



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

**REGULACIÓN EMOCIONAL EN UN ESCOLAR CON
SINTOMATOLOGÍA DE ACUMULACIÓN: UN ENFOQUE
INTEGRATIVO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARÍA NATIVIDAD ESQUIVEL ESPINOZA**

**TUTORA PRINCIPAL
DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM**

**MIEMBROS DEL CÓMITE TUTOR
DRA. MARÍA EMILIA LUCIO Y GÓMEZ-MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM**

**DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA-UNAM**

**MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMENEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM**

**MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM**

Ciudad Universitaria, CD.MX.

Febrero, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1. Psicoterapia Infantil Integrativa	5
Postulados básicos.....	7
Terapia Cognitivo Conductual	12
Terapia Gestalt	16
Terapia Narrativa	20
Trabajo con padres	24
Capítulo 2. Trastorno de Acumulación en la infancia.	31
Antecedentes	31
Definición.....	32
Epidemiología	34
Comorbilidad	36
Modelos explicativos del trastorno de acumulación en la infancia	37
Modelos desde teorías del desarrollo infantil.....	37
Modelo psicoanalítico	39
Modelo cognitivo conductual.....	41
Evaluación.....	47
Tratamiento	48
Ejemplos de casos clínicos	50
Capítulo 3. Regulación emocional en la infancia	55
Desarrollo emocional en la infancia.....	55
Etapas del desarrollo emocional en la infancia	56
Regulación emocional y psicopatología infantil	64
Influencia familiar en el desarrollo de la regulación emocional	66
Regulación emocional y Trastorno de Acumulación	72
Capítulo 4. Método	77
Justificación	77
Pregunta de investigación	77
Objetivo general	78
Objetivos específicos.....	78
Participantes	78
Instrumentos	78
Procedimiento	80

Capítulo 5. Presentación del caso clínico	85
Ficha de identificación del paciente.....	85
Motivo de consulta.....	85
Descripción clínica del niño.....	86
Genograma.....	87
Historia del desarrollo.....	88
Resultados de la evaluación inicial.....	90
Impresión diagnóstica.....	96
Formulación de caso clínico.....	97
Focos de intervención.....	99
Fases de intervención.....	99
Resultados de la evaluación final.....	144
Capítulo 6. Discusión y conclusiones	151
Limitaciones y sugerencias.....	158
Referencias.....	160

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo brindado por la Universidad Nacional Autónoma de México, gracias por las oportunidades que nos ofrecen para continuar progresando a nivel profesional.

También agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Dirección General de Estudios de Posgrado por la beca académica proporcionada durante mi formación en el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil.

A mi tutora y directora de este trabajo, la Dra. Edith Romero por su acompañamiento, enseñanzas y tiempo brindando durante mi formación académica y orientación durante el proceso de titulación.

A mi revisora y responsable de la Residencia en Psicoterapia Infantil, la Dra. Emilia Lucio por su experiencia, reflexiones durante mi formación como terapeuta infantil y la revisión del presente trabajo.

A mi supervisor, el Mtro. Francisco Espinosa por todo su apoyo y confianza en mí durante mi formación profesional por su paciencia, empatía, motivación y enseñanzas compartidas durante la supervisión de casos clínicos y la realización del presente trabajo.

A cada una de mis sinodales la Dra. Judith Salvador y a la Mtra. María Asunción Valenzuela por sus observaciones y reflexiones para el presente trabajo.

También agradezco a la Mtra. Guadalupe Nuñez, Coordinadora del área de Psicología en el Centro Comunitario San Lorenzo por su apoyo brindando durante mi estancia de prácticas profesionales que me permitió adquirir mayor experiencia clínica como terapeuta infantil.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres, a quienes les agradezco su apoyo y comprensión incondicional, quienes me han enseñado a valorar las oportunidades que se presentan en la vida trabajando de manera constante y perseverante.

A mis hermanos por escucharme, por sus valiosas opiniones, su paciencia y diversión.

