variedad de estrategias pues ya llegan a comprender que su conducta tiene como consecuencia un efecto ante una situación o persona. Por lo tanto el desarrollo emocional abarca distintas edades. De igual manera para que se logre alcanzar un adecuado desarrollo de la regulación emocional debe tenerse un sistema nervioso maduro para que logre adquirir las habilidades y destrezas necesarias tanto en la parte de los circuitos neuronales, como en la capacidad de relacionarse con el ambiente (Bermúdez, 2016)

La violencia familiar afecta tanto a nivel personal como en la interacción entre los miembros de está por lo tanto es importante intervenir en ambas áreas para lograr mejorías, por lo que es indispensable involucrar a los padres en las sesiones para que aprendan como relacionarse con sus hijos, escucharlos y entender sus emociones.

De manera que el presente estudio pretende analizar todo un proceso terapéutico desde el modelo de terapia filial en un niño escolar con problemas de regulación emocional. El cual se conforma por seis capítulos:

En el capítulo 1 se desarrolla la importancia del juego en el desarrollo de los niños, así como los beneficios del juego en la terapia infantil. También se describen las aportaciones de cada una de las terapias como la centrada en el niño, cognitivo conductual y familiar, sus antecedentes, finalidades, técnicas y alcances ante diversas problemáticas de los niños. Como tema 2 se presenta las características e importancia del autoconcepto y la autoestima en los niños escolares y sus influencias en el aspecto escolar, así como los factores de riesgo para que esta se dañe. En el capítulo 3 se presenta la importancia de la familia en el desarrollo socioemocional de los niños escolares. Posteriormente en el capítulo 4 se expone la experiencia del trabajo realizado en la práctica profesional en uno de los Centros de atención de la Facultad de Psicología. Dicho proceso se realizó de agosto de 2018 a diciembre del mismo año. Se incluye el diseño de intervención en el método de estudio de caso, incluyendo el objetivo general, objetivos específicos, tipo de estudio, participantes, escenario, procedimiento, y resultados de la evaluación psicológica.

Para el capítulo 5 se realiza el análisis de resultados del proceso de intervención del paciente y de su mamá, los cuales se organizan en las siguientes fases: alianza terapéutica con la mamá, alianza terapéutica con el paciente y trabajo con la autoestima, reconocimiento de emociones y regulación emocional, relación fraterna, dar cierre al proceso terapéutico también evaluar los avances y seguimiento. Finalmente en el capítulo 6, se concluye el estudio de caso con la discusión sobre la intervención, seguido de limitaciones, sugerencias y la descripción de las competencias profesionales adquiridas.

Capítulo 1. Terapia de juego

1.1 Definición

El juego es el modo innato de autoexpresión de los niños y un método a través del cual exploran el mundo de manera espontánea expresando sus emociones y pensamientos. Piaget propuso que el juego es el niño ya que es una forma de asimilar nueva información de su visión del mundo y ayuda a la adaptación a nuevas situaciones. El juego es un derecho para el niño así como lo es el descanso y el ocio. Es el juego es usualmente, aunque no exclusivamente, considerado como el medio más apropiado para el desarrollo utilizado con niños. (Shrinivasa, Bukhari, Ragesh, & Hamza, 2018)

Pally (citado por Rostami, et, al. 2017) menciona que en general, el juego involucra diferentes partes del cerebro, incluyendo las áreas motora, visual, auditiva y otras áreas sensoriales y esté incluye un proceso de momento a momento en diferentes aspectos corporales y emocionales. Por lo tanto es necesaria la coordinación entre las entradas sensoriales, la respuesta motora y los pensamientos reflexivos y también la intervención de la emoción y la conciencia. Igualmente refiere que el juego contiene elementos de conformidad, desorden así como reconstrucción y mediante esta actividad se desarrollan funciones ejecutivas y reflexivas, siendo al parecer efectivo en la corteza cerebral y en la maduración del lóbulo frontal, mejorando las capacidades cognitivas superiores, como el rendimiento mental. Además el juego se introdujo como un mecanismo para promover las habilidades de resolución de problemas y la expresión emocional.

1.2 Importancia del juego y el juego en psicoterapia con niños

Las investigaciones sobre el mecanismo del juego y la actividad física en el cerebro proponen mecanismos tanto a nivel molecular como supramolecular, como la transcripción de los factores neurotróficos del cerebro, particularmente en la amígdala y la corteza prefrontal, siendo uno de los mecanismos que los científicos infieren en la efectividad para mejorar el estado de ánimo y la función cognitiva, (Black, et, al. 1990 & Zoladz, et, al. 2010, Citado por Rostami, et, al. 2017)

Jung, et. al. (2012) explica que se han reportado estudios donde se han trabajado con ratones en ambientes enriquecidos y que la experiencia de estos conlleva aprendizajes, así como cambios a nivel neuronal, generando alteraciones en las sinapsis ya sea en un nivel molecular alterando la fuerza sináptica o en un nivel estructural a través de la adición y eliminación de nuevas espinas, con esto concluye que la manipulación sensorial afecta la dinámica de la espina dendrítica (neurogénesis) en varias áreas de la corteza y del hipocampo de ratones adultos. Lo anterior sugiere que los ambientes enriquecidos hacen que las espinas dendríticas modulen la red neuronal promoviendo el mejoramiento en las afecciones tanto cognitivas como motoras, así mismo restaura el potenciación a largo plazo y aumenta el factor neurotrófico.

En el caso de los humanos Esquivel (2010) indica que el cerebro se desarrolla rápidamente en los primeros años de vida de los niños y el crecimiento cognitivo avanza a gran velocidad desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, siendo el juego un elemento importante de ese desarrollo.

Por lo antes mencionado se considera que el juego es primordial para el desarrollo integral del niño y diversos autores concuerdan en esto como Esquivel, (2010) menciona que esté acompaña el desarrollo y el proceso de maduración, el cual se logra poco a poco en la medida en la que los niños alcanzan los logros que son prerequisites para nuevos aprendizajes y con el desarrollan su creatividad, su capacidad para construir y reconstruir, su expresión artística y su lenguaje. Por lo tanto el juego es fundamental de la vida y enriquece el conocimiento del entorno y de sí mismo para que se vaya consolidando una adecuada autoestima y autorregulación afectiva.

Por su parte Shrinivasa, Bukhari, Ragesh, & Hamza, (2018) consideran que el papel del juego se encuentra para el desarrollo general del niño tanto a nivel físico, psicológico y psicosocial. Ya que los niños aprenden a dominar las cosas a través del proceso seguro de juego explorando su entorno y la consecuencia es crucial para un sentido de autoestima y adecuación.

Shrinivasa, Bukhari, Ragesh, & Hamza (2018) reportan la influencia del juego en la formación de la personalidad debido a que los niños conocen las conductas de los adultos o sus padres y ellos se convierten en modelos para su propio comportamiento. Aun cuando el juego tiene impacto sobre muchas dimensiones del desarrollo, los aspectos que más se relacionan con la prevención de problemas psicológicos, se encuentran en la dimensión socioafectiva incluyendo principalmente a los padres en esta. Mediante el juego los niños aprenden lo que se debe o no se debe hacer en la vida social, se apropian de las normas, reglas y patrones sociales importantes en la comunicación de igual manera aprenden a ceder, esperar, repartir, defenderse, compartir, usar el lenguaje apropiado para ser aceptados y otras conductas importantes en la sociedad en que viven.

De acuerdo a Shrinivasa, Bukhari, Ragesh, & Hamza (2018) el juego ofrece valiosas oportunidades para observar las interacciones madre-hijo por tres razones principales:

- Las interacciones de juego son frecuentes y forman parte de la vida diaria del menor, por lo que es posible observarlas en diferentes escenarios como son el hogar, laboratorios de investigación y en ambientes clínicos y educativos.
- La interacción mediante el juego contribuye directamente a establecer una relación entre la madre y el hijo.
- La interacción madre-hijo promueve el desarrollo del infante tanto en la competencia social, como en el dominio cognitivo.

Fernández & Serra (2015) mencionan la importancia del juego para que se dé un desarrollo óptimo del niño incluyendo las siguientes áreas:

- **Física:** el juego permite que se desarrollen habilidades motoras como la gruesa que implican distintos músculos grandes para poder saltar, correr, mantener el equilibrio y tener un esquema corporal integrado y la habilidad motora fina que trabaja músculos pequeños como son los dedos y manos que generalmente lleva a una buena destreza y coordinación ojo-mano.

- **Cognitiva:** en esta área el juego favorece el desarrollo de la creatividad y la imaginación pues el niño tendrá que crear historias u actividades con los distintos materiales con los que cuenta en ese momento.
- **Social:** debido a que la mayoría de los juegos son en equipo el niño aprenderá a convivir con otros, a seguir reglas, conseguir acuerdos o negociar sobre que se quiere y no hacer.
- **Emocional:** es importante el juego en los niños para que progrese su autoestima, independencia, y aprendan sobre la tolerancia a la frustración ya que saber sobrellevar un juego le permitirá saber cómo se enfrentará a las situaciones de la vida cotidiana.

O'Connor (2016) menciona que la Terapia de juego (PT) usa tales poderes terapéuticos del juego siendo la facilitación de la comunicación, mejoramiento de las relaciones sociales, el bienestar emocional y el aumento de las fortalezas personales siendo estos funcionales para promover resultados específicos en contextos terapéuticos. La terapia de juego es una de las intervenciones terapéuticas, que se aplica también para el control de la agresión utilizando el juego como la forma principal de los niños para mostrar sus sentimientos, motivaciones, fantasía. Rostami. et, al. (2017) considera que los investigadores creen que el juego puede ser una opción adecuada como reemplazo de habilidades del lenguaje que son débiles en los niños. Berger (2012) por su parte refiere varios beneficios del juego en la edad escolar, como la actividad física sobre todo en los juegos en los que se deben aplicar reglas ya que se considera que los escolares ya son capaces de cumplirlas y pueden durar toda la vida.

Entre los beneficios que Berger (2012) menciona son los siguientes:

- Mejoran el estado general de la salud
- Menos obesidad
- Valoración de cooperación y el juego limpio
- Más capacidad en resolución de problemas
- Respeto por los compañeros y rivales

Aunque también se incluye desventajas dentro del contexto escolar y al momento de socializar como:

- Pérdida de autoestima
- Lesiones
- Refuerzo de prejuicios
- Aumento de estrés

Para la parte de los beneficios que el juego tiene para usarlo como medio terapéutico Schaefer (2012) menciona que la Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) la definió como el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos. Lo anterior indica que la terapia de juego es una modalidad terapéutica con bases firmes en modelos teóricos. O'Connor (2016) por su parte refiere que los modelos clínicos de terapia infantil se

basaron en la psicoterapia de adultos (Conductual, Centrado en el cliente, Cognitivo y Gestalt), siendo Hermine Hug-Hellmuth la primera psicoanalista que desarrolló técnicas distintas para el psicoanálisis infantil de los métodos para adultos.

Axline (1974) refiere que la Terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. La terapia de juego puede ser directiva, es decir, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar como en la terapia cognitivo conductual, o bien puede ser no directiva, en esta última el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir siendo la terapia centrada en el niño o filial. La terapia no directiva se basa en la idea de que cada individuo tiene la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva. De igual manera por parte de los niños aprenden a conocerse y ser ellos mismos, experimentan un crecimiento personal bajo las condiciones favorables del juego siendo su oportunidad de actuar abiertamente con todos sus sentimientos acumulados, inseguridad, agresión, temor y confusión, así el niño puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos y cuando lo alcanza logra una relajación emocional empezando a darse cuenta del poder interno que tiene y su capacidad de poder pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones.

O'Connor, (2016) resume los principales poderes terapéuticos del juego siendo los siguientes:

Tabla 1.

Poderes terapéuticos del juego

<p>Facilita la comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoexpresión • Acceso al inconsciente • Enseñanza directiva 	<p>Fomenta el bienestar emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catarsis • Emociones positivas • Contracondicionamiento de los miedos • Manejo del estrés
<p>Mejora las relaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación terapéutica <ul style="list-style-type: none"> • Apego • Sentido del yo • Empatía 	<p>Aumenta las fortalezas personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución creativa de problemas • Resiliencia • Autoestima • Autorregulación

Lo anterior resalta la importancia del juego en el desarrollo de los niños debido a que es esta conducta es innata, es decir, se espera que todas las especies de animales incluyendo el humano jueguen, ya que el juego ayuda a que se dé un desarrollo óptimo del ser incluyendo las distintas áreas como la física, esta es indispensable desde el nacimiento hasta los años posteriores pues le permitirán al niño desarrollar su sistema nervioso siendo este importante pues una alteración en este puede interferir la percepción que el niño tenga de sí mismo y de su medio llegando a generar

dificultades en su interacción con otros y como se percibe a sí mismo o su self. Por lo tanto para que un niño crezca en las mejores condiciones de igual manera en las áreas cognitivas necesita experimentar la creatividad y enfrentarse a situaciones donde se implementen las funciones ejecutivas como la solución de problemas y ejercite tanto la memoria, atención lenguaje. Pero para que todo esto se pueda generar es indispensable de igual manera el desarrollo de la parte emocional y social, siendo esto parte fundamental en los primeros años de vida y guiado por los padres y mediante este se van generando vínculos y relaciones sociales donde los niños pueden expresar sus ideas, emociones y sentimientos de la misma manera a los padres lo van aceptando y comprendiendo. De esta forma el juego y el que los niños jueguen a cualquier edad ayudará en distintos aspectos de su vida, les proporcionará confianza y análisis de la situación.

1.3 Terapia filial

1.3.1 Antecedentes

El término filial se deriva del vocablo latino que significa “hijo” o “hija”, y se traduce aproximadamente como “padre e hijo”. La terapia filial fue creada a finales de la década de 1950 por los doctores Bernard y Louise Guerney (O’Connor, K. 2016)

En 1964 Guerney y Louise, psicólogos infantiles y discípulos de Axline, desarrollaron la Terapia de Juego Filial como una forma de capacitar a los padres para que se relacionarán con sus hijos mediante el juego y fortalecieran su relación y solucionaran diversos problemas en los niños. Esta terapia de juego es un método que permite enseñarles a los padres que ellos son los principales

agentes de cambio ante la conducta de sus hijos (VanFleet, Ryan y Smith 2005, citados en Reddy, Files y Shaefer, 2005).

1.3.2 Psicoterapia filial

Topham, G. (2011) refiere que la terapia filial con juego proporciona un modelo para el tratamiento de niños pequeños en terapia familiar, es sencillo y se puede aprender en un tiempo relativamente corto. A través del juego con sus cuidadores, los niños aprenden que son amados e importantes y desarrollan la autoconfianza y la autoestima, se comunican entre padres e hijos generando una oportunidad única para conectarse y comprender sus sentimientos, motivos, percepciones, pensamientos y conductas. Por su parte Garza & Watts (2010) consideran que la terapia filial es a la vez una intervención terapéutica preventiva y reconoce que los padres tienen más significado emocional para los niños que el terapeuta. Debido a esto el objetivo de la terapia es colocar a los padres en el papel del terapeuta mediante el uso del vínculo entre ellos. Por otro lado esta es una intervención construida sobre la base de los principios de la terapia de juego centrada en el niño según Landreth, 2002 (citado por Capps 2012)

En la Terapia Filial el terapeuta enseña a los padres a conducir las sesiones mediante los ocho principios de la Terapia Centrada en el niño. Además el terapeuta sirven de modelo hacia los padres para que ellos aprendan aplicar las habilidades y principios de la terapia centrada en el niño y filial (Schaefer, 2012)

La Terapia Filial es una intervención psicoeducativa y esta trabaja con las fortalezas del niño y de los miembros de la familia que con el problema en si, por eso se enfoca en el descubrimiento y desarrollo de habilidades descritas por Guerney en 1964.

Según Thompson et al. (2006) (citado por Alivandi-Vafa & Hj Ismaila 2010), la edad preescolar se considera como un período en el que los niños desarrollan una comprensión de la regulación emocional, proporcionando un clima emocionalmente seguro y en el parte de sus padres pueden mejorar su bienestar psicológico. Ya que los niños dependen en gran medida de sus adultos significativos. Es por eso que los padres siempre han sido fundamental en el funcionamiento adaptativo de los niños pequeños desde el punto de vista de los aspectos sociales, de comportamiento y emocionales.

Alivandi-Vafa & Hj Ismaila (2010) consideran que para los problemas de desarrollo de los niños pequeños, hay dos enfoques dominantes que se ocupan en el bienestar psicológico de la infancia, el primero la intervención de programas basados en la familia con un enfoque en programas de capacitación de padres incluyéndolos en el proceso de psicoterapia infantil, se debe de capacitarlos para mejorar el entorno familiar inapropiado, evitar conflictos maritales en el bienestar de los niños y evitar que la psicopatología de los padres afecte la salud de los niños. Y el segundo enfoque se basa en los niños usando el juego como su principal herramienta terapéutica.

Esta terapia incorpora la participación de los padres en el proceso terapéutico y el uso del juego como lenguaje apropiado para el desarrollo de los niños, su fin es obtener más información sobre

las variables específicas que posiblemente pueden mejorar tanto bienestar del niño y la familia impactando en las conductas problemáticas de la infancia (Alivandi-Vafa & Hj Ismaila, 2010)

La tarea principal del terapeuta es enseñar a los padres a practicar las habilidades de la terapia filial para implementarlas con sus propios hijos (Landreth, 2002 citado por Capps, 2012)

Guerney en 1964 (citado Cornett & Bratton, 2015) describió los objetivos de las sesiones de juego de la terapia filial entre padres e hijos, siendo las siguientes:

- **Estructuración:** ayuda a los padres a crear un ambiente de seguridad y a darse cuenta que el entorno de los niños y sus relaciones influyen en su conducta y en su desarrollo. También permite que los padres expliquen al niño el objetivo, organización y reglas de las sesiones de juego.

- **Escucha empática:** muestra al niño que tiene la atención de sus padres y que entienden y aceptan sus sentimientos así como sus necesidades.

- **Juego imaginario:** los padres representan una imagen imaginaria o representación con el niño en el juego para esto los padres debe aceptar y representar el papel asignado por el niño.

- **Límites:** tiene como objetivo mantener seguros a los padres durante las sesiones de juego. Los padres ponen límites reales para que los niños aprendan que son responsables de las consecuencias de sus decisiones. Los límites deben buscar dar seguridad a los niños

Guerney (2006) (citado por Santiago, 2007) menciona que es importante enseñar a los padres las habilidades del terapeuta de juego es propicio para que los padres se relacionen de manera más positiva y apropiada con sus hijos. Este método permite que los padres no se sientan amenazados por la relación que el terapeuta establece con su hijo, y también aprovecha el vínculo entre padres para que se genere una empatía terapéutica.

Capps (2012) menciona que Van Fleet sugirió usar la terapia de juego filial como una forma de prevenir problemas futuros o intervenir cuando surgen problemas en situaciones adoptivas.

Su objetivo era fortalecer la adopción y encontró esta terapia que proporcionó un medio para aumentar la conciencia de los padres sobre las necesidades de los niños, una reducción en el estrés de los padres y mejores relaciones entre padres e hijos.

1.3.3 Aportaciones de diversos enfoques terapéuticos a la Terapia filial

Es importante mencionar que la Terapia de juego Filial integra ideas y principios de diversos enfoques terapéuticos como la centrada en el niño, la cognitivo conductual y la familiar (Santiago, 2007).

A continuación se resumen dichas aportaciones:

- **Terapia centrada en el niño**

Del enfoque Centrado en el niño Landreth (1991) y VanFleet (2000) retoman los ocho principios propuestos por Virginia Axline, que el terapeuta va enseñando a los padres para que se relacionen con sus hijos para establecer una buena relación. Y esos ocho principios son los que los padres aprenden aplicar durante la terapia de juego filial. De igual manera O'Connor (2017) comenta que la terapia centrada en el niño enseña a los padres en que deben confiar en que los niños son capaces de crecer de manera sana cuando se les ofrecen las condiciones apropiadas.

West (2009) menciona que la terapia centrada en la persona considera que los humanos son racionales, progresistas y realistas así cada individuo posee un impulso innato hacia el crecimiento y autorrealización. Así los teóricos afirman que la conducta desadaptada con frecuencia es una respuesta a un ambiente (emocional, físico, espiritual y cognoscitivo) crítico, invasor en el cuidado del individuo que satisfacen de manera inconsciente las necesidades de éste. Por ejemplo, en el caso de muchos niños su ambiente material y emocional con frecuencia ha sido inconsciente, inadecuado y no responde a sus necesidades (Ritter, 1975; Wolff, 1981, citado por West, 2000).

La teoría centrada en el niño no relaciona edad, desarrollo físico o psicológico, se centra en que se descubra así mismo y que se convierta o madure. Y esta se basa en los constructos de la personalidad como:

- **La persona:** Son las autopercepciones, pensamientos, sentimientos, fisiología y conducta.

El desarrollo se da a medida que se experimenta cambiando continuamente.

- **El campo fenomenológico:** Es todo lo que el niño ha experimentado interna y externamente. Para entender la terapia debe entenderse las percepciones que el niño tiene sobre la realidad.

- **Self o sí mismo:** Se desarrolla a partir de la interacción, emocionalmente y conductualmente con otros formándose el yo.

De acuerdo a West (2009) este enfoque se centra más en el niño que en sus problemas aunque los síntomas son importantes. El éxito o fracaso de esta terapia depende del mantenimiento de la relación terapéutica, esta se enfoca:

- En el niño más que en el problema.
- El presente más que en el pasado.
- Los sentimientos más que en el pensamiento.
- La comprensión más que en la explicación.
- La dirección del niño más que en la instrucción del terapeuta.

Los terapeutas deben abordar los problemas enfocando la terapia al menor y a la familia (padres) para desarrollar formas más efectivas en el tratamiento. Hay evidencias que los problemas de comportamiento infantil se originan por diversos factores como son la disfunción familiar, la genética, los problemas de temperamento, las relaciones entre hermanos, los problemas físicos, las discapacidades y los factores socioeconómicos. Esto ocasiona que los niños pueden experimentar trastornos internalizados y externalizados como resultado de estos problemas (Everett, C. 2000)

Landreth 2002 (citado por Capps 2012) comenta que el terapeuta debe observar la dinámica familiar y cómo es que responden los padres cuando se les involucra. No debe solo enfocándose únicamente en el mal comportamiento del niño si no en su buen comportamiento y sus fortalezas. El terapeuta usa el juego para acceder al inconsciente del niño además de que ayuda al niño a expresarse y resolver alguna experiencia traumática y le permite expresar y explorar sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas por lo que los niños son capaces de usar los juguetes para decir lo que no pueden decir.

También las metas de manera inicial en la terapia es enfocarse en el niño en quien debe autodirigir sus esfuerzos para convertirse en una persona con capacidad de afrontar sus problemas actuales y futuros. Por lo tanto dentro de los objetivos a desarrollar con este modelo se encuentran:

- El autoconcepto/Confiar en sí mismo
- Asumir la responsabilidad de sí mismo
- Lograr ser independiente
- Aceptarse

El rol del terapeuta por su parte debe evitar hacer preguntas, solo sigue las claves del niño y no se busca dar soluciones. Debe facilitar, alentar y ser compañero del niño en la exploración y no es director o compañero de juego. Mientras el rol de los padres dentro de la terapia es construir y mejorar la relación padre-hijo por medio de la enseñanza de habilidades de la terapia. Los padres también pueden participar como agentes terapéuticos para sus hijos empleando las habilidades de

la terapia centrada en el niño a través de un enfoque llamado terapia filial. Por medio de esta los cuidadores aprenden los principios básicos en sesiones semanales de juego (Capps, 2012)

Virginia Axline (1974) fue quien desarrolló los principios bajo los cuales se basa la terapia centrada en el niño basados en los conceptos Rogerianos estos son los que guían al terapeuta en la terapia, siendo los siguientes:

1. **No apresurar al niño:** el terapeuta no apresura el curso de la terapia, ni el que el niño exprese algo para lo que no esté listo.

2. **Crear en el niño:** el terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios. Cuando el terapeuta deja que el niño sea responsable de hacer los cambios, está centrado la terapia en el niño. El terapeuta intenta ayudar al niño a comprender que él es responsable de sí mismo.

3. **Permitir al niño ser el mismo:** el terapeuta no intenta dirigir las acciones del niño en forma alguna, el niño guía el camino y el terapeuta lo sigue, no realiza sugerencias.

4. **Interés genuino:** el terapeuta debe desarrollar una relación tierna y amigable con el niño mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.

5. **Aceptación incondicional:** el terapeuta acepta al niño como es, conservando una relación tranquila, segura y amigable con el niño. Evita demostrar cualquier señal de impaciencia y no realiza alguna crítica o reproche.

6. **Reflejar la conducta:** el terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que el niño logra profundizar más de su comportamiento.

7. **Crear un ambiente de seguridad y permisividad:** con esto el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo, no existen sugerencias siendo esto apropiado para el éxito de la terapia.

8. **Establecer límites:** el terapeuta sólo establece aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia y hacerle al niño responsable en la relación.

Con esta terapia se busca la adaptación, salud mental, el crecimiento del desarrollo y autorrealización del niño, ser una persona adaptada y que no tiene tantos obstáculos. Debido a que la desadaptación se da cuando la persona niega experiencias significativas a la consciencia por lo que no se simbolizan y organizan en la estructura del self, dándose un desajuste entre la realidad de la conducta y el concepto de sí mismo.

- **Terapia cognitivo conductual**

Por su parte la terapia cognitivo-conductual aporta la capacitación a los padres mediante el moldeamiento del terapeuta que ellos observan respecto a cómo interactuar con sus hijos. Así les ayuda a trabajar en:

- Cambiar la conducta disruptiva de los niños.
- Manejar adecuadamente los premios y castigos.

- Emplear el tiempo fuera
- Mediante la retroalimentación de terapeuta los padres van modificando sus aprendizajes en las habilidades.

Susana Knell combinó la teoría y las técnicas de las terapias cognitiva y conductual con los principios de la terapia de juego, para crear la terapia de juego cognitivo-conductual, elaboró actividades lúdicas para llevar a cabo las intervenciones conductuales, como la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, el moldeamiento, el desvanecimiento de estímulos, la extinción, el registro de pensamientos disfuncionales, cuestionamiento de creencias irracionales y el uso de autoafirmaciones de afrontamiento. Knell ha trabajado con este método con niños que presentan problemas emocionales y conductuales usando juguetes entre ellos muñecos de peluches y títeres. (O'Connor 2016).

Castillo, et, al. (2012) menciona que en la terapia cognitiva hay cinco elementos que deben tenerse en cuenta para trabajar las dificultades psicológicas humanas, siendo las siguientes:

- El contexto interpersonal y ambiental.
- La fisiología de las emociones.
- Las emociones.
- La conducta.
- La cognición.

Por lo tanto este autor considera que en la terapia cognitiva conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos (denominados distorsiones cognitivas) ejercen un efecto adverso sobre las diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales. Y lo antes mencionado nos ayuda a entender que los trastornos psicológicos son formas de conducta que han sido adquiridos o modificados mediante la influencia del desarrollo, aprendizaje, percepción, cognición e interacción social, y la aplicación de estos pueden utilizarse para producir el cambio terapéutico.