A mis amigas Diana, Zalma, Jovana, Laura, Cinthya y Kiara que han formado parte de mi vida por varios años y han estado conmigo apoyándome a pesar de las adversidades, llenándome de entusiasmo, contención y apoyo mutuo. Gracias por darme el regalo de compartir momentos inolvidables de valiosa amistad.

Al paciente B y a su familia, a quienes agradezco su confianza, experiencias y aprendizajes mutuos obtenidos de este trabajo, quienes fomentaron en mí el interés y dedicación en la Psicoterapia Infantil.

Y finalmente a cada una de mis profesoras de la Residencia a quienes les doy las gracias por todos sus aprendizajes, conocimientos y pasión por la Psicoterapia Infantil.

Resumen

El presente trabajo representa el reporte de experiencia de mi formación como terapeuta infantil en el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil. El objetivo principal fue intervenir desde el modelo de psicoterapia integrativa en un escolar con sintomatología de acumulación para fomentar la regulación emocional. Para lo cual se realizó un análisis del caso a partir de las audiograbaciones de las sesiones con previa autorización del paciente y sus padres, transcripción de notas clínicas y supervisión del caso.

Este caso fue atendido en el Centro Comunitario San Lorenzo, el proceso terapéutico tuvo una duración total de 48 sesiones: las primeras 11 sesiones fueron de evaluación pre-tratamiento: 26 sesiones de intervención con B y 7 sesiones con los padres, basado en un enfoque integrativo y 4 sesiones de evaluación pos-tratamiento.

El proceso terapéutico se dividió en dos fases: la fase 1 se denominó “comprendiendo y contactando con mis emociones” que se caracterizó por la identificación, diferenciación, contacto y expresividad emocional con B mediante integraciones técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Gestalt. En la fase 2 denominada “expresando mis problemas” B logró identificar, expresar y verbalizar que la conducta de acumulación para él es un problema por lo que a partir de técnicas de la Terapia Narrativa y la Terapia Cognitivo Conductual se logró la disminución de la sintomatología de acumulación.

Respecto al trabajo con padres se trabajó con sesiones de seguimiento y orientación enfocados en psicoeducación emocional, la sintomatología de acumulación y el establecimiento de reglas y límites. La intervención terapéutica mostró efectos favorables en la disminución de la sintomatología de acumulación y el fomento de la regulación emocional en el niño y su madre; involucramiento asertivo de los padres ante dicha conducta así como también mejorías en el establecimiento de reglas y límites.

Palabras clave: acumulación, infancia, regulación emocional, psicoterapia integrativa.

Abstract

This work represents the report of my training as a child therapist in the Master's Program in Psychology with Residency in Child Psychotherapy. The main objective was to intervene from the integrative psychotherapy model in a school-age child with hoarding symptomatology to promote the emotional regulation. A analysis of the case was made from the audio recordings of the sessions with previous authorization of the patient and their parents, transcription of clinical notes and supervision of the case.

This case was attended at San Lorenzo Community Center, the therapeutic process had a total duration of 48 sessions: the first 11 sessions were pre-treatment evaluation: 26 sessions were intervention with B and 7 sessions with parents, based on an integrative approach and finally four sessions were held for the post-treatment evaluation.

The therapeutic process was divided into two phases: phase 1 was called "understanding and contacting my emotions" which was characterized by the identification, differentiation, contact and emotional expressivity with B through technical integrations of The Cognitive Behavior Therapy and Gestalt Therapy. In phase 2 "expressing my feelings", B is able to identify, express and verbalize that the accumulation behavior for him is a problem, so that from the techniques of narrative therapy and cognitive behavioral therapy the reduction of hoarding symptomatology

Regarding the work with parents, we worked with follow-up and orientation sessions focused on emotional psychoeducation, the hoarding symptomatology and the establishment of rules and limits. The therapeutic intervention showed favorable effects in the decrease of hoarding symptomatology and the promotion of emotional regulation in the child and his mother; Assertive participation of parents in said behavior, as well as improvements in the establishment of rules and limits.

Keywords: hoarding, childhood, emotional regulation, integrative psychotherapy.

Introducción

El trastorno de acumulación es un nuevo diagnóstico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5), caracterizado principalmente por la dificultad persistente de deshacerse de objetos cuya necesidad percibida de guardar cosas produce un malestar clínicamente significativo (American Psychiatric Association, 2014). La prevalencia de este trastorno oscila entre el 2 y el 6% en población adulta (APA, 2014); sin embargo, no existe un dato preciso sobre la prevalencia en la etapa infantil, dada su alta comorbilidad con otros trastornos como: ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación y del neurodesarrollo (Frost, Steeketee & Tolin, 2011; Storch et al., 2011).

El inicio del trastorno se presenta en la infancia, mostrando un alto impacto en el funcionamiento de las relaciones interpersonales, familiares y académicas. Asimismo, este trastorno impacta de manera individual, ya que se asocia con la falta de conciencia, expresividad y regulación emocional, lo que induce a que se realicen actos de manera impulsiva y se presente la necesidad de acumular objetos con la finalidad de regular los estados emocionales de manera desadaptativa. Sin embargo, esto conlleva a creencias de apego más fuertes hacia dichas posesiones (Taylor, 2017; Timpano, 2009; Tolin, 2018).

Por lo que el objetivo de este estudio fue describir el proceso terapéutico integrativo enfocado en el fomento de la conciencia, expresividad y regulación emocional de un escolar con sintomatología de acumulación.

Para tal efecto, en el capítulo 1 se presentan los supuestos básicos de la Psicoterapia Infantil Integrativa, así como la descripción de los modelos de donde se retomaron algunas técnicas que fueron utilizadas durante el proceso de intervención: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Gestalt, Terapia Narrativa y Trabajo con Padres. En el capítulo 2 se abordará la temática del Trastorno de Acumulación, su epidemiología, etiología, comorbilidad con otros trastornos, los modelos explicativos del Trastorno de Acumulación que existen para comprender mejor este trastorno, así como la representación de algunos casos clínicos reportados en la literatura.

En el capítulo 3 se hace una revisión acerca de la regulación emocional y la relación que presenta con la psicopatología durante la infancia, la influencia familiar y el Trastorno de Acumulación. Posteriormente, en el capítulo 4 se presenta el método, donde se explica la importancia de la realización del presente estudio, así como los objetivos, descripción de los instrumentos utilizados y el procedimiento llevado a cabo.

En el capítulo 5 se realiza la presentación del caso clínico de “B” al cual se le denominó de esta manera para proteger la privacidad del menor y su familia. Dicha presentación tiene como finalidad reportar una forma de intervenir ante este tipo de casos en población infantil. Finalmente, en el capítulo 6 se describen las principales conclusiones, limitaciones y sugerencias respecto al presente estudio.

Capítulo 1. Psicoterapia Infantil Integrativa

La psicoterapia en la población infantil tiene como origen los métodos utilizados con los adultos, los cuales surgieron a partir de las aportaciones psicoanalíticas planteadas por Freud a finales del siglo XIX, quien puso énfasis al desarrollo psíquico y por primera vez consideró a la infancia como un periodo crítico del desarrollo del individuo (Esquivel, 2010). Es a partir de entonces, que surge la implementación de diversos tipos de tratamiento dentro de la psicoterapia infantil, donde se ha requerido de métodos de tratamiento multifacéticos debido a que en esta etapa del desarrollo los trastornos psicológicos son diversos y determinados por una multiplicidad de factores (Drewes, Bratton & Schaefer, 2011).

De acuerdo con Coonerty (citado en Drewes, Bratton & Schaefer, 2011) en la psicoterapia infantil, los terapeutas requieren de la capacidad de emplear diversos modelos terapéuticos, con el fin de satisfacer tanto las necesidades del niño como el de las personas involucradas en el proceso, es por esto que la psicoterapia integrativa resulta un enfoque adecuado en el trabajo psicoterapéutico infantil. Este es uno de los motivos principales por los que la psicoterapia integrativa infantil ha cobrado importancia, sin embargo, existen otros aspectos que también han contribuido a su surgimiento y aceptación, entre éstos se encuentran:

- 1) la diversidad de enfoques terapéuticos que hace más confuso el panorama de elección de la terapia más adecuada para cada caso.
- 2) la demostración de que un modelo de psicoterapia no puede ser adecuado para todos los casos.
- 3) la insatisfacción en los resultados de los distintos procesos psicoterapéuticos, mostrando dificultades para promover cambios en los pacientes.
- 4) el reconocimiento de factores comunes en los distintos tipos de psicoterapia.
- 5) la importancia de la relación terapéutica y las características de personalidad del paciente, como los principales factores de cambio en la psicoterapia.
- 6) las demandas de eficacia en los tratamientos debido a los factores económicos y sociopolíticos (Rosado, 2007).