La terapia de la conducta infantil no equivale al condicionamiento operante de Skinner, aun cuando el trabajo de este haya sido una de las principales influencias. En el condicionamiento operante la clave para el aprendizaje es la consecuencia de la respuesta, es decir, se identifican las contingencias ambientales positivas y negativas que aumentan y disminuyen la frecuencia de las conductas y estas se modifican con el fin de disminuir las conductas problema y de aumentar las conductas adaptativas (Castillo, I. et, al. 2012)

Compton et al., 2004; Velting et al. 2004. Citados O'Connor (2016) refieren que la investigación sugiere que combinar las intervenciones cognitivas y conductuales es lo más eficaz para ayudar a los niños a manejar eventos y emociones difíciles. Basándose en distintas estrategias como las siguientes:

- **Psicoeducación:** enseñar al niño acerca de un trastorno específico, normalizar los estados emocionales. Se puede incluir a la familia.

- **Reestructuración cognitiva:** identificar, cuestionar y modificar los pensamientos desadaptativos (distorsiones cognitivas) facilita que la intervención sea más adecuada.

- **Autoafirmaciones positivas:** enseñar enunciados claros de autoafirmación para reemplazar pensamientos desadaptativos. Estas contribuyen a desarrollar las habilidades de afrontamiento a través del control activo. También incluyen afirmaciones de reforzamiento.

- **Solución de problemas:** enseñar maneras sistemáticas y activas de afrontamiento. Implica identificar el problema, formular una meta, hacer una lluvia de ideas, evaluar los resultados y elegir la mejor estrategia.

Y las técnicas conductuales incluyen:

- **Modelamiento:** ofrecer un modelo que enseñe conductas y pensamientos más adaptativos.
- **Entrenamiento de relajación:** estrategias para calmar las reacciones corporales (sensaciones fisiológicas) como la respiración, la imaginería y relajación muscular

- **Manejo de contingencias:** las conductas se modifican a implementar contingencias (dar un reforzamiento positivo a una conducta para aumentar la probabilidad de que esta se repita, incluyen reforzadores sociales o materiales)

- **Moldeamiento:** ayuda al niño a acercarse de manera progresiva a una meta. El reforzamiento positivo de pequeños pasos se usa cuando el niño se aproxima a la meta.

- **Desensibilización sistemática:** las emociones negativas y las conductas desadaptativas son reemplazadas de manera sistemática por conductas/emociones más adaptativas.

- **Exposición:** enseñar al niño de manera gradual y sistemática a confrontar objetos o situaciones. por lo general, se requiere elaborar una jerarquía de miedos, que se usa en combinación con la prevención de la respuesta, el cual le ofrece al niño alternativas positivas.

Bandamian & Ebrahimi (2017) refieren que el juego es considerado como un elemento central del crecimiento saludable en los niños y la terapia de juego cognitivo-conductual es una combinación de varias técnicas de terapia de juego con un modelo de comportamiento cognitivo para aumentar las conductas deseables como en las relaciones sociales y en el desarrollo de la autorregulación y la autoestima ayudando a reducir las conductas dañinas en los niños, y este enfoque se usa para tratar trastornos como la ansiedad, todo tipo de fobias, estrés, depresión y problemas de conducta en los niños.

Como lo señalan Pope et al. 1999 (citados por Bana, S. et, al. 2017) el entrenamiento cognitivo-conductual aumenta la autoestima de los niños ya que intenta cambiar el pensamiento irracional y el comportamiento inadaptado de estos. Ya que como proponen Friedberg & McClure (2005) los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de reaprendizaje.

- **Terapia familiar**

De acuerdo a Ryan (2005) (citado en Santiago, 2007) de la terapia familiar se retoma la importancia de involucrar a la familia en el proceso terapéutico del niño, porque cada miembro tiene relación con los demás por lo que el cambio en alguno de ellos provoca modificaciones en los demás miembros de la familia. Dentro de la terapia filial pueden verse las interacciones entre los familiares siendo el juego un medio de posible cambio entre la dinámica familiar. La terapia filial permite que la familia se relacione de manera diferente y el terapeuta aprovecha a los padres como los principales agentes de cambio sobre la conducta y dinámica familiar.

1.3.4 Finalidad de la terapia filial

El terapeuta hace participar a los padres como los agentes principales del cambio de su propia familia. Las sesiones de intervención llegan a tener un plazo relativamente corto que en muchas familias requiere entre 10 y 20 sesiones. Puede emplearse como prevención primaria para fortalecer los vínculos familiares, como medio de compensar problemas potenciales de familias en riesgo. De igual manera ayudar a toda la familia a disfrutar más entre sí; resolver los problemas presentes al nivel más fundamental; mejorar la comunicación y la solución interpersonal de problemas; mejorar las interacciones entre sí; y adquirir la confianza para funcionar de manera más independiente, cohesiva y con mayor satisfacción con la vida familiar (Alivandi-Vafa & Hj Ismaila, 2010)

1.3.5 Alcances

Schaefer (2012) refiere que la terapia filial contribuye al fortalecimiento de las familias por medio de la obtención de relaciones más satisfactorias basadas en el amor, la comprensión, la confianza, la seguridad, la lealtad, la pertenencia, la compasión, la compañía y el disfrute.

Además ayuda a los niños a reconocer y expresar sus sentimientos de manera constructiva y precisa ayudándoles aumentar su autoestima y confianza, eliminar sus conductas inadaptadas así mismo como a desarrollar habilidades de solución de problemas. Todo lo anterior debido a que se propicia la autorregulación y a fortalecer la confianza con sus padres.

De igual manera este autor resalta los beneficios de la terapia es útil para tratar problemas infantiles y familiares. Ansiedad, Problemas de conducta, duelo, depresión, problemas de apego, enojo, problemas familiares, niños trastorno con déficit de atención, autismo. Así mismo puede usarse de manera individual o comunitaria como alberges y hospitales.

1.3.6 Materiales

West (2006) menciona que en este modelo se trabaja con el juego y dibujo libre, además recomienda materiales como y juguetes que fomenten el juego simbólico e imaginativo para la expresión del niño.

Entre los juguetes y materiales se siguieren los siguientes:

- Muñecos y títeres
- Casa de muñecas
- Juegos de construcción
- Rompecabezas y juegos de mesa
- Pintura, colores y plumones
- Plastilina o arcilla
- Animales y soldados
- Juguetes domésticos como sillas, mesas.

Capítulo 2. Autoconcepto, autoestima y regulación emocional en escolar

2.1 Definición de autoestima y autoconcepto

El autoconcepto es una construcción fundamental que refleja nuestro propio sentido de conciencia, de pertenencia social de nuestra identidad. Es ese constructo que integra nuestras disposiciones básicas y que está estructurado por el núcleo personal (el sí mismo), que tiene la finalidad de regular el comportamiento interpersonal, posibilitando que seamos competentes en el mundo social (Cross y Masson, 1997, Citado por Núñez & Dell 2013)

Liu, M., Wu, L. & Mirig, Q. (2015) mencionan que el autoconcepto se define como los sentimientos propios de una persona sobre sí misma y lo que refleja la evaluación que ella hace de su propio valor (Franco, 2006, citado por Gaeta, M., & Cavazos, J. 2015) considera que el autoconcepto se refiere al conocimiento que poseen los individuos de las características o atributos que utilizan para definirse a sí mismos y al medio en el que se desenvuelven, diferenciándose de los demás. Se trata de un conocimiento que no está presente en el momento del nacimiento, sino que es el resultado de un proceso activo de construcción por parte del sujeto a lo largo de todo su desarrollo evolutivo (Fernández, A. & Goñi, E. 2008)

El autoconcepto incorpora también una imagen corporal que explora cómo uno se ve a sí mismo en cuanto al aspecto físico y corporal, sensaciones, gestos y expresiones. El desarrollo del yo corporal en los infantes inicia con la autoconciencia en el segundo año de vida y continúa con el desarrollo del autoconcepto durante la etapa preescolar y más allá (Gaeta, M., & Cavazos, J. 2015).

A su vez, el autoconcepto se nutre de la identidad personal. El sentido de identidad proporciona información sobre la permanencia de nuestras características específicas y únicas. Además, la identidad personal se encarga de agrupar las valoraciones cognitivas sobre uno mismo, o la autoconciencia, y las valoraciones de las conductas realizadas, o la autoeficacia. La conciencia, la autoeficacia y los juicios afectivos sobre nosotros mismos, es lo que definimos como *Autoestima* (Núñez y Dell, 2013)

Fernández, A. & Goñi, E. (2008) describen las características del autoconcepto en los niños escolares siendo:

- 6 a 12 años: el autoconcepto se describe más en términos de carácter psicológico y social existiendo más factores influyentes en la construcción del autoconcepto como la conciencia de logros y/o fracasos (desarrollo capacidad cognitiva y psicomotriz) también hay un aumento interacciones sociales.
- Hacia los 9-12 años: la aceptación social contará con un espacio privilegiado en la escala de valores del niño.

La autoestima es lo que “yo” pienso y siento sobre sí mismo y la medida en la cual una persona se aprecia, valora, aprueba o se gusta a sí mismo (Blasvovich y Tomaka, 1991, citados por Núñez & Dell, 2013). Para León (1995) (citado en De Tejada , 2010) el sistema del “yo” está constituido por tres elementos: el autoconcepto (punto de vista que se hace el individuo sobre lo que él es), el autocontrol (conciencia de sus destrezas para dirigir su propia conducta) y la autoestima (reconocimiento de sus propios sentimientos).

El primer factor del que depende la autoestima es lo que piensa la persona acerca de sí misma, sea porque se conozca bien a sí misma o sea porque considere que quienes le conocen piensan bien de ella. Por lo que la autoestima es también función del propio conocimiento. Una de las características de las personas con baja autoestima es que no se aceptan como son.

El término autoconcepto se usa para describir cómo se sienten los niños respecto a sí mismos.

Para hacer un buen contacto con el mundo, necesitamos conocer las funciones de contacto como mirar, escuchar, tocar, saborear, oler, moverse, expresar sentimientos, ideas, pensamientos, curiosidades, etc. (Polster y Polster, 1973, citado por Oaklander, 2012)

Estas habilidades constituyen nuestro señor o sí mismo. Los niños con trastornos emocionales tienden a aislarse de alguna manera, anestesian sus sensaciones, restringen su cuerpo, bloquean sus emociones y cierran su mente. Ellos no pueden hacer un buen contacto y el sí mismo se inhibe su aún más. Hay varios factores del desarrollo que contribuyen a esto.

Gamargo (1997) (citado por De Tejeda, 2010) describe que la autoestima se puede desarrollar mejor cuando se experimentan positivamente cuatro aspectos:

- **Vinculación:** el reconocimiento de ser importante para otros.
- **Singularidad:** conocimiento y respeto que sienten por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente.
- **Poder:** consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidades para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.
- **Modelos:** los cuales le sirven de referencia para proyectarse ante los demás.

Por lo tanto como consideran varios autores, la autoestima está formada por un carácter personal y social importante ya que tiene que ver cómo nos vemos a nosotros mismos y cómo nos ven los demás. Keshky & Abdelmawgoud, (2017) reportan que la autoestima de una persona está influenciada por la educación y las sociedad desde principios de la infancia. Estos autores de igual manera mencionan que la autoestima está relacionada con el desempeño académico del niño debido a que el reconocimiento de su propio valor se relaciona con su capacidad de afrontamiento ante diversas circunstancias.

Aladro (2012) refiere que la estructura de la autoestima se basa en la interacción de tres dimensiones que trabajan de forma correlacionada, por lo que la modificación en una de ellas altera la función de las otras dos: La cognitiva, la afectiva y la conductual.

De igual manera Aladro (2012) considera que varios traumas como el rechazo, abandono, divorcio, enfermedades, pueden ocasionar que el niño se retraiga de algún modo. Esto lo hace instintivamente para protegerse pero hay una serie de etapas del desarrollo y factores sociales en su vida que también hacen que él se restrinja, se bloquee o se inhibe a sí mismo.

Para Branden (1997) existen aspectos sociales que afectan el desarrollo del niño como establecer límites y se deben aplicar para mantener al niño a salvo. Lo que marca la diferencia es como se hace. El niño aprende mediante una manera suave y amorosa de repetición. Las expectativas culturales hacen los niños aprendan de su grupo cultural específico lo que se espera

de ellos. Para algunas culturas, el niño debe aprender a guardarse sus sentimientos, en otras hay mayor libertad para expresarlos.

Entre los sistemas que afectan el desarrollo del niño se tiende a culpar a la familia por todo lo que ocurre. Sin embargo, en nuestra estructura social hay una serie de otros sistemas que afectan a los niños.

- El escolar
- El judicial
- Sistema de bienestar social
- Sistema político

Sin embargo, Branden (1997) considera que los padres crean importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de sus hijos cuando:

- Transmiten que el niño no es suficiente.
- Le castigan por expresar sentimientos inaceptables.
- Le ridiculizan.
- Transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancia.
- Intentan controlar mediante la vergüenza o la culpa.
- Le sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan normal aprendizaje y creciente confianza

en sí mismo.

- Educan al niño sin ninguna norma o son contradictorias, confusas, en ambos casos inhiben el crecimiento normal.

- Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas.

Sin embargo, Polaino (2004) menciona que el origen de la autoestima tiene mucho que ver con el conocimiento personal, en esto influye las relaciones tempranas entre padres e hijos, lo que se conoce como apego ya que la estimación de cada persona respecto a sí misma surge de la percepción de sí mismo con respecto a otros. Sin duda el tipo de relaciones que se establezcan entre padres e hijos constituye un importante factor en la formación de la autoestima. Existen actitudes de los padres que ayudan para el desarrollo de una adecuada autoestima de los niños. Polaino, (2004) las sintetiza tomándolas de (Rosenberg, 1965; Coopersmith, 1967; Baumrind, 1975; Newman y Newman, 1987; Polaino-Lorente, 2000; Polaino-Lorente y Cerraño, 2000)

- Aceptación incondicional, total y permanente de los hijos, con independencia de sus cualidades y formas de ser.
- Afecto constante, realista y estable, sin altibajos o cambios bruscos como consecuencia de las variaciones del estado de ánimo o del cansancio de los padres.
- Implicación de los padres respecto de la persona de cada hijo, de sus circunstancias, necesidades y posibles dificultades.
- Coherencia personal de los padres y el hecho de que dispongan de un estilo educativo que esté presidido por unas expectativas muy precisas y que se establezcan unos límites muy claros.
- Valoración objetiva del comportamiento de cada hijo, motivándolos a que sean ellos mismos, elogiando sus esfuerzos y logros.
- Proveerles de la necesaria seguridad y confianza, que les reafirma lo que valen y les permiten sentirse seguros de ellos mismos.

2.2 Características de autoestima en los niños escolares y factores de riesgo

En los niños puede observarse que el nivel de satisfacción o insatisfacción que llegan a tener sobre sí mismos llega a ocurrir en la manera en que son percibidos ya sea como "inteligentes" o "no inteligentes" variando a menudo en sus niveles de autoestima. De hecho los niños con mejor autoestima son más activos, entusiastas, confiados y arriesgados que aquellos con baja autoestima probablemente son tímidos e introvertidos. Estudios han reportado que el tipo de crianza influye en el desarrollo de la autoestima debido a que no recibieron atención y/o cuidado adecuado (Keshky & Abdelmawgoud, 2017). De acuerdo a Bordignon (2005) lo anterior entra dentro del estadio del desarrollo psicosocial de Erikson inferioridad vs competencia que se da en la edad escolar de los 6 años a los 13 y que refiere que es función de los padres y de los profesores ayudar a que los niños desarrollen sus competencias individuales y de aprendizaje y ese apoyo genera un sentimiento de competencia o de inferioridad existencial repercutiendo en el aprendizaje cognitivo y comportamental.

Fernández & Goñi (2008) describen que desde un punto de vista evolutivo durante los primeros años escolares, la valoración y exactitud de sí mismo es típicamente positivo. Hasta los ocho años se encuentra una tendencia a valorarse a sí mismo de forma idealizada y no siempre ello coincide con los datos de la realidad. Es así como el perfil de la autoestima presenta oscilaciones normativas y se muestra elevada de manera irreal en las edades tempranas. Se sitúa de manera real en torno a los 8 años; edad a partir de la cual tiende a bajar. Poco después aumenta pero al llegar a los 11-13 años tiende a bajar coincidiendo ello con las transformaciones de la pubertad

Polaino (2004) hace mención que la mayoría de los niños que van a terapia se caracteriza por tener dos problemas básicos:

- Les cuesta hacer un buen contacto con padres, profesores y adultos en general
- Tienen un pobre autoconcepto o sentido de sí mismos

Durante la etapa escolar los niños y niñas que tienen un buen desempeño académico, por lo general no presentan problemas con su autoestima, puesto que dados sus logros escolares y la importancia de éstos, tienden a sentirse satisfechos con ellos mismos.

Por el contrario, los y las escolares con bajo rendimiento académico, tienden a presentar baja motivación para aprender, a esforzarse poco para alcanzar sus metas, a quedarse con una sensación de frustración por sus experiencias de fracaso, a sentirse poco eficaces y evitar los desafíos escolares ya que parten de la creencia errada de que no les irá bien (De Tejeda, 2010)

2.3 Intervención

De Tejeda, (2010) describe la importancia del vínculo socioafectivo en el ámbito escolar ya que en el estudio que realizó con 866 niños y niñas de primer grado de primaria de una escuela pública de Venezuela encontró que la autoestima está conformada por elementos que surgen desde la afectividad de otros como sus padres, madres, amigos, amigas, compañeros y maestros. Pues expresiones de los ítemes de la prueba para medir la autoestima como (Le gusto a mis compañeros y compañeras de juego), (Le importo a las demás personas) se constituyen en referentes importantes para estos escolares al momento de evaluar su selección como individuo ante otros.

Este autor como recomendación se basa en que la escuela es un lugar importante donde los niños se van desarrollando por lo tanto es indispensable que se acompañe en especial los maestros a cada niño en sus experiencias afectivas y académicas reconociéndolas y fomente un ambiente social así mismo de cooperación entre los alumnos. De igual manera sugiere que una de las prioridades en las escuelas debe ser la educación emocional.

Mestre y Frías (1996), Olmedo, del Barrio y Santed (1998), Barrett, Webster y Wallis (1999) & Garaigordobil (2002, 2007) (citados en Rodríguez & Caño, 2012) mencionan los efectos positivos sobre la autoestima y autoconcepto usando las estrategias como el aprendizaje de habilidades sociales, la auto-observación y reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas mejorando la comunicación social, la expresión y comprensión de emociones y la resolución de conflictos.

Fazio-Griffith, L. & Ballard, M. (2014) reportan que una orientadora educativa uso la terapia de juego cognitivo-conductual para dar orientación grupal a niños de primaria para el desarrollo de habilidades sociales y emocionales. Fueron 8 sesiones donde usaron diversas técnicas, siendo las siguientes:

- **Técnica de modelado:** cada miembro del grupo escribió sus cualidades y al terminarlas compartió con el grupo al final, se les dijo que las recordaran cuando tuvieran dificultades en la escuela o en casa.

- **Técnica de contingencias de comportamiento:** los estudiantes debían aprender a identificar sus emociones, en qué momentos las han sentido y expresarlas de manera asertiva jugando el juego “Feeling Frog Hot Potato”

- **Técnica de contingencias de comportamiento para aprender a tomar decisiones apropiadas:** se les presentó en equipo una historia y al final debían tomar la decisión de cómo la terminarían y con contingencias concluye la orientadora la sesión.

- **Técnica autoafirmaciones de afrontamiento:** los estudiantes reemplazaron los comportamientos negativos utilizando las autoafirmaciones de afrontamiento (aprendieron a ser positivos con ellos mismos haciendo una imagen personal positiva desarrollando un collage con cualidades positivas y lo que les gustaba hacer)

- **Técnicas de manejo de estrés:** se usaron ejercicios de respiración y contingencias de comportamiento.

- **Técnicas de autoafirmaciones de comportamiento:** se trabajó la autoestima mediante la creación de una autoimagen positiva.

- **Técnica alternativas de afrontamiento positivas:** para expresar el enojo de manera apropiada, hicieron una lista con las opciones que podrían hacer cuando se enojan.

- **Técnica de ensayo de comportamiento:** esta brinda a los miembros del grupo la oportunidad de practicar formas apropiadas de establecer relaciones.

Como conclusión describen que los niños que participaron en la intervención tenían habilidades sociales desadaptativas que incluían malas relaciones interpersonales, incapacidad para hacer amigos, problemas para controlar las emociones y manejo del estrés. Y como resultados de la

intervención consideran que el uso de la terapia de juego cognitivo conductual beneficio para que los alumnos adquirieran las habilidades sociales que se trabajaron en cada sesión y en saber cómo aplicarlas dentro y fuera del aula.

En este capítulo se mencionan aspectos importantes en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima en los niños los escolares entre los cuales se encuentra como principal factor el medio en el que se desarrollan ya sea en el núcleo familiar y en la escuela. La familia como principal agente socializador y de aprendizaje de los niños tiene la responsabilidad de generar un ambiente seguro donde los niños se sientan protegidos y amados pero también existen diversos factores de riesgo que pueden ocasionar que la crianza no sea la óptima y afecte la seguridad así como el ir reconociendo en ellos mismos en lo que son buenos e ir formando su yo. Lo mismo ocurre en la escuela donde los niños aprender una manera distinta de socialización pues conviven con más niños pero además se incluye el aprendizaje académico el cual irá fortaleciendo las habilidades previas de los niños y sirvan como medio motivador de sus fortalezas haciéndolos sentir seguros y felices consigo mismos o en cierta manera frustrados por no poder hacerlo. Es por lo tanto que el ambiente donde se desarrollan los niños es muy importante ya que este lo motivara y reforzara para que puedan hacer diversas cosas que aprenden en casa o en la escuela y al mismo tiempo se irá generando un sano autoconcepto y autoestima en la personalidad del menor tratando con esto generar posteriormente patologías respecto a estos.

2.4 Regulación Emocional

Las emociones se caracterizan por el comportamiento que refleja el placer o desagrado del estado de una persona. Estas pueden variar en cuanto a la intensidad, y las emociones están influidas por aspectos biológicos, por ejemplo, en la regulación neurobiológica de las emociones y por la experiencia (Santrock, 2007)

Por otro lado Lawler (1999) define las emociones como estados evaluativos, sean positivos o negativos, relativamente breves, que tienen elementos fisiológicos, neurológicos y cognitivos. Y Brody (1999) ve las emociones como sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tienen una valencia positiva o negativa (sentirse bien o mal), que varían en intensidad, y que suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que merecen nuestra atención porque afectan a nuestro bienestar (citados en Bericat, 2012).

Todas las personas experimentamos diversas emociones a diario, por lo que es importante distinguir entre diferentes clases de estados afectivos (Bericat, 2012). Este autor dentro de las emociones primarias y secundarias menciona las siguientes:

- **Las emociones primarias:** se consideran respuestas universales, fundamentalmente fisiológicas, evolutivamente relevantes y biológica y neurológicamente innatas.
- **Enojo/ira:** Es una reacción de irritación, furia o cólera desencadenada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos y se genera cuando tenemos la sensación de haber sido perjudicados.

- **Miedo:** Emoción que se experimenta ante un peligro real e inminente
- **Tristeza:** Se desencadena ante una pérdida significativa, además es una respuesta a un suceso pasado y en ésta nadie es culpable, la tristeza se asocia con el llanto; esta emoción puede producir pérdida del placer e interés, por lo que la reducción de actividades es característica de ésta, además hay desmotivación y pérdida de esperanza.
 - **Alegría/felicidad:** Es la forma de valorar la vida en su conjunto así como un estado de bienestar; se relaciona con el gozo, la sensación de bienestar, la capacidad de disfrute, el estar contento y la alegría.
 - **Asco/Desagrado:** emoción básica e innata su principal función es ayudar a decir no y a formar una personalidad, genera conductas de rechazo ante estímulos aversivos tanto para la salud física como para la psicológica.
 - **Las emociones secundarias:** pueden resultar de una combinación de las primarias, están muy condicionadas social y culturalmente.
 - **Vergüenza:** surge de una evaluación negativa del yo (que puede provenir tanto de la propia persona como del exterior) existen deseos de ocultarse, volverse invisible y desaparecer. Aparece alrededor de los 2 años.
 - **Amor:** es la emoción experimentada por una persona hacia otra persona, ideal, animal cosa, etc. En cuanto a la respuesta del organismo Goleman (1996) expone que hay una respuesta de relajación, calma y satisfacción.
 - **Resentimiento:** significa repetir el sentimiento de enojo, es decir, volver a sentir aquel pesar que ocasionó la ofensa de sufrimiento en el pasado.

- **Decepción:** es sentir insatisfacción cuando aquello que se había planeado o que se esperaba sucediera finalmente no ocurre o bien sucede del modo que no se esperaba.
- **Nostalgia:** refiere recuerdo de algo que se tuvo, al anhelo por volver al pasado por algo que se vivió o algo que no se tiene.

De acuerdo con Núñez & Sell (2013), las emociones se pueden reflejar en varios aspectos:

- **Las conductas:** Ante una emoción se realizan gestos faciales, se expresan ideas o palabras, pueden verlas los demás por lo tanto permiten comunicar.
- **Los signos corporales:** Unas u otras emociones inducen respuestas muy distintas en nuestro cuerpo, por ejemplo, la aceleración del ritmo cardiaco, la sudoración o tensión de los músculos. Cuanto mejor se conozca lo que sucede ante cada emoción, mejor se podrán controlar y cambiar esos signos.
- **Los pensamientos:** Lo que se piensa en cada situación influye notablemente en cómo se resuelve.

Santrock, (2007) menciona que la capacidad de los niños en controlar sus propias emociones es clave en el desarrollo ya que le permite adaptarse y alcanzar sus objetivos.

Por su parte Eisenberg (2001) (citado en Santrock, 2007) desglosa algunas de las tendencias del desarrollo para controlar las emociones durante la niñez, por ejemplo:

- **Recursos de externos a internos:** los bebés se basan en sus padres para regular sus emociones, conforme van creciendo pueden ir regulando sus emociones de manera interna.
- **Estrategias cognitivas:** con la edad se incrementan las estrategias para pensar en situaciones de forma positiva y el cambio y enfoque de la atención.
- **Activación emocional:** con mayor madurez los niños son capaces de controlar su activación emocional (cómo controlar arrebatos de enojo)
- **Afrontamiento del estrés:** conforme crecen los niños se vuelven más capaces de desarrollar estrategias para afrontar el estrés.

El desarrollo de la regulación emocional como comentan Heras, Cepa & Lara (2016) inicia desde el nacimiento ya que los niños crecen en un ambiente impregnado de emociones. De esta manera, durante los primeros años de vida, el menor aprenderá a manifestar sus propias emociones, a recibir las de los demás, y a responder ante ellas tratando de controlar sus propias emociones. La forma en cómo realice este aprendizaje y en cómo se desarrolle emocionalmente dependerá su bienestar y calidad de vida. Figueroa (2009) es otro autor que considera que la capacidad del niño para autorregularse empieza a desarrollarse en la infancia debido a que es un periodo de relativa dependencia del adulto responsable para la regulación emocional por lo que los episodios de desregulación al principio son manejados por los cuidadores primarios, y cuando esto no ocurre se puede comprometer el desarrollo sano seriamente.

De igual manera Sabatier, Restrepo, Moreno et al. (2017) refieren que los seres humanos aprenden a regular sus emociones en un progreso gradual y continuo que comienza desde el

nacimiento con ayuda total de los cuidadores para el manejo emocional de sus necesidades hasta la edad adulta y cuando los individuos adquieren independencia y responsabilidad empiezan a controlar sus propios procesos emocionales.