Siendo por tanto la psicoterapia integrativa, un modelo ecosistémico, ya que considera al individuo como un sistema complejo, por lo que se realiza una integración teórica del desarrollo afectivo, cognitivo, fisiológico y del comportamiento del niño, así como una comprensión integral de constructos de distintos modelos teóricos como el psicodinámico, centrado en el niño, gestalt, cognitivo conductual, narrativa, entre otros, para generar intervenciones efectivas, a partir de la investigación y la experiencia clínica (Drewes, Bratton & Schaefer, 2011; Esquivel, 2010).

De acuerdo con este modelo el terapeuta debe considerar que la evaluación, conceptualización e intervención dependen del impacto de los diversos sistemas en el que el niño y su familia están inmersos para poder comprender sus necesidades, para esto, el terapeuta debe mostrarse disponible al descubrimiento del niño a través de una exploración respetuosa de la experiencia, mientras el niño comienza a ser consciente tanto de sus necesidades, sentimientos y comportamientos (O'Connor, Schaefer, & Braverman, 2017).

Dentro de los objetivos principales de la psicoterapia integrativa, se contempla que el niño junto con el terapeuta descubran y distingan las funciones de procesos intrapsíquicos, considerando los límites de cada uno, así como el ritmo del proceso terapéutico y del cronosistema (condiciones socioculturales) macrosistema (actitudes e ideologías de la cultura), exosistema (vecinos, amigos), mesosistema (familia, escuela) y del microsistema (características individuales del niño) para poder establecer metas terapéuticas y sistematizar el proceso psicoterapéutico (O'Connor, Schaefer, & Braverman, 2017) tomando en cuenta también los postulados que se proponen dentro de la psicoterapia integrativa que se mencionan a continuación.

Postulados básicos

De acuerdo con Opazo (2004) la psicoterapia integrativa plantea los siguientes postulados básicos:

Postulado 1: hace referencia al proceso interpersonal, enfatizando la calidad de la relación entre el paciente y el terapeuta, al plantear la existencia de una adecuada alianza terapéutica como potenciadora de los efectos de las estrategias clínicas desplegadas durante el tratamiento, de lo contrario, si existiera una inadecuada relación entre ambos el efecto disminuiría.

Postulado 2: refiere que el diagnóstico integral y diferencial es crucial en términos de predicción de evolución clínica y de selección de estrategias clínicas, es decir, este modelo plantea la necesidad de evaluar al paciente de un modo sistemático, con la finalidad de favorecer el proceso de intervención.

Postulado 3: los objetivos terapéuticos son establecidos con el paciente, lo cual favorece la motivación, facilita que el paciente colabore de una manera más activa durante el proceso terapéutico y disminuye las posibles resistencias.

Postulado 4: plantea que el cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que sea influenciada (padres o cuidador principal), además de considerar de gran importancia el establecimiento de un diagnóstico específico, por lo que la Psicoterapia Integrativa plantea que la elección de las intervenciones y estrategias específicas en el momento adecuado a cada área evaluada del funcionamiento del paciente genera más cambios significativos en comparación con la implementación de estrategias globales.

Postulado 5: propone que cualquier cambio en el sistema total puede afectar cada parte del sistema psicológico del niño, es decir, cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a expandirse hacia el sistema total, donde un daño en una parte del sistema podría empobrecer todo el sistema y un beneficio en una parte mejoraría todo el sistema.

Postulado 6: argumenta que las variables inespecíficas (en ocasiones para los papás) van adquiriendo especificidad en el marco de la Psicoterapia Integrativa.

Postulado 7: plantea que los principios de influencia (el terapeuta) aportan especificidad a la psicoterapia integrativa, ya que constituyen fuerzas de cambio específicas que pueden ser incorporadas intencionalmente al proceso terapéutico, lo que permite esperar un logro mayor que el derivado sólo de factores comunes y/o inespecíficos.

Postulado 8: refiere que el eje de la psicoterapia integrativa es la traducción de la experiencia realizada por el paciente a través de su sistema self, donde el desafío central para el terapeuta es favorecer estímulos efectivos deseables, potentes y consistentes con los objetivos terapéuticos.

Postulado 9: propone que el desarrollo de cada subsistema tiene efectos preventivos, donde superar las debilidades de un subsistema es distinto a potenciar sus fortalezas, así el desarrollo de cada subsistema adquirirá una repercusión preventiva al hacer más difícil la génesis de futuros desajustes.

Postulado 10: argumenta que la psicoterapia integrativa es un proceso creativo sobre bases científicas, las cuales se desarrollan en función de un marco teórico, premisas básicas, uso de estrategias validadas; lo que conlleva a la implementación de un proceso específico para cada paciente que depende de las evaluaciones, habilidades, creatividad y toma de decisiones del terapeuta.

Derivado de estos postulados, diversos terapeutas han observado ganancias y optado por la instrumentación de procesos psicoterapéuticos basados en el enfoque de la psicoterapia integrativa. Sin embargo, es importante considerar tanto las ventajas, como las dificultades más recurrentes que han sido reportadas al implementar este enfoque (Opazo, 2014).

Ventajas

1) Beneficios para el paciente: la flexibilidad del enfoque integrativo permite que el terapeuta pueda disponer de mayor cantidad de recursos técnicos para utilizar en el transcurso de las sesiones, lo cual incrementa la capacidad para trabajar las resistencias y promover los procesos de cambio, entonces el terapeuta muestra una tendencia a operar con esquemas abiertos y a rechazar las posiciones rígidas en el abordaje que utiliza. Por lo anterior, un terapeuta que se basa en este enfoque comparte con el paciente las decisiones pertinentes durante el proceso terapéutico.

2) Promoción del desarrollo científico: la evolución de la investigación dentro de esta área se ha orientado a detectar qué es lo que funciona mejor en cada situación clínica, lo que ha llevado a comparar trabajos con el fin de investigar el poder específico de cada procedimiento, siendo una de sus metas la elaboración permanente de reconstrucción teórica y técnica.3) Ventajas para la sociedad: los servicios de salud se pueden beneficiar del enfoque integrativo debido a que favorece una conexión con otras intervenciones como la farmacoterapia, que ha demostrado resultados positivos para muchas situaciones clínicas. Además, otra ventaja se refiere al costo-beneficio, debido a que se nutre de distintos modelos teóricos y aumenta la probabilidad de un resultado eficiente en un menor tiempo, por ejemplo, en programas comunitarios.

Dificultades

a) Problemas epistemológicos: pueden surgir debido a las diferentes definiciones conceptuales u operativas que cada enfoque tiene delimitado, además de la falta de existencia de un modelo teórico global compartido. Debido a que un abordaje integrador recurre habitualmente a diversos esquemas referenciales cuyas procedencias teóricas pueden ser bastante distintas entre sí, lo cual puede provocar incongruencias y dificultades en la claridad de las metas del tratamiento, de esta manera el terapeuta puede sentirse afectado por dicha inconsistencia mostrándose errático y confuso ante sus decisiones durante el proceso terapéutico.

b) Vastedad de los conocimientos necesarios: la formación del terapeuta con este enfoque se vuelve costosa y exige inversión, debido a que el terapeuta debe de contar con un amplio conocimiento, necesitando por tanto la actualización constante.

c) No especificidad de las técnicas: se ha observado que determinadas técnicas específicas pueden producir resultados diferenciales por lo que implica cierta dificultad encontrar un punto de convergencia.

d) Generar un modelo integrativo completo: generar teorías completas que proporcionen una explicación no reduccionista de la dinámica psicológica capaz de integrar aportaciones válidas, siendo una guía del desarrollo del conocimiento que permita aportar nuevos hallazgos.

e) Perfilar un proceso sistemático: nutrir a la investigación científica a través de la integración de la ciencia y el contexto del accionar terapéutico.