Sabatier, Restrepo, Moreno et al. (2017) también consideran que durante la infancia y la adolescencia, la adquisición de habilidades para modular las respuestas emocionales está estrechamente relacionado con la maduración de los sistemas neurofisiológicos y las estructuras biológicas para que los individuos alcancen diferentes niveles de organización en dimensiones fisiológicas, cognitiva y conductual.

Heras, Cepa & Lara (2016) definen la regulación emocional como: la capacidad de desarrollar el manejo de las emociones de forma apropiada y el tener buenas estrategias de afrontamiento, autogenerar emociones positivas y desarrollar una expresión emocional apropiada.

Para Dodge & Garber, (1991); Murphy, Eisenberg, Fabes, Shepard & Guthrie (1999) citados por Arango, et. al. (2007) la regulación emocional es el incremento, disminución o simplemente el mantenimiento de la emoción y su intensidad. Por lo que la regulación emocional sería entonces el manejo exitoso de la activación emocional para asegurarse un funcionamiento social efectivo al (iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de estados de sentimiento internos y procesos fisiológicos relacionados con la emoción). Se considera por lo tanto que las personas manejan sus propias emociones aplican regulación emocional y esta se ha relacionado con resultados tan importantes como la salud mental. Algunas formas de regulación emocional de hecho se ajustan a sistemas psicológicos y neurobiológicos que participan en el

esfuerzo de control de la acción y la atención (Ochsner y Gross, 2005, 2008; Tice y Bratslavsky, 2000, Gross y Munz, 1995, citados por Koole, 2009).

Koole, (2009) menciona que el propósito de regulación de la emoción es aumentar, mantener o disminuir las respuestas emocionales positivas o negativas espontáneas de las personas.

Teniendo en cuenta la función de adaptación al ambiente, la regulación supone el manejo de la emoción a favor de un mejor funcionamiento del individuo en una situación dada. La regulación de emociones es un heterogéneo conjunto de procesos de control que apunta a manejar cuándo, dónde, cómo y cuál emoción experimentamos y procesamos. Estos procesos de control tienen un periodo de desarrollo y subprocesos que ocurren en distintas etapas de la vida y ocurren a niveles tanto automáticos como conscientes (Esquivel, et. al. 2013).

La regulación de la emoción puede cumplir múltiples funciones, incluida la satisfacción de las necesidades hedónicas, la facilitación de objetivos y tareas específicos y la optimización del funcionamiento de la personalidad (Koole, 2009)

Las diferencias individuales en los patrones de regulación emocional pasan a ser características de la personalidad. Es así como la falta de un control emocional adecuado (tanto la carencia como el exceso) puede ser un precursor del desarrollo de psicopatología. La regulación emocional competente constituye tanto un signo como una explicación para el funcionamiento psicosocial adaptativo. Las emociones proveen a las personas con valiosa información sobre sí mismos, el ambiente y su relación con el mismo. La habilidad de un niño de identificar, comprender e integrar la información emocional y al mismo tiempo manejar la información de acuerdo a sus metas tanto

personales como interpersonales o sociales es la esencia de la regulación emocional. (Figuerola, 2009)

Entre los factores de riesgo para no contar con una regulación emocional adecuada en los niños se encuentra el medio de pobreza debido a que se generan más dificultades de aprendizaje, menos oportunidades para el desarrollo social, educativo y personal así como un aumento de las deficiencias nutricionales generando problemas de salud y otro factor de riesgo es una familia conflictiva (Sabatier, Restrepo, Moreno et al. 2017)

Para Heras, Cepa & Lara (2016) la competencia emocional en la educación infantil debe contar con la capacidad para reconocer y expresar emociones (conciencia emocional), regulación emocional, ponerse en el lugar de otro (competencia social) e identificar y resolver problemas (habilidades de vida para el bienestar). Arango, et. al (2007) refieren que la concepción en cuanto al concepto de la regulación emocional dejó de ser entendida como supresión de emociones y control de impulsos, para ser comprendida como modulación de estados afectivos en función de metas.

2.5 Características de regulación emocional en los niños escolares

Se considera que los primeros vínculos emocionales se establecen en el seno de la familia y la escuela supondrá el segundo agente educativo para el desarrollo emocional de los menores (Heras, Cepa & Lara, 2016)

Sabatier, Restrepo, Moreno et al. (2017) mencionan que en los niños escolares a los 7-8 años se produce un cambio importante a nivel cognitivo porque los niños son capaces de pensar menos egocéntricamente y eso les permite tomar conciencia de que hay diferentes puntos de vista para cada situación y entienden que diferentes eventos producen reacciones emocionales en diferentes personas.

Estos autores han identificado que los niños en este rango de edad, recurren a estrategias basadas en apoyo social de padres, amigos y maestros cuando se sienten nerviosos y preocupados. Cuando experimentando enojo o cuando se sienten atacados por sus compañeros, los niños pueden verbalizar sus enojos y utilizar estrategias verbales antes de recurrir a la agresión física.

4-6 años: los niños comienzan a comprender nuevas dimensiones en su mundo emocional como son experiencias internas como recuerdos, miedos y deseos, también son capaces de establecer diferencias entre experiencias emocionales reales como recuerdos y fantasía. Esta información sobre sus emociones permite a los niños ser plenamente conscientes de que pueden lidiar con emociones negativas como la tristeza y el miedo usando ciertos tipos de estrategias de distracción como tocar, cantar y dibujar. De igual manera se dan cuenta de que una expresión desregulada de la emoción como el llanto y gritar no les ayudará a sentirse mejor, por lo tanto, optarán con menos frecuencia para este tipo de respuestas (Dennis & Kelemen, 2009 citado por Sabatier, Restrepo, Moreno et al. (2017).

De los 9-10 años un indicador importante del desarrollo emocional es exhibiendo respuestas y conductas de regulación de la emoción en formas socialmente apropiadas, es decir se han dado cuenta de que las emociones positivas como la alegría son bien recibidas en entornos sociales,

mientras que las emociones negativas como la ira y la tristeza se asocian con conductas vergonzosas. Por lo tanto el proceso de regulación emocional cambia de externo a interno y los niños usan estrategias cognitivas como modificar sus sentimientos como reevaluación, reevaluar situaciones y cambiar sus puntos de vista.

2.6 Intervención

La capacidad de regular las emociones es esencial para un funcionamiento psicológico saludable y es un enfoque clave de la psicoterapia. Se ha demostrado empíricamente que trabajar activamente con la emoción es de importancia central en la psicoterapia. Diferentes modelos terapéuticos de diferentes orientaciones teóricas han incorporado principios y técnicas para trabajar en emociones desreguladas (Grecucci, Frederickson & Job. 2017)

Thompson (1994) citado por Wyman, et,al. (2010) menciona que para la terapia cognitivo-conductual, la regulación emocional incluye la capacidad para modular la respuesta fisiológica relacionada con la emoción y la implementación de ciertas estrategias para dar una respuesta ajustada al contexto y la organización de estas estrategias para lograr metas.

Tejón y Gutiérrez (2015) usaron técnicas cognitivo conductuales con un paciente de 21 años con dificultades en la regulación emocional debido a problemas de expresión de emociones como el enojo y la ansiedad así como dificultades en la comunicación con su familia. Estos autores aplicaron las siguientes técnicas: respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

Como resultados Tejón y Gutiérrez (2015) reportan que el paciente mejoro su regulación emocional, incrementando su expresión de emociones, el control del enojo y bienestar físico, es decir, el paciente menciona sentirse mucho más relajado Y las técnicas de reestructuración cognitiva fueron claves para que el paciente eliminara el excesivo control de las cosas y eliminando pensamientos automáticos.

De la misma manera Grecucci, Frederickson & Job. (2017) refieren que la desregulación emocional se produce debido a la falta de aplicación de estrategias apropiadas de regulación cognitiva, atenta y conductual. Es por lo tanto útil las terapias cognitivas conductuales que siguen este modelo, enseñando a los pacientes a aplicar estrategias conductuales (exposición, por ejemplo), estrategias de atención (aumentando la flexibilidad de atención) y estrategias cognitivas (reestructuración cognitiva).

Capítulo 3. Familia, relación fraterna y desarrollo socioemocional en escolar

3.1 Familia

La familia es la principal fuente de socialización para los niños y las niñas, supone un espacio idóneo para aprender y practicar el ejercicio y el derecho de la participación. Se incorpora la participación infantil en la vida cotidiana de la familia fomenta la cual ayuda a la socialización recíproca entre sus miembros, el enriquecimiento de sus puntos de vista y el respeto implícito hacia la individualidad del otro. González (2013)

Torras (2012) considera que el espacio familiar es el lugar donde se aprende a establecer relaciones y en el que madura emocionalmente, ya que en esté se halla un ambiente de seguridad y confianza. Es responsabilidad de los padres comunicarse con su hijo, cuidarlo, consolarlo, quererlo y educarlo, pero también marcarle límites, transmitirle un sentimiento de orden y enseñarle normas de convivencia.

Como menciona Lucio et. al, (2014) mencionan que la familia es un grupo social y en este sus miembros buscan su propio interés. Las personas desarrollan un sentido de identidad derivado de la interacción que tiene con los demás en la vida cotidiana, principalmente la familia.

La forma en la que cada familia educa a sus niños y niñas está ligada a aspectos muy diversos: creencias; vivencia particular de su propia crianza; grado de bienestar ligado a la salud; nivel

socioeconómico; habilidades personales de afrontamiento de los problemas; contar con una red de apoyo social, etc.

González, Martín, & Roig (2013) considera que el estilo de crianza condiciona en gran medida el tipo de relación y la comunicación que se establece entre los progenitores y sus hijos e hijas, por ello, es importante que los padres y las madres tomen conciencia de su forma de interactuar, guiar y responder a sus demandas.

Aunque cada progenitor pueda verse reconocido en varios estilos a la vez, los tipos de crianza expuestos a continuación facilitan la comprensión de las prácticas educativas más comunes y sus consecuencias, tanto para el desarrollo de los niños y las niñas, como para la relación familiar. (González, 2014)

Polaino (2004) considera que la autoestima de las personas es posible gracias a la previa estimación en el origen de sus padres y la familia cuyo ámbito se pusieron las condiciones necesarias para su crecimiento, desarrollo y maduración. Los valores o creencias de cada persona fueron donados por la familia. La familia y la autoestima son es el escenario natural donde se manifiestan dos realidades emocional y cognitivas que ayuda a las personas a desarrollarse.

González, Martín, & Roig (2013) describen que en muchos casos, los padres y madres sin darse cuenta asumen estilos de crianza que ellos vivieron cuando eran niños poco oportunos para el desarrollo adecuado de sus hijos. El objetivo radica en que los cuidadores reflexionen sobre las consecuencias perjudiciales de cierto tipo de educación y opten por un enfoque de crianza positiva.

Mencionan que los distintos tipos de crianza facilitan la comprensión de las prácticas educativas más comunes y sus consecuencias influyen tanto para el desarrollo de los niños como de su entorno familiar. Los estilos de crianza son los siguientes:

- **Estilo de crianza autoritario:** “Las cosas se hacen así porque lo digo yo”. Para los padres que tienen este estilo de crianza, la obediencia absoluta y sin cuestionamientos de sus hijos es sinónimo de buen comportamiento. La desobediencia se percibe como un desafío ante la autoridad de los padres. Se espera que el niño acate órdenes y el diálogo es inexistente.

- **Estilo de crianza permisivo:** “Déjalo, tampoco es para tanto”. No existen reglas o límites o estás con inconsistentes. Los padres con este estilo de crianza suelen ser afectuosos, culpan a otros del mal comportamiento de sus hijos y acceden a sus deseos para evitar lidiar con la frustración que provoca una negativa.

- **Estilo de crianza sobreprotector:** “Este niño no puede hacer esto solo siempre hay que decirle qué hacer”. Suele ser ejercido por padres excesivamente vigilantes, inseguros y temerosos; intervienen para evitar cualquier obstáculo al que pueda enfrentarse el niño, hacen las cosas por ellos y toman decisiones en su lugar. Le transmiten a los niños que por sí solos no serán capaces de superar dificultades.

- **Estilo de crianza negligente:** “Puede cuidarse solo, desde pequeño siempre ha sido muy responsable”. Se caracteriza por ausencia de límites y de contención, pero tampoco existe calidez, ni comunicación por parte de los padres hacia sus hijos. Los padres no cuentan o no pueden con capacidades parentales para guiar o atender las necesidades del niño. Son padres ausentes que no muestran compromiso hacia la crianza de sus hijos.

- **Estilo de crianza democrático:** “Escuchar, dialogar y orientar”. Los padres con este estilo de crianza estimulan la autonomía de los niños y les ayudan a reflexionar sobre las consecuencias de su comportamiento ayudando a que desarrollen la autorregulación. Ofrecen límites razonables, claros y son sensibles a los sentimientos de sus hijos; orientan su comportamiento mediante el uso del refuerzo positivo y les ofrecen la opción de reparar los errores, en lugar de castigarlos o concentrarse en la mala conducta.

- **Estilo de crianza basado en la parentalidad positiva:** “Conocer, comprender y responder adecuadamente a las necesidades de los niños” Este enfoque reúne un repertorio de habilidades parentales similar al estilo democrático, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las necesidades reales de los niños y las niñas. El aspecto central de este estilo consiste en velar por un desarrollo adecuado a nivel físico, emocional, social e intelectual del niño o la niña. Educar en positivo y desde el buen trato implica guiar a los hijos con límites y normas consistentes, con mucho afecto, sin recurrir a ninguna forma de violencia (gritos, humillaciones y potenciar al máximo sus capacidades). Requiere grandes dosis de responsabilidad, paciencia y flexibilidad para adaptarse a los cambios relacionados con la paternidad o la maternidad.

De los estilos de crianza también se generan consecuencias observables en los niños como:

- **Estilo autoritario:** Genera en los niños sentimientos de impotencia y rabia, ya que no pueden defenderse u opinar. Llegan a ser sumisos o por el contrario muestran una conducta rebelde y huidiza.

- **Estilo permisivo:** Crea en el niño una imagen distorsionada de cómo funciona el mundo que le rodea y le aleja de valores necesarios para convivir en una sociedad, suelen tener baja

tolerancia a la frustración, lo que provoca un sufrimiento emocional cuando no consiguen lo que desean o se proponen. Pueden llegar a ser personas exigentes con los demás, pero no cuestionan su propia conducta y actitudes por la falta de límites en su crianza.

- **Estilo negligente:** El niño puede estar expuestos a situaciones peligrosas porque no cuentan con la supervisión o el apoyo necesario de su padre o madre. Son niños que presentan problemas de autorregulación emocional (altos niveles de intolerancia a la frustración) y de autocontrol (dificultades para dominar su impulsividad, conducta disruptiva, etc.). Esto tiene implicaciones muy negativas en su desarrollo social, sobre todo a la hora de seguir normas en la escuela y en la relación con otros.

- **Estilo sobreprotector:** Son niños pueden presentar muchas dificultades para resolver problemas por sí mismos. Para ellos las situaciones nuevas son un foco de gran ansiedad porque no se sienten preparados para enfrentarse a ellos, lo cual daña seriamente su autoestima a largo plazo, no conocen sus fortalezas y límites, también generan una dependencia excesiva.

- **Estilo parental positivo:** se rige por los siguientes principios, respeto hacia las necesidades específicas de los niños y las niñas, fortalecimiento de vínculos afectivos seguros y resolución de conflictos no violenta.

La importancia de la familia en el desarrollo del niño en todas las áreas es crucial, sin embargo, para entender al niño y sus diferentes conductas es necesario tomar en cuenta el contexto en el que vive. Su primer contacto es la familia y las interrelaciones que se establezcan en ella influyen en su desarrollo de manera directa. Es por esto que se debe entender la dinámica familiar (Lucio, 2014)

Sin embargo, la familia en ocasiones no cumple el rol de protección, si no genera violencia entre sus miembros. Alejo (2014) menciona que la violencia doméstica, también llamada violencia de pareja, es el abuso verbal, emocional, físico o sexual de la pareja, y esta puede causar una serie de problemas de salud física y mental a corto y largo plazo.

Hirigoyen (2005) (citado por Ranero, 2014) define la violencia familiar como los actos violentos cotidianos que llegan a considerarse normales. De igual manera este autor menciona que los niños que viven o son testigos de violencia por alguno de los progenitores son en su mayoría incapaces de reaccionar ya que no tienen la madurez física y psicológica para poder enfrentar lo sucedido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato a niñas y niños como “todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia o desarrollo” (INEGI, 2016)

Con frecuencia se educa a las niñas y niños con métodos punitivos en los que se emplea la fuerza física o la intimidación verbal para lograr las conductas deseadas; la violencia dificulta el desarrollo, las capacidades de aprendizaje y el rendimiento escolar de los niños/as; inhibe las relaciones positivas; causa baja autoestima, angustia emocional y depresión, y, algunas veces, conduce a conductas de riesgo (como consumo de alcohol y drogas) y autolesiones. Según datos del 2015: se encontró que cualquier forma de disciplina violenta (física y/o psicológica) fue empleada en 62.4% de las niñas y 62.7% de los niños de 1 a 14 años de edad. (INEGI, 2016)

West (2000) menciona de igual manera que se puede maltratar al niño de distintas maneras como emocional, físico y sexual. Es probable que los niños que experimentaron maltrato exhiban una serie de problemas, por ejemplo, trastornos emocionales, autoestima pobre, conductuales, psicomaticos e interpersonales

Aladro (2012) refiere que las continuas peleas entre los padres y de las que son testigos y víctimas los hijos se manifiestan en la falta de interés de ellos por las actividades escolares y en otras conductas como la tendencia hacia actos agresivos, vagancia, culpar a otros de sus propias equivocaciones, dificultades para relacionarse con los demás, lo que puede llegar a generar falta de confianza y desinterés en la vida escolar.

La violencia contra los niños puede ser directa e indirecta. La violencia directa es cuando el progenitor efectúa la violencia contra el niño como física o emocional siendo rechazado por alguno de los padres siendo criticado. Mientras la violencia indirecta es cuando algún progenitor genera violencia hacia otro y el niño está siendo testigo de lo que está pasando con sus padres observando todo lo ocurrido.

González, Martín, & Roig, (2013) considera que el término psicopatología del desarrollo destaca el valor de estudiar la psicopatología en relación con los cambios típicos que ocurren en la vida. Las consecuencias se encuentran en el área física, cognitiva, socio-emocionales y educativas del desarrollo. Una de las contribuciones de la aproximación de desarrollo es la identificación de factores que influyen en la habilidad del niño para organizar la existencia y en consecuencia el nivel del niño de funcionamiento adaptativo, aún ante factores de riesgo.

Ritter (2002) (citado por Gómez, 2014) menciona la relación entre aspectos genéticos, de desarrollo y ambientales con respecto a la psicopatología. La psicopatología del desarrollo trata de identificar los factores de riesgo de un individuo en particular en un contexto particular.

Algunos factores de riesgo:

- Enfermedad mental
- Ansiedad de la madre
- Falta de escolaridad de los padres
- Falta de apoyo familiar
- Maltrato de padres
- Bajo nivel socioeconómico

La OMS (2002) (citado Alonso & Castellanos, 2005) por menciona que la violencia familiar se manifiesta en el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Para entender el desarrollo del niño y sus posibles alteraciones es necesario considerar que se trata de un ser biopsicosocial, que está en constante interacción con el medio, es así que esté va a influir de manera en su desarrollo y comportamiento.

De acuerdo a lo anterior, Romero, Lucio & Forns (2015), describen que en el campo de la psicopatología del desarrollo se han elaborado empíricamente dos sistemas de clasificación

basados en el desarrollo para analizar las problemáticas infantiles. Se ha agrupado los síntomas clínicos infantiles en: problemas internalizados y externalizados.

Los problemas internalizados se caracterizan por comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito emocional, cuyas expresiones se dirigen hacia adentro, causándole daño al individuo mismo. Mientras los problemas externalizados son comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito conductual cuyas manifestaciones producen conflicto o daño en el entorno y en otros.

Lozano & Lozano (2017) consideran que es fundamental visualizar los trastornos internalizantes en la infancia y adolescencia, para poder usar las herramientas preventivas, de evaluación y de tratamiento necesarias. Dentro de estos problemas se encuentran la ansiedad y la depresión que no son fácilmente identificados por los padres, maestros y otros cuidadores. Se caracterizan por los intentos inadecuados que cada niño hace para mantener bajo control su estado emocional y cognitivo. Por estas razones, a este tipo de trastornos se les suelen llamar la “enfermedad secreta”

De igual manera explican que los trastornos son los más comunes en la infancia y adolescencia y se caracterizan fundamentalmente por mostrar síntomas propios de los trastornos afectivos, de ansiedad y somáticos como por ejemplo en la tabla se pueden observar.

Tabla 2.

Principales síntomas internalizados en niños y adolescentes

Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo o irritable o tristeza excesiva. • Menor interés en realizar actividades. • Problemas de sueño. • Fatiga o falta de energía. • Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva. • Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones. • Pensamientos de muerte.
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos. • Interpretación ilógica de situaciones o síntomas. • Ataques de pánico. • Arousal fisiológico. • Hipersensibilidad a síntomas físicos. • Miedos y ansiedad relacionados con situaciones o sucesos específicos. • Excesiva preocupación en general.
Retraimiento social	<ul style="list-style-type: none"> • Es un componente principal de varios trastornos. • Puede implicar una autoevaluación irrealista de su desempeño social. • Falta de interés en la interacción social. • Puede ser complicado por los miedos excesivos. • Puede implicar un déficit en las conductas de aproximación social
Físicos o somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Componente clave de los trastornos de ansiedad y depresión. • Sensibilidad excesiva a señales fisiológicas. • Náuseas o dolor de estómago. • Dolor de ojos o cabeza. • Dolor en las extremidades o articulaciones. • Sensación de hormigueo o entumecimiento

Lozano & Lozano (2017)

3.2 Definición de desarrollo socioemocional en escolares

Desde los 6 hasta los 12 años, el niño se encuentra en una etapa de transición entre la primera infancia y la adolescencia (Torras, 2012).

En la esta etapa de niñez Intermedia los niños ya son más reflexivos y estratégicos en su vida emocional (Santrock, 2007)

- Los niños poseen, en este periodo, cierta autonomía respecto a la familia y la escuela; va adquiriendo conocimientos de grupos de amigos y los medios de comunicación. De los agentes de socialización asimilan, sin gran análisis crítico en esta etapa, los conocimientos sociales; es un periodo de gran conformidad social. En general hasta la edad de 10-11 años, los niños basan sus explicaciones en la simple percepción de los hechos, en datos observables y no tienen en cuenta los procesos ocultos que pueden ser ingeridos.

- La comprensión de conflictos es muy simple, alcanza a entender su existencia, pero la solución al conflicto pasa por dar la razón a una parte y retirarla a otra. (Bermúdez y Bermúdez, 2016)

3.3 Características del desarrollo socioemocional en los niños escolares y factores de riesgo

Los años escolares son una etapa de corregulación en la cual tanto los padres como el niño deben compartir autoridad. Maccoby (1984) (citado por Bermúdez), considera que los padres deben supervisar y los hijos ejercitar la autorregulación. Palacios, González y Padilla (1999)

(citados por Bermúdez, 2016) muestran la evaluación sobre el conocimiento de lo social que se alcanza en este periodo:

- Adopción de perspectivas interpersonales: a los 7 años pueden tomar en consideración dos perspectivas (es bueno para uno y el otro entenderá)

- Representación de procesos mentales de otras personas: a los 6 años conciben procesos mentales en otras personas, pero presentan dificultades para precisar el contenido de los pensamientos. Es a partir de los 7 años cuando empiezan a tener cierta abstracción (yo pienso que tú estás pensando que yo pienso...) se alcanzará hasta los años de adolescentes.

- Comprensión de las emociones de otras personas: a los 6 años reconocen emociones sencillas pero no las ambivalentes (alegría y tristeza a la vez). A los 8-9 años ya son capaces de comprender que dos emociones pueden producirse a la vez, siempre que los motivos que las susciten sean diferentes (enfadado porque el amigo rompió el juguete pero triste porque lo van a castigar) A los 10 años ya comprenden que se puede experimentar a la vez 2 emociones distintas provocadas por una misma causa.

- La empatía: evoluciona desde situaciones y emociones básicas a otras más complejas.

- La amistad: a partir de los 8 años surge la reciprocidad e intereses compartidos, confianza, preocupación, etc. Esta bidireccionalidad y reciprocidad tienen como limitación estar sujetas al intercambio y ayuda instrumental (objetos, acciones, ayudas)

- Comprensión de las relaciones de autoridad: entre los 6-9 años la autoridad se asocia con la ostentación del poder físico y social. De los 9-10 años se relaciona con cualidades, capacidades o conocimientos en un ámbito determinado. Desde el inicio de este periodo y de forma gradual la autoridad va perdiendo el carácter de omnipotencia.

El logro más destacado en este periodo es la comprensión de la existencia de emociones contradictorias. Se conoce como ambivalencia emocional y hace referencia a la capacidad para comprender la posibilidad de experimentar sentimientos o emociones diversas o incluso contradictorias (Harter y Budding 1987) señalan que éstas evolucionan:

- 3-6 años: son incapaces de concebir que una misma situación pueda producir de forma sucesiva y simultánea dos emociones.
- 6-7 años: aceptan que existen situaciones que pueden provocar dos emociones diferentes pero siempre considerando que una de ellas sigue o precede a la otra.
- 8-9 años: admiten la probabilidad que una situación provoque emociones contradictorias
- 10-13 años: pueden comprender y explicar que una misma situación provoque sentimientos positivos y negativos a la vez.

El crecimiento, la maduración del cerebro y el desarrollo intelectual hacen que la infancia sea donde los niños adquieren independencia y autonomía. Adquieren una habilidad mayor para autorregularse, asumir responsabilidades y para ejercitar el autocontrol. Se espera que los niños de edad escolar pueden cuidarse por sí solos, pueden alimentarse, se vuelven más independientes y esta fomenta el crecimiento. Son persistentes y laboriosos. (Berger, 2012)

3.4 Intervención

Es importante que como medio de actuación o medida de intervención se trabajen los factores de riesgo con la familia ya que es el primer agente socializador del niño, pretendido compensar los factores deficitarios y promoviendo una adecuada tarea educativa. La evaluación del sistema familiar y ambiental puede ser un elemento previo a la evaluación e intervención sobre el propio niño. La atención temprana debe proporcionar a los padres tanto los recursos que les permitan contribuir eficazmente al desarrollo del niño como estrategias de interacción adecuadas y técnicas de afrontamiento de situaciones de crisis, el principal objetivo será que recuperen la confianza en sí mismos como padres (Buceta, M. 2011)

Para fomentar la autoestima en los niños (Roa, 2013) menciona que los padres deben enviar mensajes positivos acompañados de sonrisas, decirles que han hecho un adecuado trabajo o esfuerzo. Usar elogios estos ayudan al niño a desarrollar una mayor conciencia de lo bueno y lo malo. El tono es importante voz o la expresión del rostro puede transmitir un mensaje más claro que las palabras. De igual manera el dedicar tiempo con los niños para disfrutar diversas actividades y permitirles intentar juegos o cosas nuevas para que se sientan capaz de hacer diversas cosas. Otro aspecto importante es que los padres den consecuencias de las acciones en vez de castigos tanto físicos o que dañen emocionalmente la integridad del menor.

Capítulo 4. Método

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio de este trabajo es estudio de caso y suele ser considerado para la investigación cualitativa o como una estrategia de investigación, aun cuando incluya datos cuantitativos (Staker, 2000; Starman, 2013; Stevenson, 2004; Yin, 2003, citado por Díaz De Salas, 2011). Aragón (2007) considera que la metodología cualitativa permite manejar los datos mediante observaciones y descripciones, siendo esto importante para la integración del estudio de caso.

Sin embargo, Mertens (2005), Stake (2006), Yin (2009) & Creswell (2009) (citados en Jiménez, V.& Comet, C. 2016) consideran que en un estudio de caso debe haber triangulación de fuentes de datos y pueden utilizarse diferentes herramientas tanto cuantitativas como cualitativas entre ellos documentos, entrevistas, observación, grupos de enfoque, cuestionarios y escalas, etcétera.

El estudio de caso es una de las bases principales fuentes de aportación de conocimiento que permite en posteriores investigaciones pasar a estudios más complejos y con todos los requisitos de control experimental. Este tipo de estudio es de gran utilidad para aportar conocimientos y técnicas específicas a la psicología clínica. Es una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación. (Kazdin, 1980 citado por Oblitas 2008)

Se emplea en diferentes situaciones clínicas como:

- Proporcionar una descripción detallada de un fenómeno o procedimientos terapéuticos o evaluación.
- Verificar si los supuestos teóricos se cumplen en la observación del caso.
- Generar hipótesis que pueden ser comprobadas mediante de investigación controlada.

En este tipo de estudio se analizan o presentan las observaciones de un caso de modo pormenorizado sobre el tratamiento con un solo paciente. El propósito es mostrar la descripción con muchos detalles que permita conocer con claridad los antecedentes del problema, la evaluación desarrollada, el tratamiento y efectos del mismo así como las distintas explicaciones que el investigador considera que justifican la mejoría clínica del paciente. Limitaciones dentro de estas Davison y Neale (1994) (citados por Oblitas, 2008) refieren sesgos en la interpretación de las pruebas, de los resultados así como en la selección del tratamiento conjuntado con los resultados después de esta.

Davison y Neale (1994) (citados por Oblitas, 2008), refieren lo que debe contener un estudio de caso:

- Historia familiar.
- Los antecedentes del problema.
- Historia médica, escolar, laboral, desarrollo y personalidad, etc.
- Las limitaciones del estudio de caso: sesgos en la interpretación.

- Dificultades para seleccionar el tratamiento más adecuado.
- Juicios sesgados sobre el paciente. Falta de control de las variables y observaciones difíciles de comprobar empíricamente.

4.2 Justificación y planteamiento del problema

Torras (2012) considera que el espacio familiar es el lugar donde se aprende a establecer relaciones, ya que en éste se halla un ambiente de seguridad y confianza por lo que es responsabilidad de los padres comunicarse con su hijo, cuidarlo, consolarlo, quererlo y educarlo, pero también marcarle límites, transmitirle un sentimiento de orden y enseñarle normas de convivencia.

González (2014) menciona que los tipos de crianza influyen en el desarrollo de los niños y las niñas, así como en la relación familiar. Sin embargo, la familia en ocasiones no cumple el rol de protección, si no genera violencia entre sus miembros causando dificultades en la interacción entre estos, en la autoestima, en el control de las emociones de los niños afectando de igual manera su desempeño académico. Por lo tanto de acuerdo a West (2000) el maltrato al niño se puede ocasionar de distinta manera como emocional, física y sexual.

Bermúdez (2016) hace mención que en la etapa escolar es que va de los 6 años a los 12 es donde los niños van adquiriendo una variedad de estrategias pues ya comprende que su conducta tiene una consecuencia ante una situación o persona. Shafer (2012) resalta que la etapa de la infancia y la adolescencia es un periodo donde las patologías son complejas por lo cual ya no basta el uso de

una sola corriente y técnicas de intervención, siendo recomendable la integración de varias para lograr una mejoría mayor en el paciente.

Por lo tanto la violencia familiar afecta tanto a nivel personal como en la interacción entre los miembros de esta por lo que es importante intervenir en ambas áreas para lograr mejorías, por lo que es indispensable involucrar a los padres en las sesiones para que aprendan cómo relacionarse con sus hijos, escucharlos y entender sus emociones (Bana, 2017).

4.3 Pregunta de investigación

¿La intervención psicológica en un niño de ocho años, basada en la terapia de juego filial, mejora las dificultades de autoestima, regulación emocional e interacción familiar?

4.4 Objetivo general

Analizar la intervención diseñada en este trabajo que incluye la terapia de Filial juego, Centrada en el niño y Cognitivo Conductual, y su eficacia para mejorar las dificultades de autoestima y regulación emocional así como familiares en un escolar.

Objetivos específicos

- Trabajar 12 sesiones con la Terapia Filial con un niño de 8 años que presentaba problemas de autoestima y dificultad para regular sus emociones debido principalmente a problemas dentro del núcleo familiar.
- Trabajar 11 sesiones con Terapia Filial (psicoeducación) con la madre del menor.

4.5 Caso clínico

Historia familiar

La ansiedad que sufrió la mamá durante el embarazo la atribuye a que sufrió violencia de pareja por parte de su esposo tanto física la aventaba, económica limitando de dinero y psicológica ya que la rechazaba diciéndole que no le gustaban las mujeres embarazadas, no dormían juntos, llegaba tarde a su casa y no la acompañó a alguna consulta de revisión médica del bebé ni estuvo presente cuando nació Ernesto porque se fue a Veracruz de donde es originario y regresó un mes después.

La mamá también refirió que su esposo al conocer al bebé lo rechazó porque era más blanco que él, además mencionó que tenía dudas si realmente era su hijo molestándole esto a ella y le reclamaba pero para no pelar ya no le decía nada solo lo ignoraba.

Al nacer su segundo hijo siguió ocurriendo los problemas de pareja y la señora menciona que su esposo hacía diferencias entre sus hijos prefería más a Ernesto y a Franco lo hacía a un lado

diciendo que era más moreno y esta diferencia ocurría de la misma manera con los abuelos papás del señor.

Antecedentes del problema

La mamá de Ernesto refirió que su esposo era muy celoso con ella y que ya no la dejó trabajar cuando se casaron, le hablaba con groserías y cosas agresivas hacia su persona como que no valía nada y era fodonga, además la comparaba con su mamá y su hermana diciéndole que ellas sí sabían hacer las cosas.

Ella comenta que él señor era muy autoritario con los niños, no los dejaba expresarse libremente y se los ponía en su contra diciendo que ella tenía muchos amigos. En cambio ella refiere que le cuesta trabajo poner límites y que ha llegado a dejarlos hacer lo que quieran (permisivo) aunque si platica con ellos y les dice que deben respetar a los demás y les dice que está bien o mal según ella lo considera.

Historia desarrollo, médica y escolar.

La mamá de Ernesto tenía 37 años cuando se embarazó de él. Menciona que fue deseado por ella pero no por el papá. Se alivió por cesárea a los 8 meses y 37 semanas debido a que padeció diabetes gestacional así como ansiedad llevándola a fumar todo el embarazo.

No hubo alguna complicación durante el parto y Ernesto peso 2. 950 kg y midió 57 cm. Su calificación APGAR fue de 9. Fue amamantado con leche materna hasta los 4 meses y medio, después se le cambio por leche de soya debido a que Ernesto fue diagnosticado con reflujo.

Los antecedentes de desarrollo son los siguientes: a los 3 meses comenzó a balbucear y para los 8 meses ya pronunciaba más palabras. A los 4 meses comenzó a seguir objetos con la mirada y a comer sólidos, así como a los 4 meses y medio enderezo solo la cabeza, a los 6 meses se sentó sin ayuda y se rodaba. Para los 8 meses gateo y al año y 2 meses camino. El control de esfínteres lo logró al año y tres meses que ingresó a la guardería. Subió solo las escaleras al año y ocho meses.

Al año fue diagnosticado con dificultades en las vías respiratorias en la faringe siendo alérgico al frío y a los cambios de clima. Le inyectan vacunas hasta la fecha para fortalecer los pulmones y prevenir que se enferme.

Ernesto ingreso a la guardería al año tres meses debido a que su mamá consideró que debía socializar más pues era muy dependiente de ella y percibió retrasos como el no querer hablar cuando nació su hermano. Ella noto con el tiempo que él se hizo más independiente y le gustaba ir a la escuela. Posteriormente cursó los tres años de kínder y aprendió a escribir y leer a los cinco años. Respecto a sus relaciones sociales la mamá lo describe como un niño sociable pero con pocos amigos porque no es de peleas y si ve algo mal se aleja, lo cual a llevado a que algunos niños lo molesten pero ella ha platicado con Ernesto y le ha dicho que no debe hacer algo que él no quiera o considere inadecuado. Comenta también que a Ernesto se le facilita más relacionarse con adultos que con niños de su misma edad. Durante la intervención el paciente mencionó que ingresó como

monaguillo a una iglesia cerca de su casa porque le gusta el ambiente y estaba conociendo a más personas.

En el área académica Ernesto y su mamá comentan que desde primer año de primaria ha sido un estudiante responsable teniendo buenas calificaciones de 9 a 10. La mamá refiere que es un niño que le facilita ser creativo y nunca ha tenido problemas en la escuela.

Descripción del paciente

Ernesto es un niño de ocho años que muestra rasgos físicos acorde a su edad cronológica. Se presentó en las algunas sesiones tanto él, su hermano y su mamá limpia de la ropa pero no en adecuado alineó, personal es decir, no se peinaban. Al final de las sesiones se percibió un cambio de esto en los tres mostrándose más higiene en ellos. La conducta del paciente siempre fue tranquila, se observaba en ocasiones tímido y hablaba poco ya fuera cuando se intervenía de manera individual o con su familia. Solo respondía cuando se le preguntaba algo o cuando era su turno de participar en las actividades y lo hacía sonriendo. Sin embargo, se percibió que utilizaba mucho el sentido de la audición ya que cuando se platicaba solo con su mamá al finalizar las sesiones y él jugaba con su hermano en otro extremo del consultorio constantemente volteaba hacia nosotras. Siempre vestía ropa cómoda, pans o pantalón con tenis y sudaderas. Cuando se percibía nervioso se movía constantemente de la silla y se ponía las manos en la cara.

4.6 Motivo de consulta

La mamá comenta que debido al divorcio de ella y su esposo su hijo Ernesto ha bajado su rendimiento escolar y esto se le hace raro porque regularmente tenía buenas calificaciones, él ha llegado a presentar ansiedad e irritabilidad tanto con su hermano y con ella, también comenta que lo percibe inseguro de sí mismo. En la actualización del motivo de consulta la mamá refirió que sufrían de violencia familiar, su esposo la golpeaba y a los niños también y además los maltrataba verbalmente por lo que decidió separarse y demandar por maltrato.

4.7 Evaluación del paciente

Se revisó el expediente del paciente para conocer los resultados de las pruebas psicológicas que aplicaron al paciente antes de la intervención.

Tabla 3.

Resultados de la pruebas psicológicas aplicadas.

Área	Resultado
Intelectual	El niño tiene un CI promedio para su edad de 96 ubicándolo dentro de la media de inteligencia. Es capaz de comunicar y comprender adecuadamente conceptos y

aplicarlos a la vida cotidiana. Así mismo cuenta con las capacidades analítico-sintéticas, comprensión y análisis visual siendo sus mejores habilidades intelectuales. Sin embargo, refiere dificultades en la capacidad de búsqueda y procesamiento visual y para el aprendizaje asociativo conjuntándose con la atención selectiva, rapidez y coordinación visomotora.

Aspectos emocionales

Se encontró que el niño tiene un bajo autoconcepto, autoestima y existe cierta rivalidad con su hermano. La situación del divorcio de sus padres le causa conflicto.

Los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas sirvieron de base para diseñar el plan de intervención terapéutica, lo que se desglosa en la siguiente tabla.

Tabla 4.

Resultado de las pruebas psicológicas

Como lo manifiesta	Objetivo
Autoestima Poca seguridad en sí mismo	Que el paciente obtenga seguridad en sí mismo y sepa cuáles son sus herramientas que le permitan enfrentar dificultades.
Autoconcepto Poca valía en sí mismo	Que el paciente llegue a valorarse por sus cualidades.
Enojo Aumenta al interactuar con su hermano menor.	Que el paciente regule su enojo y tenga alternativas para cambiar su foco de atención
Tristeza Extraña a su papá quien se fue a vivir a Veracruz.	Que el paciente regule su tristeza y acepte el proceso de duelo por la pérdida.
Rivalidad fraterna Pelea constantemente con su hermano	Que el paciente tenga una mejor comunicación y relación con su hermano y entre ambos encuentren apoyo

4.8 Escenario

La intervención se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro uno de los centros de la Facultad de Psicología que brindan atención psicológica tanto a usuarios internos como externos y que se encuentran certificado bajo la norma ISO 9001:2008. El paciente fue atendido mediante el programa de prácticas profesionales Intervención psicoterapéutica en niños, bajo la supervisión de la Maestra Yolanda Santiago Huerta.

4.9 Procedimiento

Por fines de confidencialidad el paciente decidió nombrarse en este trabajo Ernesto. El paciente fue evaluado con anterioridad por una psicóloga asignado al Centro Comunitario Julián Mac Gregor entre los meses de enero y febrero de 2018. Posteriormente en agosto de 2018 se asignó el expediente al programa de servicio social. En junta clínica dentro del programa de prácticas se decidió trabajar con el paciente y con el hermano menor de 6 años, que fue atendido al mismo tiempo por otra prestadora de servicio. Se realizaron 11 sesiones de intervención una vez por semana durante una hora y una de seguimiento.

Para trabajar con Ernesto y con la familia la intervención psicológica se integró en tres fases durante las sesiones:

- **Primera fase:** esta fase duraba aproximadamente 15 minutos y se trabajaba de manera individual con el paciente, con el objetivo en las primeras sesiones generar la alianza terapéutica debido a que al no realizar yo la evaluación psicológica debía tomarme un tiempo para conocerlo. Posteriormente en las sesiones intermedias se trabajaba uncialmente con él para explicar los temas como las emociones y que las identificara personalmente, lo mismo con la autoestima y regulación emocional.
- **Segunda fase:** posteriormente nos juntábamos con el hermano de Ernesto y su terapeuta en el mismo consultorio con el objetivo de trabajar con la familia y es cuando entraba la mamá para trabajar junto con los niños aproximadamente 30 minutos.
- **Tercera fase:** en los últimos 10 a 15 minutos se le preguntaba a la mamá que de los principios y habilidades había observado que aplicábamos en las actividades y posteriormente ella decía cuales consideraba que ella había aplicado, después se le daba retroalimentación.

Como método de observación se realizaron bitácoras/reportes por sesión en estas incluyen el número de la sesión y su nombre, el objetivo, los materiales, y un espacio donde se describe todo lo que se observó esto fue lo que permitió analizar el avance del paciente y en la mamá. En la mamá se analizó aplico de la psicoeducación de la terapia filial y centrada en el niño, esta descripción permitió cuantificar cuantas veces logro hacerlo y obtener un porcentaje.

Para analizar los avances finales y darles retroalimentación en cada área trabajada se realizó la regla medidora, la cual pretendió medir el nivel de mejoría que consideraba el paciente, su mamá y yo. La escala iba del 1 que era mucho malestar, el intermedio 5 me siento regular al 10 me siento

de maravilla, está abarcaba las áreas trabajadas como la autoestima, regulación emocional, reconocimiento de emociones, expresar emociones, estrategias para solucionar problemas y relación con su hermano. Tanto el paciente la respondió, su mamá y yo al final compartir puntos de vista y darles retroalimentación de lo alcanzado durante la intervención.

Tabla 5.

Fases de la intervención

Fases	Sesiones	Meta terapéutica	Técnicas
Fase 1	1	Presentación, actualizar motivo de consulta, comentar enfoque terapéutico y encuadre	Entrevista semiestructurada
Fase 2 2-4	2	Se conoció al paciente y se observó la dinámica familiar.	Juego libre y juego familiar con títeres. Psicoeducación (Filial)

	3	Se trabajó con el autoconcepto y autoestima	“Yo súper estrella” (reestructuración cognitiva) Psicoeducación (Filial)
	4	Identificar qué factores dañan la autoestima del paciente.	“Manchas destructoras de la autoestima” (Autoafirmaciones positivas/afirmación de reforzamiento) Psicoeducación (Filial)
Fase 3 5-9	5	Comenzar con la introducción de que son las emociones y que las identifiquen.	Canasta y monstruo de las emociones (Manejo de contingencias) Psicoeducación (Filial)

6	Dar herramientas con las cuales los niños puedan reforzar su autoestima y tener control del enojo.	La caja de herramienta (solución de problemas y reforzamiento) Psicoeducación (Filial)
7	Identificar expresiones corporales referentes a las emociones: enojo y tristeza, y adquirir estrategias de regulación para dichas emociones.	Solución de problemas y entrenamiento de relajación Psicoeducación (Filial)
8	Que el paciente comprenda que el enojo puede cambiarse hacia otra emoción.	Solución de problemas y desensibilización sistemática. Psicoeducación (Filial)

	9	Reforzar el cambio de emociones y expresarla de una manera aceptable.	Desensibilización sistemática Psicoeducación (Filial)
Fase 4	10	Identificar a su hermano como un aliado en quién puede confiar para solucionar problemas	Manejo de contingencias Solución de problemas Psicoeducación (Filial)
Fase 5	11	Dar fin al proceso terapéutico y evaluar los avances así como devolución de las habilidades desarrolladas.	Manejo de contingencias Psicoeducación (Filial)
Fase 6	12	Analizar las áreas trabajadas durante la intervención mediante el seguimiento.	Entrevista semiestructurada

4.10 Análisis de las sesiones

El análisis de las sesiones se realizó considerando los siguientes puntos:

- Número y título de la sesión.
- Objetivo de la sesión.
- Resultados de la planeación de las sesiones y las técnicas.
- Descripción de cómo llegaba el paciente.
- Análisis desde la terapia filial de las habilidades mostradas por la madre durante las

sesiones

- Análisis desde la terapia centrada en el niño mostradas por la madre durante las sesiones.
- Análisis desde la terapia filial de las habilidades mostradas por la terapeuta durante las

sesiones.

- Análisis desde la terapia centrada en el niño mostradas por la terapeuta durante las sesiones.
- Reflexión sobre el desempeño de la terapeuta lo adecuado, lo que se puede mejorar y cómo

mejorarlo.

4.11 Proceso psicoterapéutico

El proceso psicoterapéutico fue realizado en modalidad individual en dos sesiones de autoestima y en estas no ingresó su mamá pero a las demás sí. En otras sesiones se trabajó al inicio de la sesión de manera individual con los niños para juntarlos después y comentarles que

debían ponerse de acuerdo para que fueran a la recepción a invitar a su mamá a ingresar a la sesión con ellos.

4.12 Análisis del proceso psicoterapéutico

Fase 1 (1 sesión)

Actualizar el motivo de consulta y conocer a la mamá así como explicar el modelo terapéutico que se utilizaría en la intervención.

Sesión 1

Objetivo: Presentación actualizar motivo de consulta, comentar enfoque terapéutico, y encuadre.

Se inició trabajando con la mamá recordándole el motivo de consulta por el que pidió atención en el Centro comunitario que era bajo rendimiento académico, enojo, tristeza y dificultad en relacionarse Ernesto con su hermano y con otros niños, la relación entre los hermanos era complicada, jugaban pero terminaban peleados porque hay inconformidades entre ellos, esto se incrementó después de que ella se separó del papá de Ernesto porque ejercía violencia familiar. De igual manera se le mencionó los resultados de las pruebas aplicadas ya que se usarían para trabajar la parte de autoestima, autoconcepto y relación entre hermanos. Para finalizar la sesión se le explicó a la mamá que el modelo de juego era el más propicio para trabajar con Ernesto por sus beneficios tanto en la parte física, cognitiva y emocional y expresó su conformidad mostrando interés en aprender cosas nuevas para llevarse mejor con sus hijos.

Fase 2 (sesión de 2 a 4)

En la sesión 2 se conoció al paciente y se llevó a cabo el juego diagnóstico de la familia mediante títeres. De la sesión 3 a 4 se trabajó el autoconcepto y reforzamiento de la autoestima.

Sesión 2

Objetivo: Conocer al paciente y hacer rapport con él así como comenzar a observar su conducta y la dinámica familiar.

La actividad fue en familia usando títeres y cada uno eligió a dos. La historia se basó en que uno de los personajes de la mamá le preparaba una fiesta al títere de su hijo Franco pero mientras los otros títeres de los niños esperaban ella dijo que al terminar Hulk su títere se iría a dormir mientras se quedaban los de ellos en la fiesta. Al ver que los niños no dijeron nada y se quedaron quietos con los títeres ella intervino refiriendo que tenían que realizar juegos, entonces propuso la de las sillas y los personajes aceptaron. Después Ernesto y Franco actuaron un poco que sus títeres jugaban con los de su mamá, y se percibieron penosos pero que disfrutaban la actividad mientras la mamá se vio tranquila y los motivaba para que participaran y dijeran algo más mientras jugaban pero Ernesto solo sonreía y hablaba poco y al terminarse el tiempo se pasó hacerles preguntas. Se les preguntó cómo se habían sentido durante la actividad y los tres dijeron que bien, felices porque casi no jugaban en casa. Lo que se les dificultó fue el ponerse de acuerdo para crear la historia. Al término de la sesión se percibían tranquilos y contentos. Para finalizar se le recordó a la mamá los 8 principios y las 4 habilidades que estaban escritos en unos letreros dentro del consultorio.



Sesión 3

Objetivo: Comenzar a trabajar con el autoconcepto y la autoestima del paciente mediante la actividad “yo súper estrella”

Al iniciar la sesión Ernesto expresó que se sentía muy feliz porque en la semana jugó con su hermano con sus legos y se percibía tranquilo así como sonriente. Se le comentó que la actividad a realizar se llamaba “Yo súper estrella”, y al terminar su estrella que hizo en papel la recortó y pegó en una cartulina. Posteriormente le indiqué que debía escribir 20 características positivas de él que le gustaran tanto físicamente, en habilidades o de personalidad, mencionó que eran muchas y sonrió. Le dije que yo le escribiría 20 también y me miró asombrado y nuevamente le reitere que he observado que es un niño con muchas cualidades. Una vez que las terminamos compartimos lo que escribimos y nos dimos cuenta que varias se repetían, esto le sorprendió y le dije que era porque tiene muchas cualidades y varias personas se dan cuenta de ellas. Después la actividad se realizó junto con la familia, su mamá le escribió 10 características a Ernesto y a Franco, lo hacía fluido dándole un papel a cada niño y mientras lo hacía ellos sonreían al escuchar de igual manera las realizaron entre ellos para compartírselas y al hacerlo en un inicio se percibían penosos pero

también felices y asombrados por lo que cada uno pensaba del otro hermano. Para finalizar se les preguntó cómo se habían sentido y los tres coincidieron que felices porque se habían dicho cosas bonitas y también se le recordó a la mamá los 8 principios y las 4 habilidades que están colocadas en unos letreros.



Sesión 4

Objetivo: Identificar los factores que manchan la autoestima del niño mediante la actividad “manchas destructoras de la autoestima”.

Ernesto después de platicarme como había estado su semana me enseñó unos muñecos de legos que llevaba y dijo que le gustaban mucho pero en ocasiones no podía comprarlos porque su mamá no tiene dinero pero es ella quien les promete comprarlos comentó. Después le recordé que teníamos que terminar la actividad de la semana pasada que era pegar sus papeles con las características, antes de hacerlo le mencioné que varios de ellos se repetían y le sugerí que los pegáramos juntos, él preguntó ¿por qué?, le respondí que varias personas reconocemos en él habilidades que lo hacen único y especial siendo esto parte importante que lo supiera y lo tuviera

presente porque eso ayuda a generar una mejor autoestima. Después se pasó a la actividad de “Manchas destructoras de la autoestima” y le explique qué consistía en escribir qué era lo que dañaba su autoestima, se le dieron ejemplos como que su mamá lo regañe. En la primera mancha que fue la grande escribió que su hermano le pegue, unos minutos después ya no sabía qué escribir, se percibía pensativo y un poco serio, decía que no se le ocurría qué otra cosa dañaba su autoestima. Le volví a dar ejemplos sobre su familia, sus amigos o la escuela. Y dijo ¡ah sí! Cuando mi mamá no me deja jugar y no nos hace caso cuando está usando su celular también el no tener dinero. Al ingresar toda la familia y nosotras al consultorio con ellos se les comentó que era importante que los tres escucharan lo que cada uno de los niños habían escrito sobre sus manchas. Ambos niños en la mancha grande coincidieron que “mi hermano me pegue”. Ernesto compartió sus dos manchas restantes “no dejarlo jugar y no tener dinero” y su mamá los escuchaba atenta pero también se observaba pensativa. Cuando terminaron se les preguntó cómo se habían sentido al hacer la actividad y no querían responder se percibían con pena y su mamá les dijo no deben tener pena yo no me voy a enojar por lo que digan no los voy a castigar, ellos sólo se reían. Pero dijeron que bien y felices porque habían trabajado los tres. Lo que se les dificultó a ambos niños fue el no saber identificar qué es lo que los hace sentir mal. Para finalizar se le recordó a la mamá los 8 principios y las 4 habilidades que están colocadas en unos letreros.

Fase 3 (sesión 5 a 9)

Dar explicación de que son las emociones las emociones. Como la idéntica en su cuerpo y en qué situaciones así como dar estrategias de regulación emocional.

Sesión 5

Objetivo: Comenzar con la introducción de que son las emociones y que las identifique.

En esta sesión la mamá del paciente empezó a practicar la estructuración de las actividades, se le explicó en qué consistirán antes de incorporarse ella a la sesión y durante esta se le fue guiando y modelando como hacerlo. Mientras ella leía las instrucciones le explique a Ernesto que la actividad de esa sesión consistía en que conociera que eran las emociones y cómo se dividen. Le pregunté a Ernesto si sabía que eran las emociones y dijo que no recordaba pero ya se lo habían explicado en la escuela, después le pedí que nombrara qué emociones conocía y dijo las siguientes: enojo, alegría, tristeza, miedo y asco. Son las de intensamente dijo al final. Exactamente le respondí pero ahora te voy a explicar en qué consiste cada una pero se mostraba un poco disperso, miraba alrededor del consultorio. Le fui explicando una a una y al terminar se la daba para que la coloreara dependiendo del color que decía la actividad del monstruo de las emociones. Posteriormente nos incorporamos al consultorio donde estaba su hermano y su mamá para unos minutos después explicarles que ella en esta ocasión nos ayudaría a dar las instrucciones para las actividades. Después la mamá dio las indicaciones de la canasta de las emociones les pidió dibujara en qué momentos la han sentido y empezó a preguntarles de acuerdo a la hoja que le dimos lo siguiente: ¿Cuándo la has sentido?, ¿Cuál era la expresión facial que él identificaba con esa emoción?, ¿En qué parte del cuerpo la sentía?, ¿Qué pensaste en la situación donde la sentiste? y ¿Qué hiciste con

esa emoción? Ella lo hacía bien pero se le fue guiando a la mamá en las preguntas y cómo realizarlas tomando en cuentas los principios de la terapia centrada en el niño y habilidades de la terapia filial. Para la última emoción de cada niño ya se vio que la mamá tomaba más en cuenta lo antes mencionado y se observaban con más disfrute durante la actividad, es decir, tranquilo Ernesto en responder y expresar como la mamá en preguntar.