Por lo anterior, se ha planteado que desde el enfoque de la psicoterapia integrativa, el terapeuta puede integrar el modelo terapéutico a partir de las siguientes formas (Opazo, 2004; Norcross & Golfried, 2005):

1) Eclecticismo técnico: el terapeuta no se afilia a un modelo teórico en particular; sino que está dispuesto a reconocer que una técnica es efectiva para cierto tipo de problema, centrándose en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado, es decir, despojando a las técnicas de los supuestos teóricos que las han generado. La técnica que se utilizará durante el proceso de terapia depende de la intuición, vivencia o creatividad del terapeuta. Dado lo anterior, se recurre a la selección de técnicas basadas en algún criterio ya sea pragmático, de orientación teórica o sistemático.

a) Eclecticismo técnico pragmático: selecciona técnicas teniendo como criterio esencial el nivel de eficacia que han demostrado en su contraste empírico.

b) Eclecticismo técnico de orientación teórica: se seleccionan las técnicas considerando los criterios que se establecen desde una teoría concreta.

c) Eclecticismo sistemático: se eligen las técnicas de acuerdo con una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del tipo de paciente.

2) Integración teórica: implica la formulación de un modelo terapéutico que une modelos divergentes consistentes con el propio trabajo clínico, con la premisa de que el efecto obtenido será mejor que el derivado de cada una de las terapias por sí sola. Sin embargo, se ha visto la dificultad de unir teorías que originalmente parten de visiones diferentes del ser humano y de su problemática. A pesar de esto se ha planteado la existencia de dos tipos de integración teórica:

a) Integración teórica híbrida: se parte de dos enfoques considerados complementarios y se eligen los aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada uno en un marco híbrido común.

b) Integración teórica amplia: contempla más de dos teorías e integra las distintas áreas del funcionamiento humano como el área cognitiva, emocional, conductual e interpersonal.

3) Modelo de factores comunes: el terapeuta desarrolla una estrategia al estudiar los componentes centrales que diversas terapias comparten y al elegir los que han demostrado ser los contribuyentes más efectivos para los resultados positivos en psicoterapia, teniendo como objetivo primordial la identificación de los factores que resultan en un mejor pronóstico para el cambio terapéutico y que sirvan como punto de partida para la elaboración teórica, dando como resultado no solo una teoría unificada sino un marco conceptual reorganizado que permite encontrar diferentes formas de práctica.

4) Integración asimilativa: ofrece un puente entre el eclecticismo técnico y la integración teórica; que se ajusten mejor a las necesidades del paciente, una vez que se percata de las limitaciones de su enfoque.

Por tanto, el presente estudio se basa en esta última modalidad de intervención mencionada en el párrafo anterior, es decir, se aborda un caso clínico desde el modelo de Psicoterapia integrativa asimilativa, con un escolar que presentaba sintomatología de acumulación, teniendo como eje principal el Modelo Cognitivo Conductual considerando integraciones técnicas de la Terapia Gestalt, la Terapia Narrativa y además se incluyó el Trabajo con Padres.

Por lo que a continuación se describe brevemente la contribución de estos cuatro modelos en la psicoterapia infantil.

Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) inicialmente se desarrolló para el tratamiento para adultos y posteriormente se implementó en población infantil. Se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales que contempla una interacción entre cognición, emoción, conducta y fisiología. De acuerdo con este modelo, la conducta está mediada por procesos verbales, mientras que las alteraciones emocionales y conductuales se conceptualizan como la expresión de un pensamiento irracional (Knell, 2017).

La TCC engloba tres premisas importantes que de acuerdo con Knell (2017) son:

- 1) los pensamientos influyen en las emociones y conductas del individuo que se manifiestan como respuesta a los eventos.
- 2) las percepciones e interpretaciones de los eventos son moldeadas por las creencias y suposiciones del individuo.
- 3) los errores de lógica o distorsiones cognitivas predominan en individuos que padecen dificultades psicológicas, donde dichas distorsiones cognitivas en los niños se consideran como desadaptativos.