Para la siguiente actividad que era el monstruo de las emociones nosotras les indicamos que dibujaran el monstruo que se les entregó dependiendo la emoción y el color que representaba de cómo se sentían al terminar la actividad. Cada niño coloreó su dibujo y se les preguntó al final que emoción era y porqué la eligieron. Ernesto dibujo mitad amarillo (alegría) y mitad café (calma), y con cinta de colores le puso encima al dibujo en los ojos, brazos y manos. Al preguntarle qué emoción estaba sintiendo refirió que alegría porque trabajo con su mamá y calma porque se sentía bien. Ernesto mencionó para finalizar que las emociones entran por los ojos por lo que se los tapó al monstruo. Realice la reflexión con la mamá de cómo percibió que aplicó ella y nosotras los principios y habilidades. Antes de irse dijo la señora que observa más seguros a sus hijos aunque se le dificulto dar las indicaciones porque no lo hace regularmente en casa.



Sesión 6

Objetivo: Dar herramientas con las cuales los niños puedan reforzar su autoestima y tener control del enojo.

Para iniciar la sesión se les explicó cuál era la actividad y el objetivo de esta. Ernesto y Franco comenzaron a decorar su caja como desearon y su mamá se sentó en medio de ambos para que pudiera estar al pendiente de lo que hacían y volteaba a verlos constantemente. Ella los ayudaba con los materiales, les explicaba cómo usarlos o los iba guiando pero nunca les hizo el trabajo. Cuando acabaron se les comentó que hay situaciones en las cuales dañan nuestra autoestima y se retomó la actividad de yo súper estrella y las manchas para recordarles cuáles eran sus habilidades que les ayudan a tener una buena autoestima y que hay situaciones que la dañan como las manchas que ellos escribieron. De acuerdo a esas manchas tenían que buscar una estrategia o herramienta que les ayudará a evitar que estas lastimaran su autoestima como enojarse con los otros (hermano y mamá) pues está fue una mancha que se detectó como importante en ambos niños y debían darse herramientas de cómo solucionarlo. Entre todos empezaron a darse soluciones a sus manchas una de la mamá fue pedir las cosas de los demás antes de tomarlas. Mi compañera intervino haciendo reflexión que más que una herramienta sería una regla y le puso como ejemplo que una herramienta sería cuando Franco se enoje porque toman sus cosas él debía de tranquilizarse, por ejemplo respirando para calmarse. Ella le dijo que era cierto y les dio otra herramienta a ambos la cual era respirar cuando toman mis cosas. Cuando se dieron las herramientas se observaron todos alegres. La señora les pidió hacerse un corazón como herramienta para ambos para que recordaran que no debían pegarse ni pelar porque eso daña su corazón. Posteriormente se pasaron a las preguntas de reflexión en familia y los tres dijeron que les gusto poder trabajar juntos y darse herramientas. La

mamá respondió además que pudo trabajar con ambos niños al mismo tiempo poniéndole atención a uno y al otro y no hubo discusiones y se le preguntó qué habilidades y principios había aplicado ella y nosotras.



Sesión 7

Objetivo: Identificar expresiones corporales referentes a las emociones: enojo y tristeza, y adquirir estrategias de regulación para dichas emociones.

Al inicio de la sesión se les mencionó a Ernesto y a su familia que se trabajaría con los tres desde un inicio y que la primera actividad sería el identificar expresiones corporales referentes a las emociones y después se les explicarían estrategias de regulación para dichas emociones. Se empezó con la actividad de estatuas cambiantes y se les pidió caminar por el consultorio y cuando se detuviera la música deberían representar corporalmente la emoción mencionada. Yo me integre con ellos a la actividad mientras mi compañera ponía la música y la pausaba. Entre las primeras emociones se dijeron alegre, enojado, triste, miedo, se observó que tanto Ernesto y Franco caminaban atrás de su mamá y volteaban a verla copiando algunas de sus expresiones. La señora en momentos bailaba al escuchar la música y en un pedazo de esta que refería a dar abrazos se acercó sus hijos y sin decir mi compañera aún la emoción los abrazo y se detuvo la canción

entonces sonrieron. Empezamos a decir también emociones como pena, asco, irritabilidad y calma, percibiendo lo mismo en Franco copiando y volteando a ver mucho a Ernesto. Se indicó que se cambiaría de actividad y ahora se les diría una situación y tenían que expresar que emoción les origina, por ejemplo, no nos hace caso: Ernesto dijo enojo y tristeza, Franco mencionó tristeza y su mamá le causa enojo. Se les comentó que está bien quererse parecer a su hermano pues es normal porque llegamos a ver cualidades que nos agradan pero también es importante ser nosotros mismos. Después se pasó a la actividad de regulación emocional y les explique que esta ayuda a sentirnos mejor ante el enojo, por ejemplo. La primera estrategia fue la del semáforo, pero ante la explicación Ernesto se observaba distraído a la explicación, se les dio como ejemplo la situación de que alguien agarre sus juguetes sin pedir permiso y se iba mencionando dependiendo que de emoción provocaba era el color que se marcaría en el semáforo como el color verde indicaba estar en calma pero al presentarse la situación de agarrar un juguete sin permiso puede comenzar a presentarse síntomas de enojo, entonces Franco dijo que en él inicia poniéndosele las manos calientes y en Ernesto calor en la cara. Se les preguntó qué color indicarían los síntomas y dijeron que el amarillo, se les afirmó diciéndoles que el amarillo significa empezar a detenerse cuando detecten el inicio del enojo pues si no podrían llegar al rojo que es alto siendo que están en la emoción y se recomienda que busquen 2 o 3 soluciones que puedan aplicar que les ayuden a calmarse para volver al color o estado verde. Posteriormente se realizó la actividad del soldado de plomo y se les pidió ponerse de pie para hacerla al finalizar se le preguntó cómo sentían su cuerpo y comentaron que relajado. Antes de irse se le preguntó a la mamá en qué momentos percibió que aplico y aplicamos los principios y habilidades también y le recordé que solo nos faltaban de 3 a 4 sesiones y que como cada una de ellas le daremos herramientas que pueda usar en casa.

Sesión 8

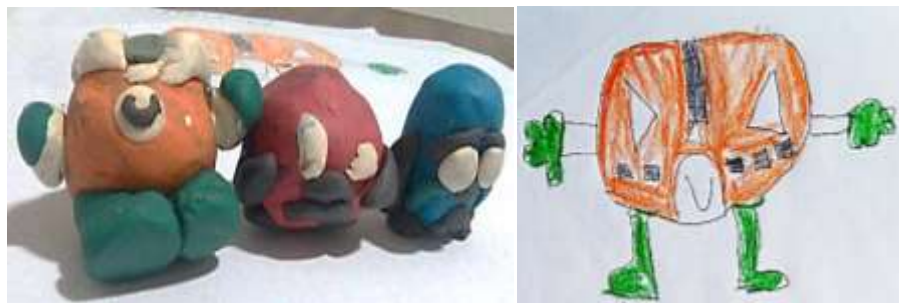
Objetivo: Que el paciente comprenda que el enojo puede cambiarse hacia otra emoción

En esta sesión los acompañó su abuela. Y se les informó que se trabajaría de manera individual. Se inició con Ernesto el encuadre y le dije el objetivo de la sesión, la actividad y el tiempo con el que se contaba para ella. Para iniciar le pedí que dibujara e hiciera en plastilina unas emociones, se empezó con enojo y le dije que lo dibujara cómo era para él era el enojo, lo mismo hizo con la tristeza

El enojo se llamaba “enojoi” y era pequeño y con bigote porque de tanto estar enojado se convirtió en adulto. Y al decirle que pasaría cuando a enojoi se le cae el bigote él contestó que entonces sería otra cosa como tristeza. ¿Y por qué tristeza? Le respondí, pero ya no supo qué responder solo dijo que no sabía. Entonces le pedí que dibujara a tristeza y su nombre era tristeza, era pequeña, azul y con lágrimas porque sin lágrimas sería enojo. Le pregunté cómo las podría distinguir si es enojo y tristeza pero dijo que no sabía porque eran parecidas y amigas. Se me ocurrió ejemplificar diciendo que una manera de distinguir si es enojo o tristeza es en la manera en cómo la sentimos en el cuerpo y cómo nos hace reaccionar. Posteriormente comentó que podría distinguirlas porque se enoja cuando se burlan de él y se pone triste cuando no puede hacer algo. Después le pedí que realizara el dibujo de la alegría y respondió que la alegría era como un luchador porque pelea contra las otras emociones. Escogió el color naranja y verde para colorearlo. Comentó que la alegría se llamaba Oswaldo y es feliz porque es un luchador y lo ayuda a ya no sentirse mal contra las malas emociones. Después con las figuras de plastilina como segunda parte de la actividad se le pidió hacer una entrevista entre ellas para que dialogarán en cómo podrían unirse para evitar ser un problema para Ernesto. Fue breve en el diálogo pero refirió que las cuatro

emociones son importantes pero estaba mal quedarte solo con una diciendo, por ejemplo, que todo el tiempo estás enojado, entonces ya no sabrás identificar las otras por lo que él cree si se hacen amigas entre todas podrán ayudar a alegría para que sea quien este el mayor tiempo con E y las otras casi no. Para terminar le pregunté cómo se sintió y dijo que bien, le gustó, porque conoció que no hay emociones buenas o malas y todas nos ayudan a algo, y lo que se le dificultó fue hacer los muñecos de plastilina, porque eran pequeños y no podía hacer la cara y los brazos.

Se le agradeció por participar y se le comentó que posiblemente la semana ya se trabajaría con su hermano y si no sería pronto, él solo dijo que si y salimos del consultorio.



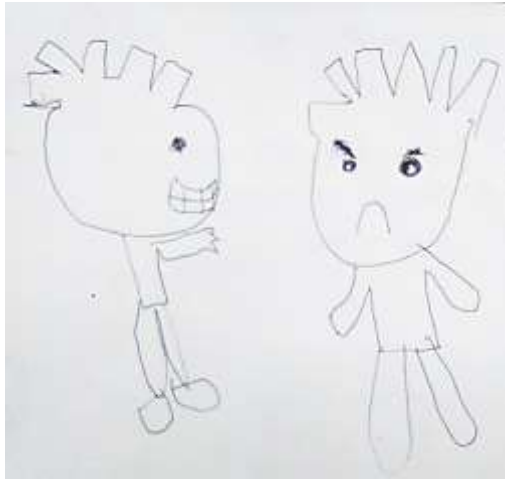
Sesión 9

Objetivo: Reforzar el cambio de emociones y expresarla de una manera aceptable.

En esta sesión la actividad fue el trabajar con un superhéroe que Ernesto eligiera que mostrará enojo ya tenía que actuarlo. Eligió a un árbol llamado groot y después le dije que tenía cinco minutos para imaginarse cómo sería este personaje enojado, como lo demostraría y cómo se calmaría. El tiempo corrió y Ernesto estaba sentado mirando la imagen, se percibía pensativo y al

faltar aproximadamente dos minutos su atención se iba perdiendo, se movía mucho en la silla y miraba mucho hacia el techo.

Cuando pasaron los cinco minutos le dije que el tiempo había terminado y era momento que representará a groot, su expresión cambió a pena y sonreía entonces le indiqué que podía iniciar pero se quedó callado, quieto y después sonrió diciendo que no sabía cómo hacerlo. Le recordé que no debía preocuparse por cómo lo hacía porque no habría una calificación o no le diría si estaba bien o mal, lo importante era que pudiera interpretar como sería groot enojado. Se percibió un poco más tranquilo y dijo que a groot le crecen los brazos y pies, comenzó a levantar los brazos tratando de reflejar lo que le ocurría al personaje. Después comentó que mejor quería dibujarlo para que pusiera también que se enoja porque lo molestan. Terminó su dibujo y le hice preguntas relacionadas con el personaje y él. Una de ellas fue ¿Cómo se relaja groot para no sentirse enojado? Se estira y le crecen los brazos y piernas, yo también me estiro cuando estoy enojado y cuando empiezo a sentirme enojado también. (En esta respuesta se le hizo ver que el estirarse era una estrategia que estaba usando para evitar enojarse o calmarse cuando lo estuviera. Posteriormente se le comentó que pasaría su mamá y su hermano. Al estar los tres en el consultorio que les indicó a los pacientes que podían jugar o hacer algún dibujo mientras se platicaba con su mamá. Se le indicó a la mamá lo que se ha estado trabajando con Ernesto en las sesiones que ella no ha entrado. Ella refirió que ha visto cambios en Ernesto más más seguridad en él o en hablar con otras personas y también en su autoestima pero siguen sin obedecer además de que siguen peleando entre ellos. Se le recordó que el estructurar requiere ser clara en las indicaciones y recordarlas constantemente así como poner tiempos para hacer las actividades. Pero ella comentó que siempre le ha costado trabajo poner límites y normas en casa y se le está dificultando la estructuración.



Fase 4 (1 sesión)

Se trabajó con la relación fraterna y reflexionar de los beneficios de ser un equipo entre hermanos.

Sesión 10

Objetivo: Identificar a su hermano como un aliado en quién puede confiar para solucionar problemas.

Se comentó a Ernesto y a Franco que la actividad inicial consistía en que la mamá (yo como terapeuta) les pedía que recogieran los juguetes y ropa (que serían los juguetes miniatura) y tenían que organizarse entre ellos para hacerlo. De todos los juguetes eligieron uno cada uno para ser ellos y yo elegí otro que representaba a la mamá. Antes de iniciar se les dijo que tenían 5 minutos para ponerse de acuerdo y recoger todo y que después regresaría a ver que habían hecho. Quien inició a organizar Ernesto y dijo que él levantaría los juguetes y platos, mientras Franco la ropa.

Pero Franco al terminar de levantar la parte de muñecos que eran la ropa Ernesto le comentó que debía hacer otra cosa porque no era justo que solo hiciera una tarea aunque ya hubiera terminado. Los juguetes se veían bien organizados por montones pero al decirles que solo les quedaban dos minutos se pusieron ansiosos colocaron todo revuelto y se perdió el trabajo que habían realizado.

Posteriormente el personaje de la mamá les pregunto cómo les había ido en la actividad, si se habían organizado, ellos respondieron que sí, que se pusieron de acuerdo sin pelear. Fue cuando mi compañera dijo yo vi que iban haciendo bien lo que cada uno estaba recogiendo pero cuando les dijiste que solo les quedaba dos minutos se observaron ansiosos e hicieron todo rápido y ya no de la misma manera que cuando empezaron. Entonces se les preguntó a los pacientes que habían pensado y dijeron que lo realizaron rápido porque si no la mamá los iba a regañar. Se les pidió que pensarán alguna solución y refirieron que pedirle más tiempo a la mamá hasta que lo terminaran. Para terminar la sesión ingreso la mamá y se le explicó la actividad que era que los niños identificaran que entre ellos pueden ser un gran equipo. La actividad era la del trapito cuando la realizó Ernesto se percibió más duro su cuerpo aunque mostró confianza en su familia y en nosotras para mecerse de un lado a otro. Al terminar la actividad se les preguntó cómo se habían sentido, ambos dijeron que feliz pero con un poco de incertidumbre porque no sabían si los sostendríamos adecuadamente y tenían miedo de caerse. También se les preguntó qué habían aprendido hoy y comentaron que pueden trabajar en equipo y lograr organizarse en su casa y en la escuela. Lo que se les dificultó fue que Ernesto cree que él organizó más juguetes que Franco. Se les recordó que para hacer un buen equipo deben ponerse de acuerdo y que sería adecuado si ya termino alguien pueda ayudar a su hermano para que recojan más rápido y les dé tiempo de hacer otras actividades y de la misma manera su mamá ya no los regañaría tanto por no acabar a tiempo.

Fase 5 (1 sesión)

Cerrar el proceso terapéutico así como evaluar los avances en los focos de intervención detectados y mencionar factores de riesgo.

Sesión 11

Objetivo: Dar fin al proceso terapéutico y evaluar los avances así como devolución de las habilidades desarrolladas.

En esta sesión se trabajó con una playera cada uno tenían que pintarla con alguna figura de papel pero tenían que ponerse de acuerdo para elegir. Ernesto propuso la estrella de seis picos porque cada dos picos podían ser alguien de ellos y al unirse forma la estrella comentó y los tres aceptaron que esa figura sería el símbolo familiar. Después se les presentó la regla medidora con la cual se evaluaría lo que se trabajó durante la intervención. Tanto los pacientes su mamá y nosotras las llenamos al mismo tiempo, se iba leyendo el área y cada quien ponía una cruz en ella. Ernesto dijo que llegó con 10 en autoestima y en regular emociones y en generar nuevas estrategias las identificó arriba del 5 y relación con el hermano debajo del 5. Mientras su mamá y yo observamos un cambio en el paciente ya que antes de la intervención colocamos todas las áreas debajo del 5 y al terminar el proceso terapéutico las colocamos arriba del 5. Con esto observamos que el paciente si genero cambios en las distintas áreas de la intervención.

La mamá al comentar los cambios en ambos pacientes lo hacía con alegría, se observaba que estaba satisfecha con los resultados, mencionó por parte de Ernesto ya es más seguro de sí mismo, ya expresa sus ideas, emociones a quien sea y también ya marca límites tanto con ella y en la escuela. Posteriormente realizaron la actividad de las playeras, se observaron contentos los tres,

pintaron primero la figura en medio de la playera y después la decoraron como quisieron y para terminar se las firmaron y nosotras nos pidieron hacer lo mismo. Antes de pasar con la parte de cierre en donde se recapitularía lo trabajado se les entregó un reconocimiento a los pacientes por haber concluido el proceso terapéutico y por los aprendizajes obtenidos. Para finalizar les dijimos que ya tenían las herramientas para aplicarlas en casa u en otros lugares y que era hora de practicarlas y reforzarlas. Antes de irse volvieron agradecer, nos abrazaron ambos y la mamá nos felicitó por el trabajo realizado.



Fase 6 (1 sesión) Seguimiento

Sesión 12

Objetivo: Sesión de seguimiento con el paciente y su mamá y reevaluar las áreas trabajadas.

Para iniciar se les preguntó cómo habían estado estos meses después de la intervención y mencionaron que bien aunque con dificultades que se presentaron en la escuela con Ernesto pues refieren que tres de sus compañeros lo molestan y él aunque ha sido paciente con ellos, no les hace caso o le dice a su maestra ella no pone soluciones haciendo que Ernesto se defendiera no

golpeando pero si tomando de la mano fuerte a uno de sus compañeros. Le pregunté cómo se sentía con lo que pasó y dijo que bien, normal porque él no les hace nada pero que si lo molestan y como no ve apoyo de su maestra es cuando se tiene que defender. Después se pasó a realizaba la historia clínica con la señora para completarla, le pedí a Ernesto que realizara un dibujo de lo que quisiera y sacó un muñeco que se llama “groot” y calco el contorno en la hoja y cuando termino el dibujo le pregunté qué fue lo que hizo y comentó que era groot bebé con otro árbol y el sol. Al decirle quienes serían si fueran personas respondió que él groot, el otro árbol su hermano y el sol su mamá. Narró que groot era bebé porque había evolucionado y se quedaría bebé para siempre. Al preguntarle, ¿porque sería bebé para siempre? dijo lo siguiente: groot era de otro planeta llamado támara donde había una energía diferente a la de la tierra. En ese planeta lo habían hecho sentir muy mal y por eso se fue pero al llegar a la tierra evolucionó y dejó a un lado todo lo que le hacía mal como a su papá, llegó a la tierra y se dio cuenta que la energía es más bonita porque en esta se encuentra su mamá. Después se le preguntó qué pasa cuando groot y su hermano árbol se enojan y contestó que se controla para ya no seguir peleando. ¿Y cómo se controla? Y mencionó las estrategias identificadas que ya usaba al final de la intervención siendo las siguientes: El semáforo, identificar en qué color se encuentra y buscar una estrategia de solución, cambiar su foco de atención a otra actividad o no hacer caso cuando lo molesten, buscar redes de apoyo como su mamá o abuela y una nueva que aplica su mamá que es cuando ve que están peleando los abraza fuerte hasta que se les pasa el enojo. Para terminar ambos agradecieron y comentaron sentirse bien y felices aunque reconocen que tienen área de oportunidades para mejorar.



Capítulo 5. Resultados

Fase 1 - Alianza terapéutica con la mamá

Esta fase fue una sesión, se observó en la mamá interés durante la entrevista y dispuesta a responder lo que se le preguntaba. Se mostró con un lenguaje y discurso fluido así como espontáneo y su voz era un tono medio, no se percibía ansiosa pero sí preocupada por la situación de Ernesto. Al comentarle lo que se trabajaría dijo que estaba dispuesta a cooperar en que se diera un buen proceso terapéutico y constantemente sonreía y decía “lo que ustedes digan que hacer esta perfecto, ustedes saben lo que hacen” se le dijeron los objetivos a trabajar durante la intervención y al finalizar se fue satisfecha agradeciendo la explicación y el haberle llamado para la intervención y dijo que nos veríamos la siguiente sesión con ambos pacientes.

Fase 2 - Alianza terapéutica con el paciente y trabajo de autoestima

Esta fase tuvo una duración de tres sesiones en las que a partir de aquí hasta el final de la intervención se trabajó con juego no directivo del enfoque centrado en el niño y filial con la mamá así como con el paciente además de aplicar técnicas cognitivo conductuales.

Durante esta fase Ernesto al inicio se mostró con dificultad en la parte de autoestima en reconocer sus habilidades y fortalezas, si las sabía pero no las tenía incorporadas a su esquema cognitivo adecuadamente pero al mencionarlas tanto su mamá, hermano y la terapeuta las

incorporó de manera fácil en su repertorio de las que ya tenía y algunas coincidían con las que él mencionó. Al terminar esta sesión se le pidió tanto a Ernesto como a la mamá que reforzaran en cada momento que pudieran las habilidades y fortalezas del paciente, por ejemplo, escribirlas en otro lugar visible en su casa, que él mismo las recordará y que su mamá igual en cada momento le reflejara lo que veía en él. De acuerdo a Rodríguez & Caño (2012) los resultados obtenidos con Ernesto en el autoconcepto y la autoestima son positivos debido a que se considera un rasgo (o nivel típico de autoestima) el que depende principalmente de las contingencias de autovalía que experimenta el individuo, y el paciente las reforzó de manera independiente y familiar.

En la primera sesión se observó tímido al trabajar con su familia y no participó mucho pero al terminar esta fase en la sesión en la mancha de autoestima fue capaz de mencionar lo que lo hacía sentir mal y porque. Así mismo el nivel de disfrute de las actividades se vio incrementada en Ernesto al terminar la fase, se percibía más motivado también relajado al interactuar con su mamá y hermano. De acuerdo Alcántara (1990) (citados por a Tabernero, Serrano & Mérida 2017) existen factores que influyen en el autoconcepto y la autoestima y los limitan, ya que son en gran medida experiencias del niño con su medio y con quienes les rodean que influyen ya sea familiares u otras personas. Con lo anterior se puede comprender otra causa de la mejoría de Ernesto en el autoconcepto y autoestima pues el cambio en la interacción con su familia le beneficio en su contexto personal.

En esta fase, el Ernesto se mostró abierto con la terapeuta, pudo compartir sus dudas, como él se percibía y un poco de su historia personal así como de la relación que tenía con su familia. Al iniciar la intervención Ernesto se percibía con pena, hablaba con un tono de voz bajo pero al término de la sesión su discurso fue más fluido y subió su tono de voz. Con lo anterior se puede concluir que se logró una alianza terapéutica con Ernesto y su mamá así como avances en él al ser capaz de reconocer sus habilidades, fortalezas, que le gusta y decirlo.

O'klander (2008) menciona que la relación terapéutica es algo que requiere cuidado o una cuidadosa nutrición ya que es la base del proceso terapéutico y la cual en sí misma puede ser poderosamente terapéutica. Es una relación tú/yo, esto tiene principios significativos en el trabajo con niños, pues la terapeuta no manipula, ni juzga no usa voz condescendiente. Se debe cuidar la transferencia porque el niño puede responder ante la terapeuta como si fuera una figura parental como puede ser el caso de los padres. Se le da también al paciente la oportunidad de experimentar su propio Yo, sus propios límites, destacando su sentido de sí mismo y mejorando y fortaleciendo sus habilidades de contacto.

Sin embargo, en esta fase a Ernesto aún se le dificultaba interactuar con su hermano sin molestarse, ya sea por el material, los juguetes o porque no podían ponerse de acuerdo. Cuando discutía con su hermano, Ernesto se mostraba ansioso y molesto; aunque en esta fase ya fue capaz de reconocer que su hermano también tiene muchas cualidades parecidas a las suyas u otras. A la madre en esta etapa del proceso se le percibe confundida pues no sabe cómo manejar la situación de los pleitos de sus hijos. Al inicio de esta fase cuando la madre participaba lo hacía de manera

rápida tratando de que Ernesto lo hiciera igual que ella y lo cuestionaba por su lentitud. Aunque sí mostró interés en lo que hacían y lo halagaba. Cuando se le explicaban los principios y habilidades ella se mostraba ansiosa porque decía que se le hacía complicado aplicarlos y en identificarlos en la terapeuta. Se le retroalimenta que es un aprendizaje. Por otro lado se percibe que ella crea un ambiente seguro para los pacientes, se mete en el juego y reconoce sentimientos pero no sabe cómo dirigirlos.

Fase 3 - Reconocimiento de las emociones y regulación emocional

En esta fase fueron 4 sesiones y se trabajó el tema de que son las emociones así mismo Ernesto debía aprender a reconocerlas en su cuerpo y en qué situaciones las has sentido pero se observó ansioso ya que debía decirlo enfrente de su mamá y hermano, sí logró hacerlo pero con pena. Su lenguaje y discurso era fluido cuando hablaba de la emoción pero su tono de voz era bajo. El nerviosismo se percibió cuando su mamá fue cuando estructuró la sesión y cuando le preguntaba sobre la emoción, ella de igual manera se observó nerviosa pero poco a poco se fue relajando cuando se le orientaba en cómo hacer las preguntas y responder conforme a los principios y habilidades.

En la siguiente sesión seis la mamá ya teniendo el conocimiento previo sobre cómo aplicar los principios y habilidades iba guiando a Ernesto y su hermano, los escuchaba, motivaba, permitía que la realizarán como ellos decidieran y se metía en la actividad. Ernesto por su parte se observó que disfruto más de la actividad, no se percibió nervioso o ansioso al contrario, hubo más

interacción entre él y su hermano durante el tiempo en que se daban las herramientas. En esta etapa de la intervención Ernesto fue capaz de expresar que se sentía feliz que Franco fuera su hermano. Se considera una gran avance debido a que se ha observado que les costaba trabajo expresar sus sentimientos y además porque la mayor parte del tiempo en el que conviven pelean mucho. En las sesiones siguientes Ernesto preguntaba en estas en que momento trabajaría con Franco constantemente. Para la sesión 7 se trabajaron estrategias de regulación emocional, se observó más comunicación entre ellos, se observaban y disfrutaban las actividades y sonreían mucho. Para el final de esta fase Ernesto ya expresaba de manera corporal más precisa las emociones que se le mencionaban aunque aún lo hacía con pena. También ya reconocía de manera más precisa cómo siente su cuerpo y el de otros ante diversas situaciones.

En las otras actividades como el semáforo en un inició se le dificulto entenderlo pero con ejemplos lograron hacerlo y dio ejemplo en cómo podría usarlo. Para el soldado de plomo se observó que les ayudó a relajarse a pesar de que no se percibieron nerviosos durante la sesión al final de esta E. dijo que sintió su cuerpo más relajado.

En la sesión 8 se volvió a tocar el tema de las emociones ya que se había detectado que a Ernesto se le dificultaba reconocer que emoción está sintiendo, si enojo o tristeza cuando algo le molesta. Se trabajó con plastilina y al hacerle las preguntas acerca de sus muñecos y las emociones que representaban fue más fácil hacer la reflexión con él de que no hay emociones buenas ni malas, y Ernesto pudo generarse situaciones para saber si lo que siente ante tal situación es enojo o tristeza y al término de esta sesión logró tener claves en saberlo como si es enojo lo siente en sus manos y siente su cuerpo caliente pero si es tristeza se siente bajo de energía y quiere permanecer acostado

por un tiempo. Para la sesión 9 la última de esta fase se trabajó con el enojo que era la emoción que más predominaba en Ernesto esto para que reflexionara qué estrategias podía seguir implementando. Y se identificaron que el paciente estaba aplicando las siguientes:

- No hacer caso cuando lo molesten / cambiar su foco de atención
- Estirarse para sacar el enojo / relajar su cuerpo ante la tensión
- Motivación / perseverancia y volver a intentarlo

Se anotó como él las percibía pero se las devolví de una manera más consolidada para que las percibiera como estrategias como las que habíamos estado trabajando. Al término de esta sesión Ernesto y su mamá se fueron motivados al recibir retroalimentación que él está generando nuevas soluciones o estrategias para solucionar sus problemas en vez de reaccionar con enojo e irritabilidad como antes.

O'aklander (2008) refiere que ayudar al niño a desarrollar un fuerte sentido de sí mismo es un requisito primordial para que exprese sus emociones. Comienza a sentir una sensación de bienestar y un sentimiento positivo acerca de sí mismo. De igual manera refiere que el ayudar a los niños a expresar sus emociones es importante para su desarrollo sano. Algunos niños aprenden a inhibir sus sentimientos en especial la rabia. Cada niño con un trastorno emocional tiene dañado su sentido del yo, lo que a su vez afecta el buen contacto con los demás.

Fase 4 - Relación fraterna

Esta fase fue solo de una sesión y pudo reforzarse con la actividad lo que ya se había percibido en otras sesiones por parte de la mamá quien les ha hecho darse cuenta que entre ellos pueden cuidarse, divertirse por mucho tiempo no solo por días o momentos. Durante la actividad se mostró dificultad en ponerse de acuerdo pero con ayuda y guía tanto con Ernesto como con Franco logran hacerlo. También se percibió que al apresurarlos se ponen de nervios y no logran terminar la actividad, esto se le explicó a la mamá para que lo tuviera en cuenta para evitar que lo observado en el juego suceda en casa cómo sentirse nerviosos y no terminar lo que están haciendo.

En esta fase de la intervención y con la actividad del trapito se observó que se logró generar formando un ambiente de confianza entre ellos y preocupación. Al término de la fase ellos reflexionaron que pueden ser un gran equipo para lograr cosas juntos, y Ernesto puso como ejemplo el hacer las cosas en equipo pueden terminar más rápido y jugar más.

Fase 5 - Dar cierre al proceso terapéutico y evaluar los avances.

Tabla 6.

Resultados de los objetivos iniciales

Como lo manifiesta	Objetivo	Resultados
Autoestima Poca seguridad en sí mismo	Que el paciente obtenga seguridad en sí mismo y sepa cuáles son sus herramientas que le permitan enfrentar dificultades.	El paciente tiene seguridad en sí mismo y expresa sus opiniones.
Autoconcepto Poca valía en sí mismo	Que el paciente llegue a valorarse por sus cualidades.	Reconoce sus cualidades y habilidades, reforzándolas.
Enojo Aumenta al interaccionar con su hermano menor.	Que el paciente regule su enojo y tenga alternativas para cambiar su foco de atención	En la parte de emociones es capaz de reconocer, identificar, buscar estrategias de solución y regularse.
Tristeza Extraña a su papá quien	Que el paciente regule su tristeza y acepte el	En la parte de emociones Es capaz de reconocer,

se fue a vivir a Veracruz.	proceso de duelo por la pérdida.	identificar, buscar estrategias de solución y regularse.
Rivalidad fraterna Pelea constantemente con su hermano	Que el paciente tenga una mejor comunicación y relación con su hermano y entre ambos encuentren apoyo	El paciente reconoce a su hermano como fuente de apoyo. Se comunican mejor entre ambos y saben cómo generar acuerdos o soluciones.

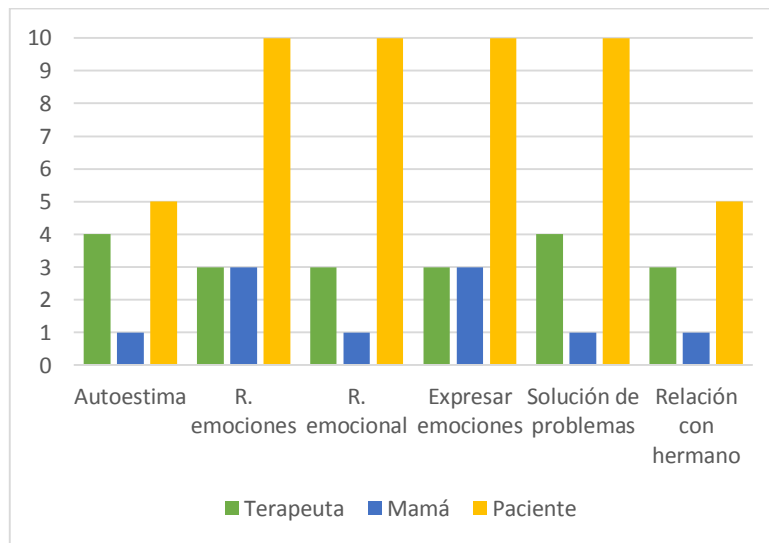
La duración de la terapia con un niño es muy variable y depende de muchos factores. Se pueden trabajar durante pocas sesiones, 3 o 4 meses, 1 o 2 años escolares. Sin importar la duración o la razón para terminar la terapia, se presta especial atención a su cierre, está permite al niño desplazarse a un nuevo lugar. Se rinde homenaje a las sesiones (Oaklander, 2006)

Se usó una regla medidora que iba de 1 siendo mucho malestar, 5 regular y a 10 me siento de maravilla para conocer y reflexionar con Ernesto y su mamá cómo se percibía y lo percibimos al iniciar la intervención y al finalizar en las siguientes áreas: Autoestima, reconocer emociones, regular emociones, expresar emociones, estrategias para solucionar problemas y relación con su hermano.

En las figuras 1 y 2 se muestran los resultados de lo que tanto el paciente, su mamá y yo referimos conforme a cómo percibimos que ingresó y como se fue Ernesto de la intervención usando la regla medidora que realice para poder tener una manera de medición en autoestima, reconocimiento de emociones, regulación emocional, expresar emociones, solución de problemas y relación fraterna. Ernesto mencionó que al inicio se sentía en autoestima debajo de lo regular (5) y al finalizar se colocó en me siento de maravilla (10), explicó que se siente más seguro de sí mismo y le gusta como es. Su mamá y yo coincidimos que se ha visto una mejoría en cuanto a su autoestima lo que le hace sentirse más seguro, esto le mencioné debido a que te conoces sabes que te gusta y lo que no, de igual manera reconoce sus habilidades y cualidades y se las refuerza él mismo así como su familia lo hace. En reconocer las emociones, regularlas, expresarlas y buscar estrategias él refirió que al inicio de la intervención se encontraba en 10 en estas y al finalizar igual. Esto podría deberse a que Ernesto tenía una manera de enfrentar situaciones, manejar sus emociones y expresarlas como lo había aprendido en casa y esto era normal para él y no le representaba un problema. Y al finalizar la intervención pudo generar estrategias de regulación emocional ya que reconoce, identifica, y busca soluciones, haciéndolo sentir bien pero sin ser consciente o reconocer que antes era un problema para él no hacerlo de manera asertiva. Sin embargo, respecto a la relación con su hermano al iniciar la localizó en 5 y al finalizar en 10. Lo que indica que él percibió cambios en esta, mencionando que antes jugaban pero se peleaban mucho, no se prestaban sus juguetes, y finalizando las sesiones ya jugaban más, se compartían juegos y podían ponerse de acuerdo para generar una propuesta a su mamá o buscar alguna solución entre los tres.

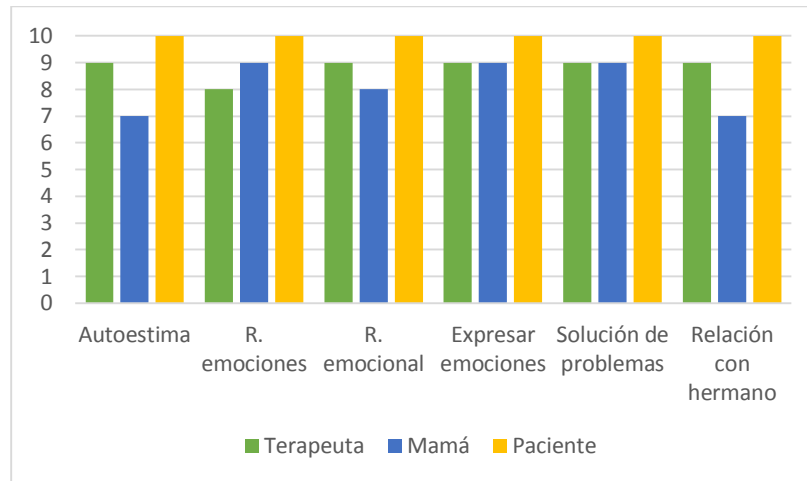
Su mamá y yo coincidimos con estos cambios en la relación entre ellos, respecto a la regulación emocional tanto ella como yo mencionamos que ya controla más su enojo y en vez de pegarle a su hermano como antes pasaba busca soluciones acertadas, esto igual en la escuela. Así mismo su mamá refirió que la autoestima de Ernesto ha mejorado, confía en lo que va hacer, ya pone límites y dice lo que está sintiendo, reconoce que emoción le provocan las situaciones y cómo se siente su cuerpo ante las emociones. También busca soluciones apropiadas cuando se siente enojado principalmente con su hermano lo cual ha permitido cambiar la manera en que se relacionan y poder interactuar mejor. En lo anterior coincidí con la mamá del paciente aunque agregue que en la solución de problemas además de buscar soluciones apropiadas Ernesto y su hermano igual habían aprendido y experimentado la importancia para ellos de trabajar en equipo llevándolos a buscar puntos de acuerdo para llegar a una solución que los beneficiaría a ambos.

Figura 1. *Escala de medición antes de iniciar el tratamiento*



Resultados de la escala de medición realizada por el paciente, su mamá y la terapeuta

Figura 2. Escala de medición al finalizar el proceso

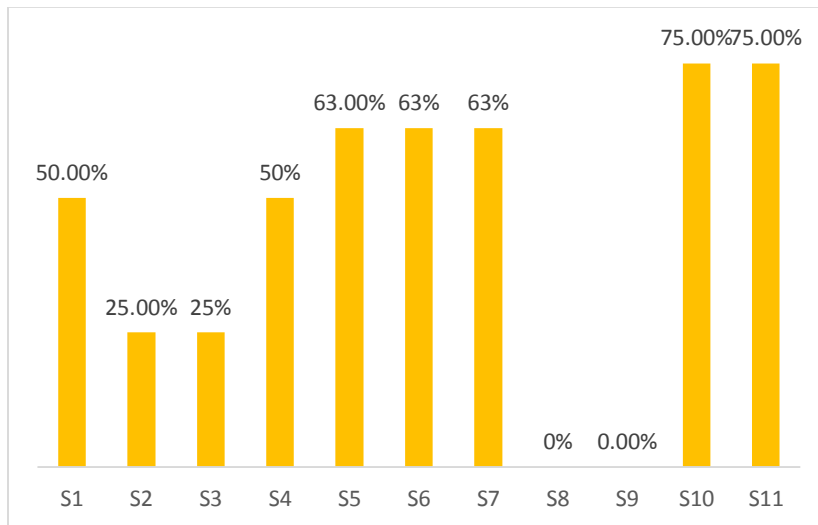


Resultados de la escala de medición realizada por el paciente, su mamá y la terapeuta

En la figura 3 se muestra el análisis que se realizó respecto al trabajo con la mamá y también con la ella se expusieron en el cierre de la intervención sus avances en el aprendizaje del uso de los principios de la Terapia Centrada en el niño y las habilidades de la Terapia Filial siendo las siguientes: de las 9 sesiones a las que entro la mamá con Ernesto en la 2 y 3 se observa que uso muy poco los principios siendo un 25% y de las sesiones posteriores de la 4 a la 7 incrementó su uso llegando al 63% y para las últimas sesiones de la 10 a la 11 llegó a un 75% en estas el aumento se atribuye a que al durante las sesiones se moldeaba el uso de los principios y al finalizar la sesión se le preguntaba a la señora en qué momentos había observado que los habíamos usado y después que nos dijera en qué momentos percibió que ellas los uso, si no le quedaba claro nosotras le explicamos que habíamos hecho y visto que ella realizó durante la sesión para que le quedara más claro su uso.

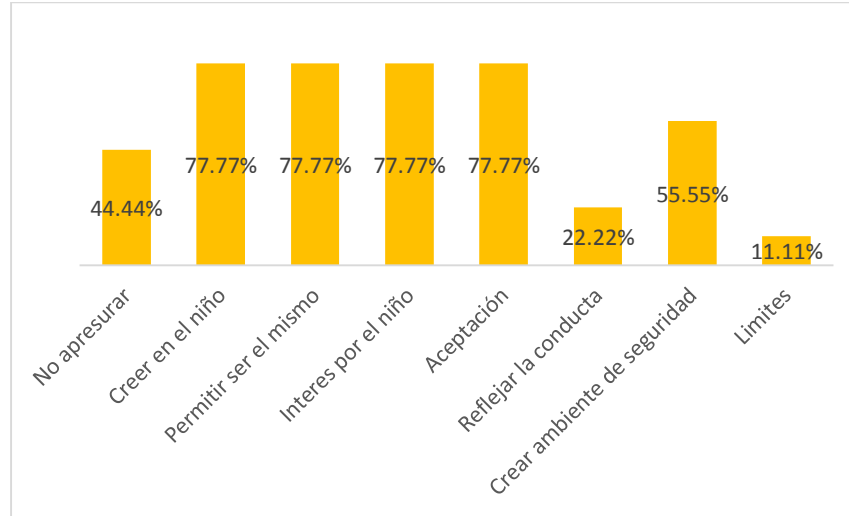
Y en la figura 4 se observa que el principio de límites fue el menos usado con un 11.11% durante la intervención por la mamá, en contraste creer en él, permitir ser él mismo, interés genuino por él y aceptación con un 77.77% de su uso durante la intervención. Lo anterior indica que la mamá logró aprender y saber cómo aplicar los principios dentro del consultorio pero también fuera de este ya que en las dos sesiones que no ingresó se le preguntó en qué momentos los llegó a usar en casa y narraba sus ejemplos. Referente a esta terapia se percibe fue beneficiosa para el mejoramiento del paciente ya que con lo aprendido por su mamá le permitió explorar sus capacidades necesarias para el mejoramiento de su autoestima, el ser capaz y aceptado en expresar y reconocer sus emociones sin ser juzgados y las habilidades de resolución de problemas tanto en casa con su hermano como en la escuela para evitar que lo siguieran molestando.

Figura 3. *Terapia Centrada en el niño (mamá)*



Porcentaje de aplicación durante las 9 sesiones de los 8 principios

Figura 4. *Terapia Centrada en el niño (mamá)*



Porcentaje de lo más aplicado durante las sesiones

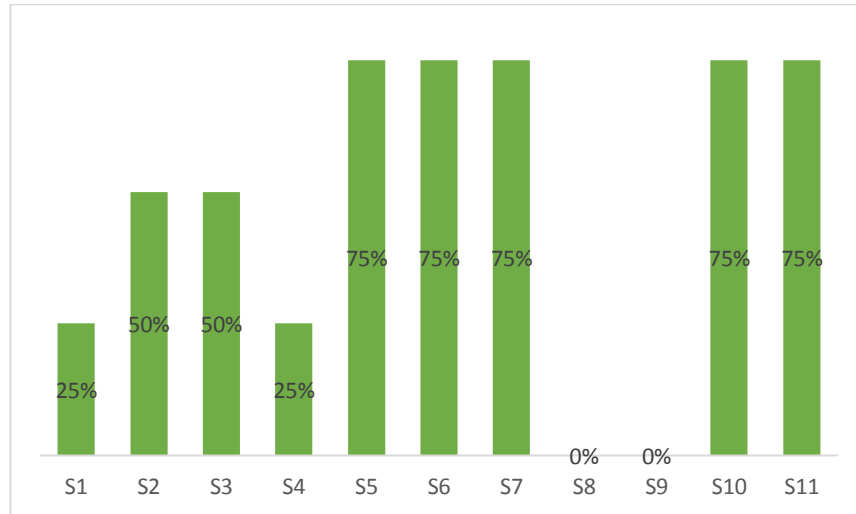
En la figura 5 se muestran el porcentaje de las habilidades aplicadas por la mamá durante las 9 sesiones. Se observa que de la sesión 2 a la 3 incremento 25% del uso de las habilidades, sin embargo en la sesión 4 decremento igual que al inicio en un 25%, esto se pudo haber debido a que en esta sesión se trabajó el tema de que es lo que daña la autoestima del paciente, mencionando él que su mamá no tenga dinero (problemas económicos), que su hermano le pegue, que sus papás se peleen y que su mamá no les haga caso. Y cuando la señora iba oyendo esto se percibió preocupada y un poco triste y se lo externo diciendo que él no debía de preocuparse. Lo que pudo haber interferido para prestar atención en la aplicación de estructurar la sesión, en la escucha empática, en el juego imaginario y en poner límites.

Y a partir de la sesión 5 a la 11 se dió un incremento que se mantuvo con un 75% refiriendo que la mamá logró consolidar de manera funcional las 4 habilidades.

La figura 6 muestra cuál de las 4 habilidades fue la más usada por la mamá durante la intervención siendo la escucha empática, la cual pudo haberle ayudado a E sentirse escuchado, con atención e importante para su mamá permitiendo de igual manera que se mejorará la comunicación entre ellos. Después la otra más usada fue el juego imaginario con un 63% esta habilidad le permitió a la mamá involucrarse de una forma más empática con E pues habían actividades donde el paciente se observaba con pena y ella lo animaba hacerlas, además el uso del juego les sirvió como familia para poder relacionarse más, buscar acuerdos entre ellos y experimentar sensaciones nuevas, pues al final de las actividades se les preguntaba cómo se habían sentido y compartían que les había parecido la sesión, que sintieron, que les gusto, que no y con el juego fue el medio en que Ernesto aprendido a comunicarse, decir que es lo que sentían promovido por su mamá. La estructuración regularmente en un 45% la uso la mamá, pues ella misma comentó que en casa no lo hacía solo daba indicaciones y suponía que ellos entendían lo que ella quería que ellos hicieran, sin embargo, en las primeras sesiones mencionó que se le dificultaba empezar hacerlo en las sesiones, pero conforme fue pasando la intervención logró hacerlo mejor viéndose un cambio tanto en ella, el paciente y su hermano, pues el juego ya se observaba más organizado desde las indicaciones, las actividades lo cual le permitía a Ernesto y a su hermano comprender mejor lo que debían hacer, lo cual evitaba que se pusieran ansiosos y disfrutarán más de las actividades.

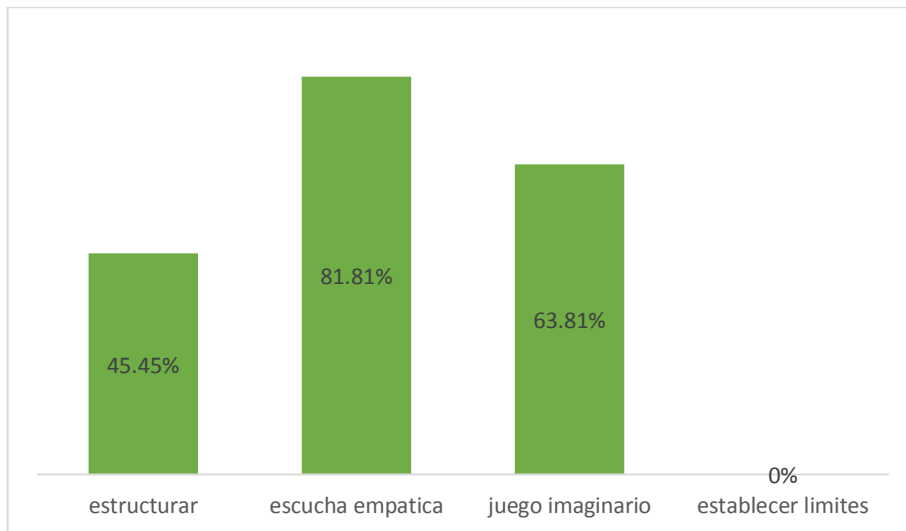
Alado (2012) menciona que el educar a los padres sobre el proceso terapéutico es esencial. Debido a que se convierten en parte vital del proceso terapéutico y la mayoría de ellos lo agradece. Esto ciertamente ayuda a los niños a sentirse más aliviados y felices cuando los padres cambian las formas disfuncionales de relacionarse con ellos.

Figura 5. *Terapia filial (mamá)*



Porcentajes de las cosas que si hace durante las sesiones de las 4 habilidades de la Terapia filial.

Figura 6. *Terapia filial (mamá)*



Porcentaje de lo aplicado durante las 9 sesiones.

Fase 6 – Seguimiento

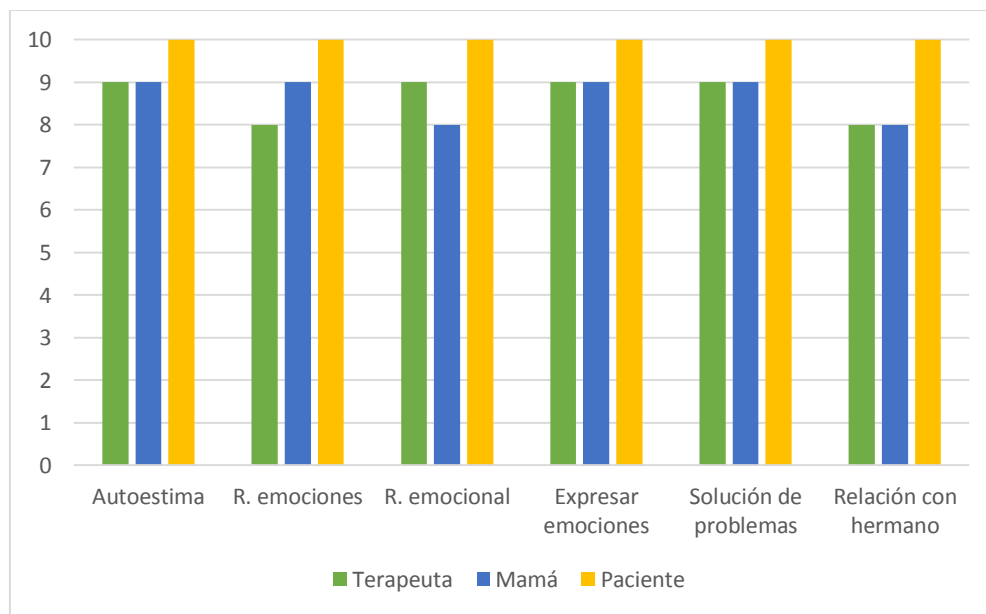
La fase de seguimiento se realizó tres meses después de terminar la intervención. Y se volvió aplicar la regla medidora. En la figura 7 se refleja que los resultados de la regla medidora del seguimiento son similares a los resultados al finalizar la intervención lo que indica que los beneficios se mantienen en las diferentes áreas a trabajar con Ernesto, debido a que sigue aplicando las diferentes estrategias trabajadas pero también con la generalización de otras nuevas como en regulación de emociones y solución de problemas.

En la figura 8 y 9 se presentan los porcentajes de lo aplicado por la mamá durante la sesión de la Terapia filial y centrada en el niño. En ambas se vio que las supo aplicar de manera apropiada durante la el tiempo que duró la sesión, las que menos aplicaba y en esta ocasión logró hacerlo bien fue el reflejar la conducta, por ejemplo, cuando Ernesto realizaba su dibujo ella le decía veo que disfrutas hacer el dibujo y te ves contento, y cuando yo le pregunté hice una pregunta referente al planeta que mencionó en su dibujo ella intervino diciendo, Ernesto creo que la pregunta de la psicóloga te confunde y por eso no puedes explicarla y ella le volvió a preguntar de otra manera que el paciente ya entendió. De igual manera el no apresurar al niño a la señora se le complicaba pero en esta sesión lo uso bien, le daba su tiempo para que me comentará cómo había estado, como se había sentido y también que se le había dificultado en esos meses que no nos habíamos visto. Así mismo cuando él explicaba su dibujo y su historia ella le daba su tiempo para expresarse a pesar de que ella quería agregar algo más.

Lo mismo ocurrió con las habilidades de la Terapia filial, logró estructurar a Ernesto cuando yo le pedí hacer un dibujo de lo que él quisiera, pareció no entenderme, y ella intervino diciendo que

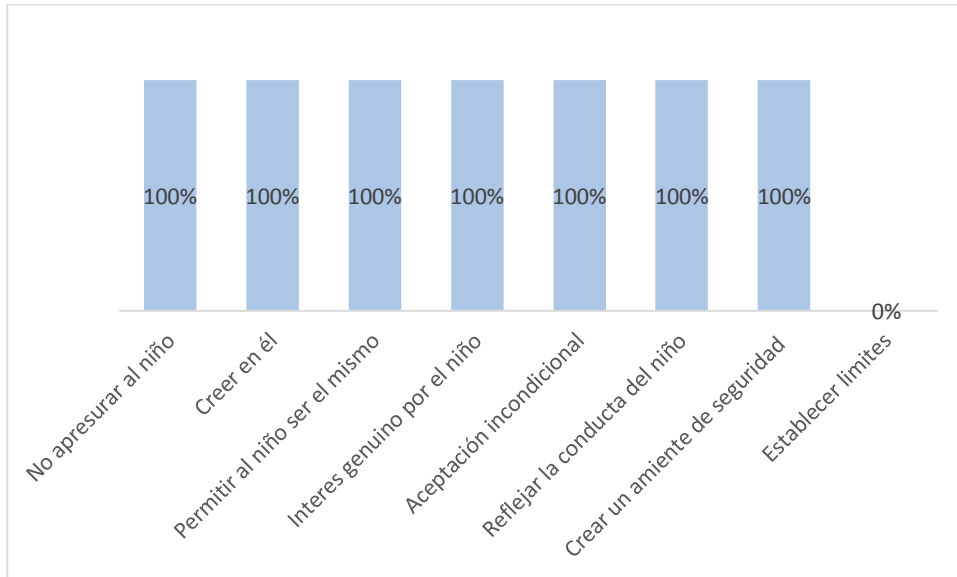
debía hacer un dibujo de lo que él quisiera con los materiales que estaban en la mesa y podía hacerlo mientras ella platicaba conmigo. El juego imaginario igual lo supo aplicar cuando Ernesto iba narrando su historia y yo no entendía muy bien de lo que trabaja, la señora fue quien lo entendió porque sabía de qué película se trataba y supo que preguntarle y usando el muñeco que llevaba Ernesto en el que se basó para dibujar lo tomaba y como si fuera un títere le iba haciendo las preguntas. Incluyéndose aquí igual la escucha empática por parte de la mamá. Yo observaba y anotaba lo que decían y pasaba.

Figura 7. *Escala de medición de seguimiento*



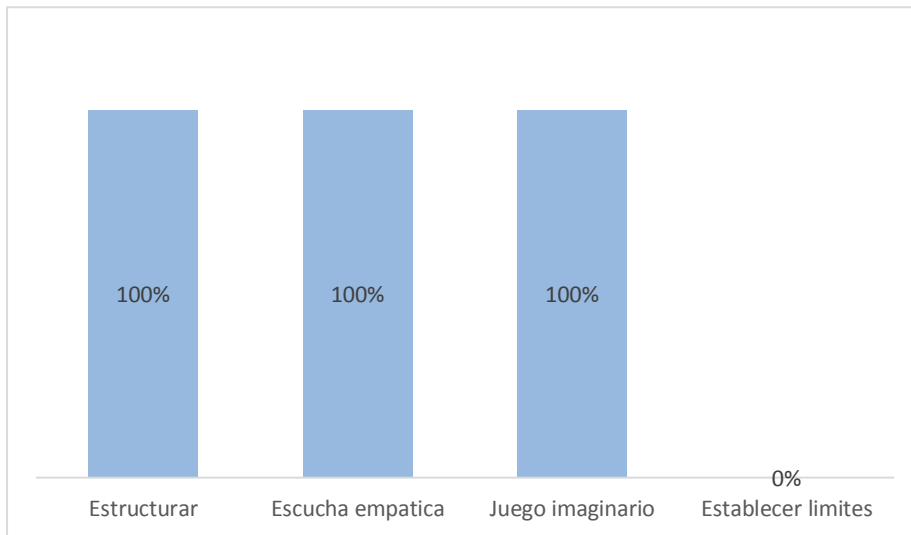
Escala de lo percibido por el paciente, la mamá y la terapeuta después de la intervención.

Figura 8. *Terapia centrada en el niño (mamá)*



Porcentaje de lo aplicado por la mamá durante la sesión de seguimiento

Figura 9. *Terapia filial seguimiento (mamá)*



Porcentajes de lo aplicado por la mamá de la Terapia filial durante la sesión de seguimiento

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

6.1 Discusión

El principal objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de la intervención de un niño de ocho años y su familia. El tratamiento se abordó con Terapia de juego utilizando el modelo Filial, con base a los resultados de la evaluación y el análisis del proceso terapéutico, en el niño se observó un cambio positivo documentado durante y después del proceso terapéutico.

En el capítulo de resultados, se evidencian los cambios de conductas del paciente que propiciaron una mejor relación con su hermano, así mismo la psicoeducación que se proporcionó a la madre del menor, ayudo a mejorar la comunicación e interacción familiar. Por lo que la intervención realizada al trabajar en las tres fases de la sesiones primero con el menor para generar rapport y alianza terapéutica así como explicar los temas, seguido del trabajo con la familia y finalmente analizar lo aprendido por la mamá es favorable para generar cambios en un niño con problemas de autoestima, regulación emocional y en la interacción familiar.

Al analizar cada una de las sesiones y los resultados muestran que específicamente los cambios se dieron en el incremento de la autoestima ya que tanto el paciente como su mamá perciben que muestra más seguridad en sí mismo, es capaz de identificar sus emociones y las regula de mejor manera para afrontar diferentes situaciones que le generan conflicto.

Por otro lado, el menor ahora puede generar soluciones asertivas, lo que le ha ayudado a disminuir su conducta agresiva que era muy evidente sobre todo con su hermano y su mamá. De

hecho, el tratamiento, incidió en mejorar la relación familiar ya que pudieron comunicarse mejor y generan soluciones en conjunto y lograron realizar actividades de manera cooperativa.

En el análisis de los resultados cualitativos de las sesiones de psicoeducación proporcionadas a la madre, se encontró que la mamá se apoyó para la crianza de sus hijos en los principios de Virginia Axline como: creer en el niño, permitirle ser el mismo, y un interés y aceptación genuina de sus hijos, aunque la madre informa haber usado poco el establecer límites.

Cuando se aplicaron los principios de la Terapia Filial, se observó que la madre fue capaz de afirmar su capacidad de escucha empática.

Durante el seguimiento se pudo observar que la mamá empleo en su mayoría los principios de la Terapia Centrada en el niño y las habilidades de la Terapia Filial. Con estos resultados se puede decir que la intervención realizada en este trabajo impacto en el bienestar personal del paciente pero también es su dinámica familiar.

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con los de Morán (2006) en donde menciona que las pocas habilidades en la expresión de las emociones genera déficit en las habilidades sociales en los niños tanto en la escuela como en la familia generando una baja autoestima, déficits escolares y conductas desadaptadas. Esta autora trabajo con una paciente de 13 años con problemas de irritabilidad y generaba agresión hacia su hermana usando estrategias cognitivo conductuales, como reestructuración cognitiva, asertividad, auto instrucciones y relajación. Y como resultados obtuvo una mejoría en la interacción con su hermana disminuyendo sus peleas y se comunicaba de manera más asertiva con ellas y sus padres, así mismo aumento la seguridad en sí misma.

Respecto a los resultados obtenidos con el niño escolar en este trabajo con respecto a la RE, se obtuvieron evidencia de que fue más capaz de autorregularse. De acuerdo con Silva (2005) la regulación emocional implica la conciencia, la comprensión, la aceptación de las emociones y la capacidad de controlar los comportamientos impulsivos. Además, promueve el uso de estrategias que regulen las respuestas emocionales desproporcionadas, lo que concuerda con las conductas generadas en el paciente. ,

Por otro lado el trabajar con la familia en este caso permitió un tratamiento sistémico que ayudo a la armonía de la dinámica familiar, que en este caso el estilo de relación era agresivo y violento. Diversos investigadores como; Heras, Cepa & Lara (2016), Figueroa (2009) & Sabatier, Restrepo, Moreno et al. (2017) consideran que el aprendizaje de la regulación emocional empieza desde los primero años de vida y que la madre o el cuidador primario es el encargado de ayudar al niño a controlarse o regularse ante una situación, por ejemplo las necesidades básicas como comer y/o dormir.

La familia es un espacio importante donde se da el desarrollo de los niños, cada una influenciada por la cultura, sin embargo, diferentes factores de riesgo como los estilos de crianza, aspectos emocionales o económicos perjudican el crecimiento de los niños. En ocasiones a algunos los padres les cuesta trabajo comprender que sus acciones pueden dañar el desarrollo emocional de los niños, empezando por su autoconcepto y autoestima. Esto ocurre con frecuencia en niños que han vivido violencia familiar. La escuela es otro lugar de crecimiento de los niños pero pueden no contar con la preparación necesaria para hacer frente a los problemas emocionales y/o familiares;

sin embargo el intervenir con terapia psicológica ayuda tanto a los niños como a sus padres a desarrollar habilidades para lograr una mejor comunicación que les permita tener una interacción sana, además de que facilita que los niños adquieran la capacidad para solucionar problemas. .

6.2 Conclusiones

Una conclusión de este estudio, destaca la importancia de trabajar con los padres utilizando los principios de la Terapia Filial para enseñar los padres la importancia del juego como agente de cambio en la relación con sus hijos. De igual manera los poderes terapéuticos del juego pueden potenciarse si llegan a usarse con un propósito y una meta en específico para cada caso, por ejemplo lo que se trabajó con este paciente, incrementar su autoconcepto, autoestima, reconocer, regular sus emociones así como aprender a generar nuevas soluciones y relacionarse de manera más asertiva con su hermano.

Por lo anterior, los alcances de la Psicoterapia Filial en el proceso de Ernesto se observaron en los logros alcanzados, los cuales fueron:

En el paciente

La conducta agresiva de Ernesto hacía de su hermano y su mamá disminuyó considerablemente. Así mismo Ernesto fue capaz de manejar su vida emocional de manera más adaptativa al poder aplicar estrategias regulatorias cuando se enojaba o sentía tristeza. Lo que contribuyó a tener una mejor relación con sus familiares

En la mamá

Aprendió a leer las necesidades emocionales de sus hijos, lo que le permitió modificar su conducta al utilizar estrategias co-regulatorias más empáticas y menos agresivas. Incrementó su capacidad de estructurar las indicaciones que les daba, su empatía, al reflejar lo que observaba en sus hijos, les daba su tiempo, confiaba en que podían hacer y los escuchaba con interés.

Augusto (2009) menciona que fomenta en los padres la inteligencia emocional, no sólo tiene el objetivo de hacerlos más competentes en el manejo emocional, sino se espera que mejoren sus pautas de crianza y la interacción con sus hijos además de que ellos mismos sean agentes en el desarrollo de esas habilidades en sus hijos.

La madre desarrollo las habilidades que le ayudaron a reflexionar sobre su estilo de crianza y como pudo cambiarlos posterior a que se separó del padre de los niños aprendizaje, que le permitirá ayudar a sus hijos en su desarrollo socio emocional y escolar.

Los resultados alcanzados durante la intervención refieren que el trabajo con la terapia filial es eficiente para tratar dificultades dentro del núcleo familiar mejorando la relación entre ellos y en problemas de autoestima así como en regulación emocional en niños afectados por percibir y vivir violencia por lo tanto este trabajo es un referente de sus beneficios para alcanzar mejoras en el área personal, académico y familiar.

6.3 Competencias profesionales

Considero que este trabajo y el de las prácticas profesionales en el Centro Comunitario me permitió consolidar y poner en práctica la teoría aprendida en clases en la Facultad además de integrar diversas habilidades con las que ya contaba previamente en el área clínica en el trabajo con niños, sin embargo, adquirí otras como: realización de entrevista, manejo de expediente, trabajo con familia, planeación de sesiones y bitácoras, trabajo como co-terapia, capacidad de análisis y escucha empática, uso del juego como medio de intervención, psicoeducación, investigación y síntesis de información, capacidad de observación, análisis y el conocer así como aplicar los diversos modelos de la terapia de juego como la filial, centrada en el niño y cognitivo conductual.

6.4 Limitaciones y sugerencias

Las limitaciones del estudio se basan en que solo hubo una observadora quien analizó lo ocurrido adentro de las sesiones y los avances respecto al paciente y a la mamá. De igual manera la regla medidora no es un instrumento validado o tomado de algún estudio previo si no que fue realizado por la terapeuta. En las intervenciones en psicoterapia sería de gran ayuda aplicar instrumentos pre y post validados para la población y el tema a tratar con el fin de tener una manera más precisa de medir los cambios observados, por ejemplo, en el caso de Ernesto se pudo haber aplicado unas pruebas para medir antes de la intervención su autoestima, autoconcepto, regulación emocional y por parte de la madre sus estilos de crianza y contrarrestarlos con otra aplicación de esos mismos instrumentos al finalizar el proceso terapéutico.

Referencias

Aladro, P. (2012) Desarrollo de habilidades para construir una autoestima positiva. Un programa de intervención psicoeducativa. Editorial Académica Española. Alemania. pp 4-8, 13-20.

Alejo, K. (2014) Long-Term Physical and Mental Health Effects of Domestic Violence. Volume 2. Research Journal of Justice Studies and Forensic Science. pp 82-86

Alonso, J. & Castellanos, J. (2005) Por un enfoque integral de la violencia familiar. Intervención Psicosocial. DOSSIER. pp 253-256

Arango, R. (2007) Regulación emocional y competencia social en la infancia. Revista diversitas. Departamento de Psicología, Colombia. pp 1-8

Augusto, J. (2009) Estudios en el ámbito de la inteligencia emocional. Primera edición. Universidad de Jaén. pp 80-82.

Alivandi-Vafa, M. & Hj Ismail, K. (2010) Parents as agents of change: what filial therapy has to offer. Procedia Social and Behavioral Sciences. pp 2165–2173.

Axline, V. (1974) *Terapia de juego*. Editorial Diana. México, D.F. Traducción por: Sara María Reyes de Fuentes. pp 18-25, 81-135.

Bana, Sh., Sajedi, F., Mirzaie, H. & Rezasoltani, P. (2017) The Efficacy of Cognitive Behavioral Play Therapy on Self Esteem of Children With Intellectual Disability. *Iranian Rehabilitation Journal*. pp 235-242.

Bandamian, R. & Ebrahimi, N. (2017) The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on flexibility in aggressive children. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. pp 133-137.

Bericat, E. (2010). *Emociones*, Sociopedia.isa. Universidad de Sevilla, España. Recuperado de <http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Emociones.pdf> (12 marzo 2019)

Berger, K. (2012) *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Madrid. Editorial Panamericana, S.A. pp 129-149

Bermúdez, M. y Bermúdez, A. (2016) *Manual de psicología infantil. Aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. Madrid. Biblioteca nueva. pp 45-50

Bordignon, N. (2005) El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Colombia. *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, núm. pp. 56

Buceta, M. (2011). Manual de atención temprana. Editorial Síntesis. Madrid España. pp 25-36

Capps, J. (2012). Strengthening Foster Parent–Adolescent Relationships Through Filial Therapy. *The Family Journal*. pp 427-431

Cornett, N. & Bratton, S. (2015) A Golden Intervention: 50 Years of Research on Filial Therapy. *International Journal of Play Therapy*. pp 3-8

Branden, N. (1997) El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico. Paidós. México DF. pp 34-35

Castillo, I. et, al. (2012) Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*. pp 15-20

Cava, M. & Gonzalo, M. (2000) La potenciación de la autoestima en la escuela. Ediciones Paidós. Barcelona, España. pp 18-24

De Tejeda, M. (2010) Evaluación de la autoestima en un grupo de escolares de la gran caracas. *Liberabit. Revista de Psicología*, vol. 16, núm. 1, Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú pp. 95-103

Díaz De Salas, S., Mendoza, V & Porras, C. (2011) Una guía para la elaboración de estudios de caso. Razón y Palabra. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey México. pp 23-34

Drewes, A, et al. (2011). Integrative play therapy. Estados Unidos: John Wiley & Sons. pp 12-16

Esquivel, F. (2010). Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos. México. Manual moderno. pp 1-45

Everett, E. (2000) Childrens in therapy: using the family as a resource/ Notrthon & Company, Inc: New York. Chapter 17 Involving Parents in Children Therapy C. Everett Bailey Catherine E. Ford Sori. pp 10- 23

Fazio-Griffith, L. & Ballard, M. (2014) Cognitive Behavioral Play Therapy Techniques in School-Based Group Counseling: Assisting Students in the Development of Social Skills. Sponsored by the American Counseling Association. pp 1-10

Fernández, A. & Goñi, E. (2008) El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. International Journal of Developmental and Educational Psychology. pp 13-16

Fernández, Y. & Serrano, S. (2015) Importancia del juego para los niños. ResearchGate. pp 38-50

Figuroa, D. (2009) Regulación emocional en niños y adolescentes. Neurobiología del desarrollo. Universidad Católica de Chile. pp 4-13

Friedberg, R. & McClure, J. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Barcelona, España. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. pp 21-29

Gaeta, M.L., & Cavazos, J. (2017). Autoconcepto físico y académico en niños de contextos marginados en México. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 19(2). pp 114-124

Grecucci, A., Frederickson, J. & Job, R. (2017) Editorial: Advances in Emotion Regulation: From Neuroscience to Psychotherapy. Editorial on the Research Topic. pp 1-3

González, R., Martín, S. & Roig, S.(2013). Queriendo se entiende la familia. Madrid, España. Save the children. pp 11-19

Heras, D., Ceba, A. & Lara, F (2016) Desarrollo emocional en la infancia. Un estudio sobre las competencias emocionales de niños y niñas. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.1. pp 67-69

Hernandez, L. (2008) Análisis comparativo de cinco modelos teóricos de psicoterapia de juego. Tesis para obtener el título de Maestra en Psicología, México: UNAM. pp 21- 28, 55- 61.

INEGI (2016) Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). pp 2-8

Jiménez, V.& Comet, C. (2016) Case studies as a methodological approach. ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades. España. pp 3-8

Jung, Ch. & Herms, J. (2012) Structural Dynamics of Dendritic Spines are Influenced by an Environmental Enrichment: An In Vivo Imaging Study. OxfordU. pp 377-384

Keshky, M. & Abdelmawgoud, Y. (2017) The Development of Self Esteem in Children: Systematic Review and Meta-Analysis. International Journal of Psychology & Behavior Analysis. pp 1-7

Koole, S. (2009) The psychology of emotion regulation: An integrative review. Cognition and emotion. Psychology Press. pp 4-12

Liu, M., Wu, L. & Mirig, Q. (2015) How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. pp 2-6

Lozano, L. & Lozano, L. (2017) Los trastornos internalizantes: un reto para padres y docentes. *Orientación Educativa*. pp 56-63

Lucio, E. (2014). *Psicopatología: riesgos y tratamiento de los problemas infantiles*. Manual moderno. México. pp 27-46

Mazzone, L., et al. (2013) Self-Esteem Evaluation in Children and Adolescents Suffering from ADHD. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. pp 96-113

Morán, C. (2006) Intervención cognitivo-conductual en el acoso escolar: un caso clínico de bullying. *Anuario de psicología clínica y de la salud*. España. pp 51-56

Muñoz, A. (2010). *Psicología del desarrollo en la etapa de educación primaria*. Editorial Pirámides. pp- 34-45

Núñez, T. & Sell, L. (2013) *Vida y color. Inteligencia y emociones cotidianas*. Delta publicaciones. Primera edición. Madrid, España. pp 46-48.

Novelo, G. (2008) *La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad* *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, núm. 1. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México pp. 44-48

O'Connor, K. (2016). Manual de terapia de juego. México. Manual moderno. pp 3-124

Oaklander, V. (2012) El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto-juvenil. Santiago de Chile. Editorial cuatro vientos. pp 23-41

Oblitas, L. (2008) Psicoterapias contemporáneas. Ediciones Pirámide. México. pp 37-41

Roa, A (2013) La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. Centro Clínico de la Psicología y el Lenguaje. Universidad Complutense de Madrid. pp 251-255

Rodríguez, C. & Caño, A. (2012) Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 12, núm. 3, 2012, pp. 389-392

Romero, E., Lucio, M. & Forns, M. (2015) Los problemas internalizados y externalizados en la competencia académica de escolares. Acta Colombiana de Psicología. pp 65-73

Rostami, R., Mojtahedy, SH., Heidari, Z., Ranjbari, G., Sadeghi-Firoozabadi, V. & Ahmadi M. (2017) Investigation of cognitive-behavioral play therapy effectiveness on cognitive functions in aggressive children. Int J Educ Psychol Res. pp 186-91.

Santiago, H. (2007) Terapia de Juego Filial. La gran batalla contra el rival más debil. Tesis para obtener el título de Maestra en Psicología, México: UNAM. pp 16-34

Santrock, J. (2007) Desarrollo infantil. Mcgraw-hill Interamericana. Traducción de Pineda, L. México, DF. pp 20-23

Sabatier, C., Restrepo, D. & Moreno et al. (2017) Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences. *Psicología desde el caribe issn Volumen 34, n.º 1*. pp 1-14

Schaefer, C. (2012) Fundamentos de terapia de juego. Editorial El Manual moderno, México. pp 3-362

Shrinivasa, B., Bukhari, M., Ragesh, G. & Hamza, A. (2018) Therapeutic intervention for children through play: An overview. *Arch Ment Health* 2018;19:82-9. pp 82-88.

Schultz, W. (2016) Child-Centered Play Therapy. Minnesota School of Professional Psychology at Argosy University. Recuperado 21 marzo 2019. https://reasonpapers.com/wp-content/uploads/2016/09/rp_381_2.pdf

Polaino, A. (2004) Familia y autoestima. Editorial Ariel. Barcelona España. pp 32-33

Tabernerero, C., Serrano, A. & Mérida, C. (2017) Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. *Psicología educativa*. Colegio oficial de psicólogos de Madrid. El sevier. pp 10-12

Tejón, O. & Gutiérrez, G. (2015) Cognitive behavioral intervention in a case of emotional confusion and anger under control. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*. pp 4-10

Topham, G., & VanFleet, R. (2011). Filial Therapy: A Structured and Straightforward Approach to Including Young Children in Family Therap. *The Australian and new Zealand Journal of family*. Volume 32 Number. pp. 144–158.

Torras, E. (2012) Normalidad, psicopatología y tratamientos en niños, adolescentes y familia. Ediciones Octaedro. Barcelona, España. pp 117-119

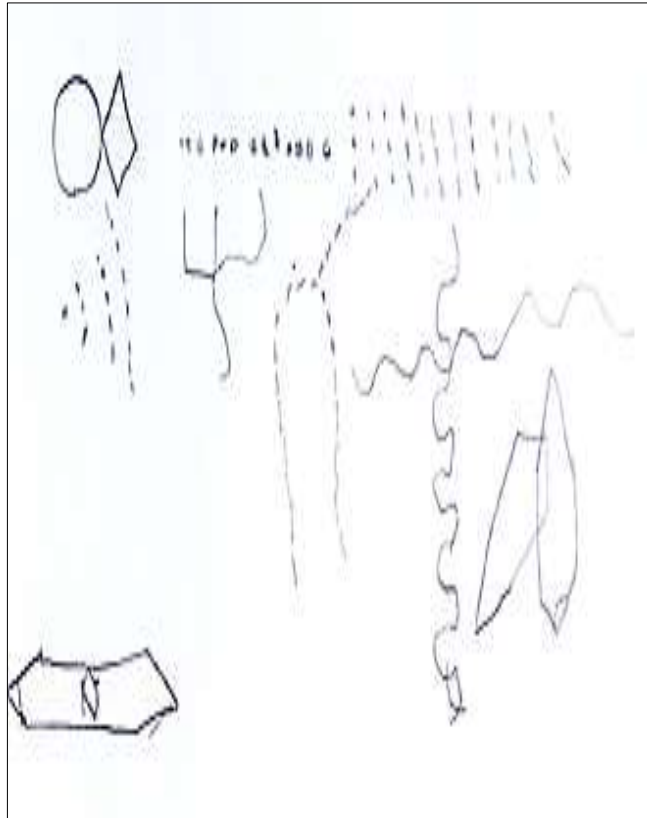
West, J. (2000) Terapia de juego centrada en el niño. Manual moderno. México. pp 45-46

Wyman, A. et. al. (2010) Intervention to Strengthen Emotional Self-Regulation in Children with Emerging Mental Health Problems: Proximal Impact on School Behavior. *J Abnorm Child Psychol*. pp 227


ANEXOS

Resultados de pruebas aplicadas

Anexo 1. Test Gestaltico visomotor Bender



Anexo 2. WISC-IV Escala de inteligencia para niños-IV



WISC-IV
Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño: Zamiriana Cortes Lomeli
 Examinador: Kristen Suárez

Estimación de la edad del niño

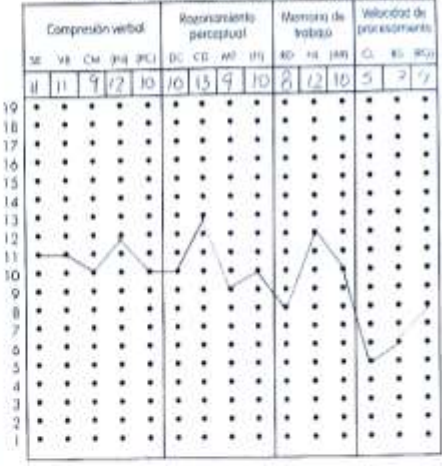
	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2009	11	24
Fecha de nacimiento	2009	01	5
Edad a la evaluación	08	10	19

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuación escalar
Doble dígitos	22	10
Letras y dígitos	12	11
Figuras y objetos	11	8
Comprensión verbal	19	13
Clasificación	18	5
Matrices	30	11
Labios de números y letras	16	12
Memoria	14	9
Comprensión	14	9
Relación de objetos	11	7
Figuras complejas	21	10
Figuras	56	9
Imágenes	16	12
Alfabeto	18	10
Palabras en contexto-Palaci	11	10

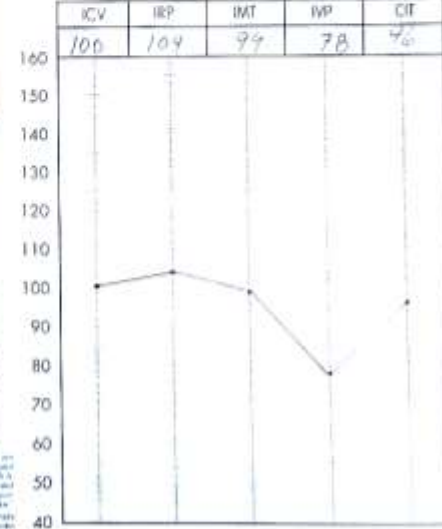
Perfil de puntuaciones escalares de subprueba

SE	Comprensión verbal				Razonamiento perceptual			Memoria de trabajo			Velocidad de procesamiento			
	VI	CM	PIA	PCI	DC	CD	MP	PI	BD	HE	JAM	CL	ES	RCO
11	11	9	12	10	10	13	9	10	8	12	10	5	7	7



Perfil de puntuaciones compuestas

ICV	IRP	IMT	IVP	CIT
100	104	99	78	96



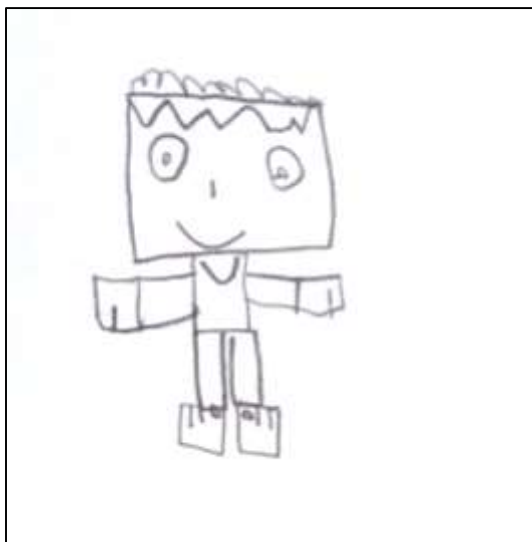
Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 1-2
Comprensión verbal	31	100	50	93-107
Razonamiento perceptual	32	104	61	96-111
Memoria de trabajo	20	99	47	91-107
Velocidad de procesamiento	12	78	7	72-90
Escala total	95	96	39	91-101

Manual Moderno
 Manual Moderno S.A. de C.V.
 México, D.F.

ITP
75-3

Anexo 3. Test de la figura humana



Anexo 4. Test de la familia



Anexo 5. Test de apercepción infantil CAT-A

Lámina 1

La gallina le da de comer a los pollos y se termina cuando terminan de comer, y después los pollos se fueron a jugar.

Lámina 2

Están jugando el lobo pequeño, es que no sé qué es, bueno es una oso con un oso grande. Están jugando a jalar la cuerda y se termina cuando se rompe la cuerda. (Yo: ¿Qué sucede cuando se rompe la cuerda?) R: Se caen.

Lámina 3

El león esta aburrido y no sabe qué hacer y termina la historia cuando se sentó. (Yo: ¿Qué está haciendo?) R: sentado nada más, y hay un ratón que solo lo está viendo.

Lámina 4

Un canguro va en su triciclo con su papá... con su mamá. Ah? A un dia de campo se termina después de que comen. (Yo: Ok, ¿nada más van ellos dos?) R: si, ¡ah no! Y un canguro chiquito. (Yo: ¿Quién es ese canguro chiquito?) R: No sé.

Lamina 5

Este comienza cuando era de noche y termina cuando era de día. (Yo: ¿Y qué pasó ahí?) R: Cuando era de noche había personas y cuando era de día ya no. (Yo: ¿Y en la noche que hacían esas personas?) R: dormir.

Lamina 6

Son dos osos en una madriguera y un oso está cuidando al otro oso, y el otro oso está durmiendo. (Yo: ¿De qué lo está cuidando?) R: Porque pueden venir personas a atacarlos. (Yo: ¿En que termina la historia?) R: Termina la historia en que no pasó nada y se fue a dormir.

Lamina 7

Se están peleando el jaguar con el mono y se termina. (Yo: ¿Por qué se están peleando?) R: Porque... no sé porque se están peleando. (Yo: ¿En que termina?) R: Termina en que los dos se hacen amigos. (Yo: ¿Por qué se hicieron amigos?) R: Porque vieron que no había nada que pelear.

Lamina 8

Mmm no sé... (Se queda callado como 5 segundos) Mmm es que no sé... (Yo: Lo que sea) Mmm... hay dos monos platicando y uno con un mono. (Yo: ¿De qué están platicando?) R: No sé. (Yo: ¿En que termina la historia?) R: En que dejan de platicar y ven la televisión.

Lamina 9

¿Qué es esto? (Yo: es un conejo.) En un conejo que está mirando hacia afuera de su cuarto y se va levantar porque es de día, va ir a comer y va a esperar a que se haga de noche. (Yo: ¿En que termina la historia?) R: En que se vuelve a dormir después.

Lamina 10

Un perro está bañando a otro perro y él se quiere escapar. (Yo: ¿Por qué se quiere escapar?) R: Porque no le gusta el agua. (Yo: ¿Y qué pasó?) R: El perro lo agarra bien y lo baña, se termina cuando queda limpio.

Técnicas

Actividad 1 “Yo súper estrella”
Objetivo: Centrar al niño en sus características positivas
Materiales: <ul style="list-style-type: none">● Media cartulina para cada participante.● Una fotografía del niño.● Un modelo de estrella.● Hojas de colores.● Tijeras y pegamento
Procedimiento: <ul style="list-style-type: none">● Se pide al niño marque, recorte y pegue en la cartulina el modelo una estrella.● Se le indica que pegue su foto dentro de la estrella y escriba su nombre.● Se pide tomé una hoja de color, la que más le guste y en ella escriba 15 características especiales de sí mismo.● Una vez que termine recortará las características que escribió y las pegará en la cartulina.● El niño pedirá a dos personas más, que le escriban 15 características especiales que hayan visto en él o en ella. Después las recortará y pegará en su cartulina.● La cartulina se puede decorar al gusto del niño.● Para terminar se le pide al niño que pueda compartir los siguientes puntos:<ul style="list-style-type: none">● a. ¿Cómo se sintió al describirse con características positivas?

- b. ¿Qué tan sencillo fue solicitar a alguien más que escribiera sus características positivas?
- c. ¿Qué características le mencionaron que no había tomado en cuenta?
- d. ¿Cómo se siente al tener una hoja llena de características positivas?

Actividad 2 “Manchas destructoras de la autoestima”

Objetivo: Detectar las experiencias personales, familiares, escolares que disminuyen la autoestima del niño.

Materiales:

- Cartulina con la actividad “Yo superestrella”
- Manchas de papel de tres tamaños diferentes (chicas, medianas y grandes)
- Tijeras y pegamento.

Procedimiento:

- La actividad se realiza sobre la cartulina que hizo el niño en la actividad “Yo superestrella”.
- Se explica al niño que día a día los niños viven situaciones que disminuyen su autoestima, es decir, que los hacen sentir menos, poco capaces, feos o poco queridos y se pide que den algunos ejemplos.
- Se explica que estas experiencias a veces manchan (lastiman) mucho o poco el autoestima. d. Se muestran las manchas de diferentes tamaños (Anexo) y se le pide que piense acerca de qué tanto las siguientes situaciones han lastimado su autoestima. Elegirán el tamaño

de la mancha según el daño, escribirán la experiencia dentro de la mancha y la pegará en su cartulina “Yo Superestrella”.

Actividad 3 “La caja de herramientas”

Objetivo: Ofrecer al niño “herramientas” que le permitan contrarrestar los eventos que disminuyen su autoestima. Favorecer la interacción padres-hijos al pensar y elaborar las herramientas necesarias para contrarrestar los eventos que disminuyen la autoestima.

Materiales:

- Cajas de zapatos
- Cartulinas
- Plumones
- Papeles de colores
- Revistas, tijeras y pegamento
- Stikers o calcomanías
- Play-Doh/plastilinas

Procedimiento:

- Se comenta con los padres los trabajos que hasta el momento se han realizado con el niño (“Yo superestrella”, “Las manchas destructoras de autoestima” y “La criatura molestona”).
- Se les menciona que la participación de ellos y lo que puedan ofrecerle a sus hijos pueden ser herramientas (poderes) que mejoren la autoestima.

- Se pide a los padres que forren junto con su hijo una caja y que la decoren de manera especial.

- Se les solicita pensar en objetos o situaciones que ayuden al niño a mejorar su autoestima.

Deberán buscar una imagen en las revistas, dibujarlos o elaborarlos con masa.

- El niño mostrará y explicará aquellas cosas que sus padres le ofrecen para ayudarlo a incrementar su autoestima.

- Al terminar se puede preguntar a los presentes:

- ¿Fue fácil interactuar con su hijo?

- ¿Cómo se sintieron al elaborar algo especial para su hijo?

- ¿Cómo evitarán que sus pequeños se enfrenten a situaciones que disminuyan su autoestima?

- ¿Cómo se siente el menor con el apoyo de sus padres?

- ¿Cómo es su autoestima cuando recibe ayuda y los poderes que les regalan sus padres?

- ¿Cómo podría informar a sus padres el momento en que necesite apoyo y poderes para mejorar su autoestima?

Actividad 4 “El monstruo de las emociones”

Objetivo: Comenzar con la introducción de qué son las emociones y que las identifiquen.

Materiales:

- Imágenes del monstruo de las emociones
- Tijeras
- Colores

Procedimiento:

- Se le explica al niño que son las emociones y cuales existen.
- Posteriormente se le pide que recorten los monstruos de las emociones y los coloren de acuerdo a la explicación que se les va dando de cada una.
- Se le pide que mencione en qué parte del cuerpo ha sentido esa emoción.

Actividad 5 “La canasta de los sentimientos”

Objetivo: Que los niños identifiquen en qué momentos de la vida cotidiana han sentido las distintas emociones y en qué partes del cuerpo las recuerdan.

Materiales

- Papeles doblados con el nombre de las emociones
- Vaso o canasta
- Hojas
- Lápices y colores

Procedimiento

- Los papeles con el nombre de las emociones están doblados dentro de un vaso, y se les pide a los niños que tomen uno, dependiendo de qué emoción sea se les pide dibujar cómo es esa emoción para ellos y en qué situaciones la han sentido y en qué parte del cuerpo.
- También se les pregunta qué hicieron para manejar o calmar esa emoción.

Actividad 6 “Las estatuas cambiantes”

Objetivo: Identificar expresiones corporales referentes a las emociones: enojo y tristeza, y adquirir estrategias de regulación para dichas emociones.

Materiales:

- Música y bocina

Procedimiento

- Se pretende que cada integrante pueda reconocer la expresión facial que hacen los demás para las distintas emociones.
- Se pondrán la música seleccionada y dejando pasar unos segundos se para y la facilitadora dice la situación de la vida cotidiana, como salir de compras, cuando juegan todos, cuando van al parque etc. y cada persona debe interpretar una estatua dependiendo de la emoción que sientan ante esa situación.
- También se puede decir alguna emoción (tristeza o enojo) en vez de situación y deben representarse como estatua haciendo énfasis en el cuerpo y cara.

- Posteriormente comparten porque han identificado que esa situación les causa cierta emoción.

Actividad 7 “El semáforo”

Objetivo: adquirir estrategias de regulación de las emociones y búsqueda de solución de problemas de manera asertiva. Esta actividad puede usarse para niños y papás.

Materiales:

- Hoja del semáforo

Procedimiento

- Se explica la importancia de la regulación emocional y la importancia de buscar soluciones asertivas para los problemas.

- Se les da una hoja con el semáforo y se les pide colorear cada color mientras se van explicando los pasos de este, siendo los siguientes

- **Pasos del semáforo**

Luz roja: para un instante y respira dos veces.

Luz amarilla: piensa 3 formas diferentes para solucionar el conflicto, no importa que sean buenas o malas:

- Le grito a mi mamá y le pego a algo
- Me quedo callado y acepto lo que me dice
- Intentó regular mi enojo, y me alejo hasta calmarme

Luz verde: elegir la alternativa más adecuada, el objetivo es: que entre los padres e hijos buscar alternativas que ayuden y beneficien a ambos.

- Para finalizar se sugiere que piensen una emoción donde puedan usar el semáforo y den el ejemplo.

Actividad 8 “Soldado de plomo”

Objetivo: adquirir estrategias de regulación de las emociones.

Materiales:

- No aplica

Procedimiento

- Se explica que existen distintas maneras de poder regular las emociones y una de ellas es mediante la respiración y el cuerpo.
- Se pide a los niños que se paren derechos y con los pies juntos.
- Posteriormente deben respirar y mantener el aire por 5 segundos esto lo deben hacer al mismo tiempo que ponen rígido el cuerpo.
- Después de los 5 segundos sacan el aire por la boca lentamente y van relajando el cuerpo.
- Repetir 3 veces el ejercicio y preguntar para finalizar cómo sintieron su cuerpo y cómo se sienten en general.
- Esta actividad puede usarse para niños y papás

Actividad 9 “Ninguna emoción es mala”

Objetivo: Que el paciente comprenda que el enojo puede cambiarse hacia otra emoción (sublimación)

Materiales:

- Plastilina
- Hojas
- Colores

Procedimiento:

- Se le pide al paciente que realice un dibujo de cómo es su enojo y su tristeza.
- Puede hacerlos en plastilina para que sea más fácil de manipularlos ya que se realizará una entrevista con ellos.
 - La entrevista consiste el niño exprese lo que para él significa cada emoción y su dibujo, así mismo en reflexionar cuáles podrían ser las soluciones o estrategias que puede usar para cambiarlas por una emoción positiva como la alegría.
 - Se enfatiza que no existen emociones buenas o malas, si no que todas son importantes e indispensables pero que estas se pueden cambiar para mejorar el estilo de vida de las personas.

Actividad 10 “Proyección de un personaje de película”

Objetivo: Reforzar el cambio de emociones y expresarla de una manera aceptable.

Materiales:

- Imágenes de súper héroes o algún personaje que refleje enojo

- Hojas
- Colores

Procedimiento:

- Se le pedirá al niño que elija un personaje de alguna película que desee sugiriendo algunos dependiendo de lo que se quiere trabajar como enojo pudiendo ser villanos etc.
- Posteriormente el niño pasará al frente y actuará el personaje que eligió.
- Después se le pregunta al niño sobre el parecido de él con el personaje que escogió. ¿Qué te gusta del personaje?, ¿Que no te gusta del personaje?, ¿En qué te pareces al personaje?, ¿De qué te diste cuenta?
- Y reflexionar sobre cómo podría cambiar esa emoción por otra más aceptable y qué estrategias puede usar.

Actividad 11 “Juego con títeres”

Objetivo: Identificar a su hermano como un aliado en quien puede confiar para solucionar problemas.

Materiales:

- Juguetes miniatura
- Tapetes de fomi

Procedimiento:

- Se les pide a los niños que cada quien escoja un muñeco o títere puede ser en una mesa o en el piso.

- Posteriormente se les explica una situación que deben representar con ellos, por ejemplo, como pueden ponerse de acuerdo para recoger su cuarto.
- Se da 5 minutos para ponerse de acuerdo y 5 para representar la historia.
- Se observa y al finalizar se les pregunta, ¿Cómo se sintieron al jugar juntos?, ¿Qué se les dificultó al jugar juntos?, ¿Cómo se pusieron de acuerdo para hacer la historia?, ¿Qué aprendieron al jugar juntos?
- Se les comenta que juntos pueden volverse un gran equipo y encontrar varias soluciones o estrategias que les pueden ayudar a sentirse mejor entre ambos.

Actividad 12“El trapito”

Objetivo: Identificar a su hermano como un aliado en quien puede confiar para solucionar problemas.

Materiales: Tapetes de fomi

Procedimiento:

- Se requiere un voluntario para que se convierta en el trapito y el resto del grupo será su sostén/fuerza.
- Se formará un círculo hincados y extendiendo los brazos hacia el centro del círculo refiriendo que son el “sostén” del niño trapito.
- El niño trapito se coloca en el centro del círculo, hincado y con los ojos cerrados, manos en su pecho y piernas juntas. Se dejará caer en el sostén y suavemente los miembros del círculo los desplazaran por el círculo.

- Se intercambia el papel con su hermano u otro miembro del equipo para que ahora sea el trapito.
- Se les pedirá que relaten su experiencia y la facilitadora encaminará la experiencia hacia las sensaciones, emociones y pensamientos provocados por la actividad.
- Se podrá preguntar: ¿Qué sentías cuando fuiste el trapito?, ¿Qué sentías cuando fuiste el sostén del trapito?, ¿Cuándo te has sentido igual?, ¿En algún momento sentiste miedo, en qué parte del cuerpo?
- Se explicará que juntos pueden volverse una “fuerza” que puede luchar contra varias situaciones y que les puede ir mejor si juntos encuentran estrategias.

Actividad 13 “Playeras familiares”

Objetivo: Identificarse como miembro de la familia

Materiales:

- Playeras blancas (para cada persona)
- Pinturas
- Pinceles
- Plumones
- Plumas
- Planillas de figuras diversas (corazón, estrella, luna, etc.)
- Cartulinas (por si no llevan playera)

Procedimiento:

- Se les pide que seleccionen y se pongan de acuerdo una planilla para hacer su escudo familiar.
- Pueden elegir una frase, lema o escribir lo que desean dentro de la figura para identificarse como miembro de la familia.
- Posteriormente cada quien podrá decorar su playera como desee.
- Una vez terminada cada miembro podrá pedir a otro que le escriba algo especial o un mensaje, también podrá hacerlo la facilitadora.
- Para finalizar se les pide a cada persona que compartan cómo se sintieron con la actividad, qué aprendieron y que se les dificultó.

Anexo 6. Reconocimiento



Anexo 7. Regla medidora

REGLA MEDIDORA

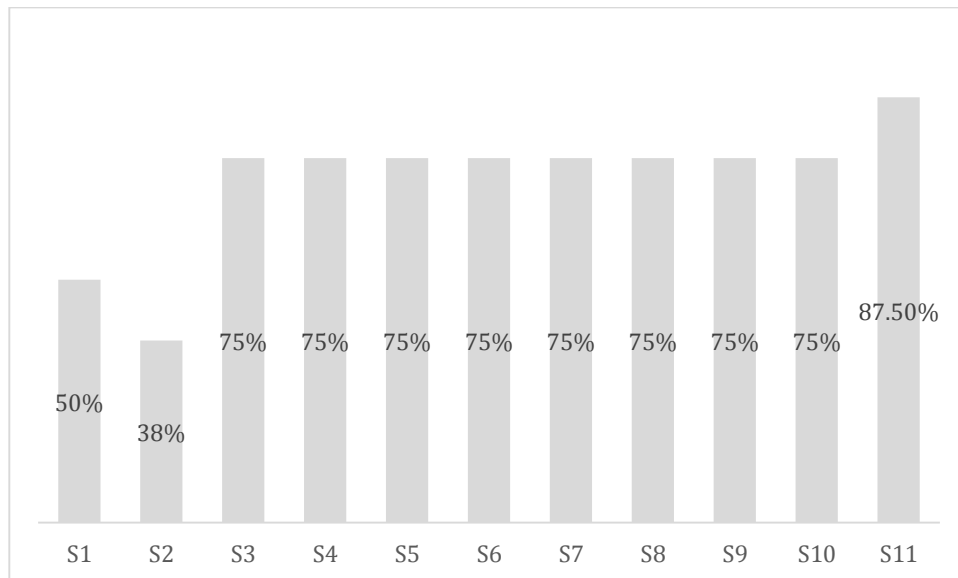
Ahora es tiempo de saber cómo te sientes en las distintas áreas que trabajamos. Selecciona en cada área el número en el que consideras que llegaste con color azul y rojo en cómo estas ahora. Recuerda que la regla va del 1 que es mucho malestar con valores intermedios al 10 que es me siento de maravilla.

PACIENTE: Emiliano Cortez Lomeli

Áreas	1 Mucho malestar	2	3	4	5 Me siento regular	6	7	8	9	10 Me siento de maravilla
Autoestima										
Reconocer emociones										
Regular emociones										
Expresar emociones										
Estrategias para solucionar problemas										
Relación con su hermano										

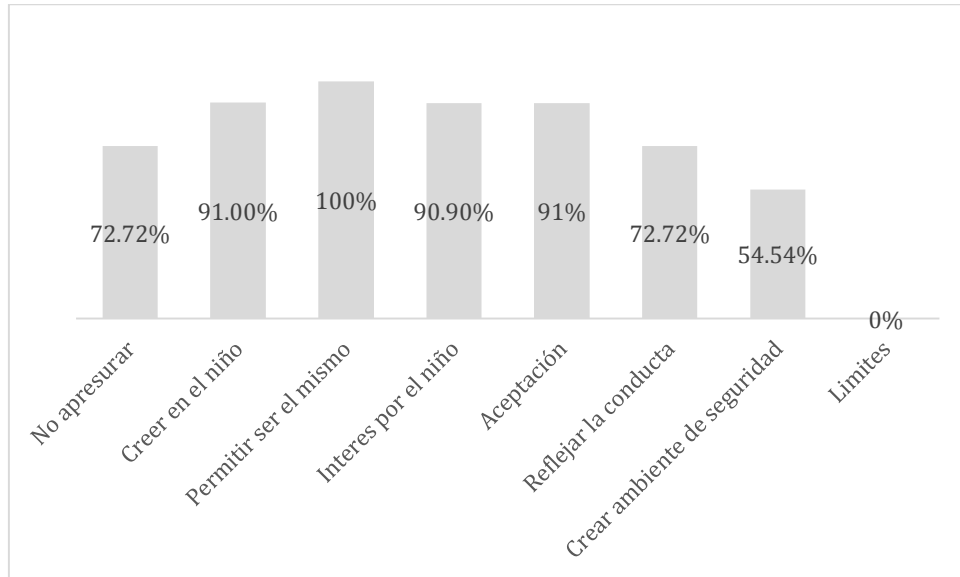
Anexo 8. Competencias profesionales adquiridas durante las prácticas profesionales

Figura 10. *Terapia Centrada en el niño (Terapeuta)*



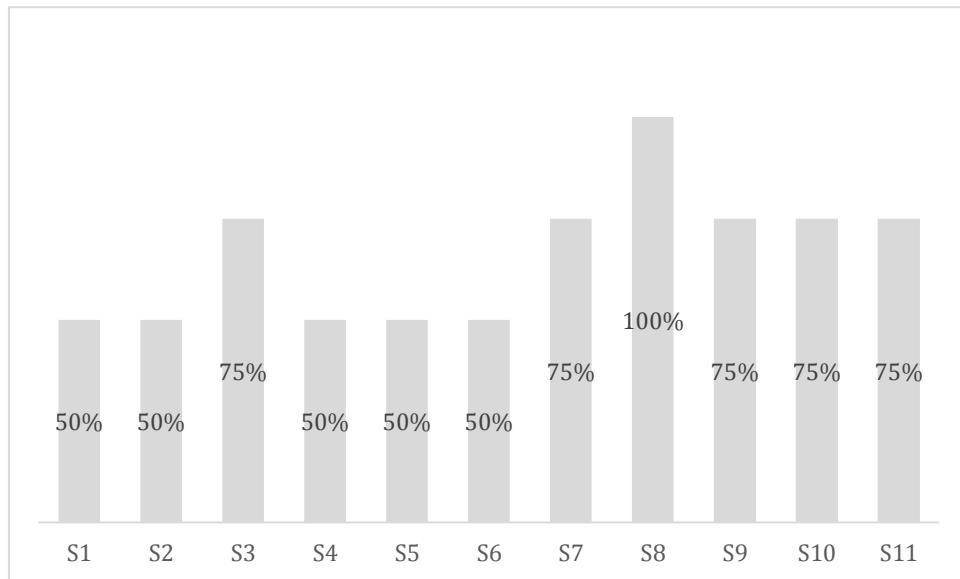
Porcentaje de aplicación durante las 11 sesiones de los 8 principios

Figura 11. *Terapia Centrada en el niño (Terapeuta)*



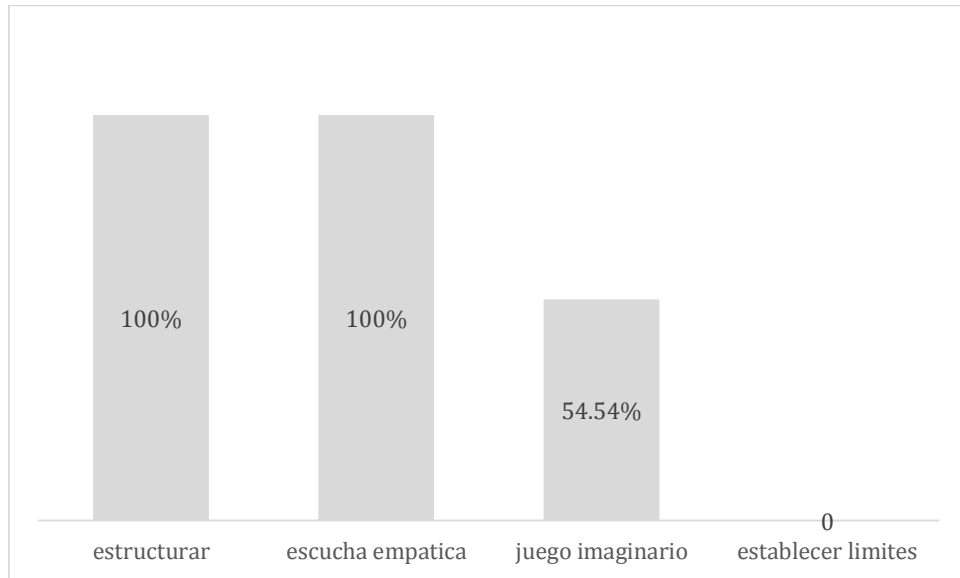
Porcentaje de lo más aplicado durante las sesiones

Figura 12. *Terapia filial (Terapeuta)*



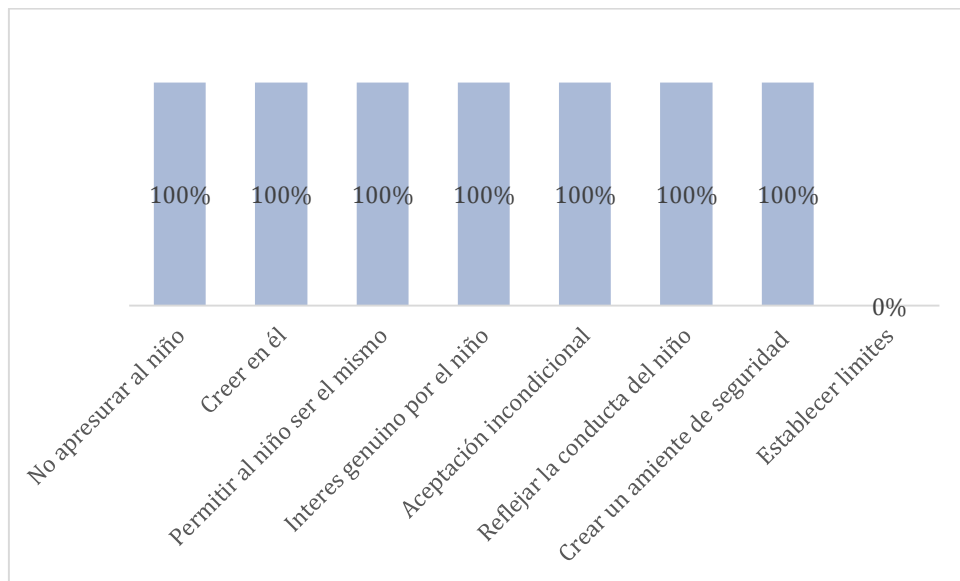
Porcentajes de las cosas que si hace durante las sesiones de las 4 habilidades de la Terapia filial.

Figura 13. *Terapia filial (Terapeuta)*



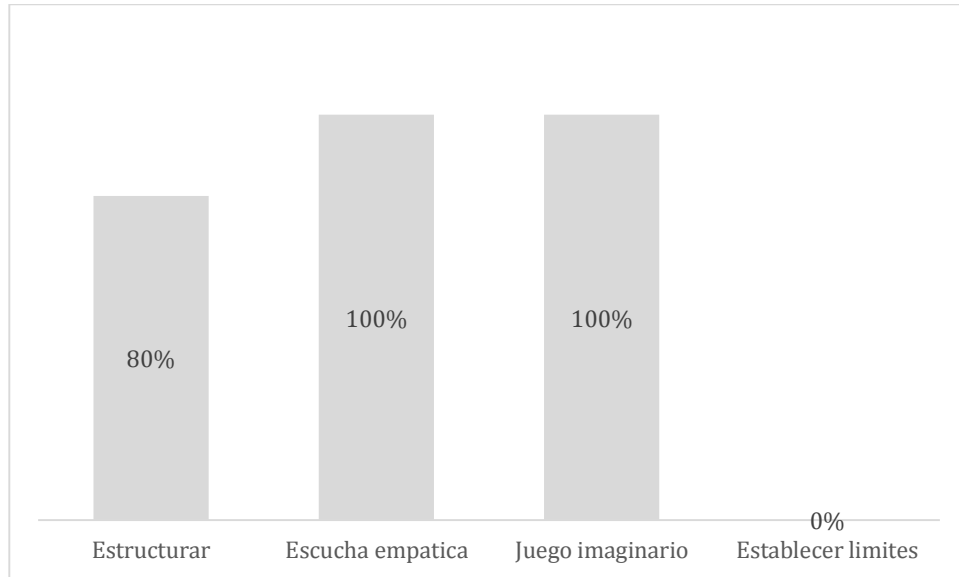
Porcentaje de lo aplicado durante las 11 sesiones.

Figura 14. *Terapia centrada en el niño (Terapeuta)*



Porcentaje de lo aplicado por la terapeuta durante la sesión de seguimiento

Figura 15. *Terapia filial seguimiento (Terapeuta)*



Porcentajes de lo aplicado por la terapeuta de la Terapia filial durante la sesión de seguimiento.