Por tanto, la TCC no se puede emplear en su forma original con niños pequeños. Siendo la terapia de juego cognitivo conductual (TJCC) una adaptación de la TCC diseñada para ajustarse en términos del desarrollo de los niños, incorporando intervenciones cognitivas y conductuales. Donde el terapeuta participa de una manera activa, con orientación hacia objetivos concretos e intentan modificar pensamientos, emociones y patrones de conducta problemáticos a través del juego, el cual se utiliza como un instrumento para promover diálogos interiores adecuados y enseñar métodos adaptativos de afrontamiento (Friedberg & McClure, 2005).

Asimismo, el rol que establecen los niños también es de manera activa, de esta forma aprenden a cambiar su propia conducta y se vuelven más participes en el tratamiento; el cual,

cobra relevancia desde el punto de vista del desarrollo debido a que los niños necesitan demostrar sentido de dominio y control sobre su ambiente, por lo que se pretende que el niño logre mayor conocimiento y comprensión de sí mismo, así como la capacidad de regular su propia conducta (Stallard, 2007).

Debido a que la TJCC emplea técnicas psicoeducativas para enseñar habilidades de afrontamiento más adaptativas, las intervenciones tienen sentido para el niño con dificultades conductuales y emocionales, sobre todo cuando se relaciona con pensamientos desadaptativos. Por lo cual, la TJCC ha sido utilizada con éxito en niños con mutismo selectivo, encopresis, ansiedad, depresión, abuso sexual, problemas de conducta; entre otros (Friedberg & McClure, 2005) e incluso se ha reportado la eficacia en el Trastorno de Acumulación en la infancia, como por ejemplo en los casos clínicos presentados en el capítulo 2 de este trabajo (Ale et al., 2014; Gallo et al., 2013).

Sin embargo, la TJCC está contraindicada cuando hay conflictos claros entre el cuidador y el niño; es decir, en aquellos que están relacionados con una parentalidad problemática, sobre todo cuando el niño desobedece; ante este tipo de casos, se debe tener como objetivo tratar los temas de parentalidad antes de considerar la TJCC con el niño como modalidad principal de tratamiento (Knell, 2017).

Por otro lado, respecto a la periodicidad de las sesiones de la TJCC suelen ser semanales, ya que la constancia en las asistencia beneficia a los niños en su proceso terapéutico, mientras que la duración de la terapia puede ser variable dependiendo del caso, aunque la TJCC se considera un tratamiento de corto plazo, esto puede tener diferentes significados en distintos niños, por lo que la duración debe determinarse en función del progreso del niño respecto de las metas terapéuticas (Knell, 2017).

Además, en la TJCC tiene lugar las siguientes etapas (Knell, 2017):

- 1) **Introductoria o de orientación:** el niño llega al consultorio de diversas maneras. Por lo general, se instruye a los cuidadores sobre la mejor manera de explicar al niño que es la TJCC.

De cualquier modo, en la primera sesión con el niño, se le brinda orientación al respecto. Esto implica hablar con él acerca de la razón por la que asiste a terapia y cómo se le puede ayudar.

2) Evaluación: el terapeuta trata de comprender mejor los problemas del niño. El primer paso que se lleva a cabo es la realización de una entrevista con los cuidadores para reunir información de la historia del desarrollo del niño en las áreas cognitiva, emocional, social, de habilidades de solución de problemas, así como la historia del problema actual. Posteriormente se establece un posible diagnóstico y se desarrolla un plan de intervención. También, durante el proceso terapéutico se puede recurrir a formatos de automonitoreo como el termómetro de las emociones, para que el niño pueda cuantificar la intensidad de sus emociones, el cual también se puede realizar con la ayuda de los padres o profesores. Por lo tanto., se recomienda la evaluación multimétodo para obtener un cuadro integral de los síntomas en distintos contextos.

3) Central: con la información obtenida en la fase de evaluación, el terapeuta comienza a trabajar con el niño para alcanzar las metas establecidas. Siendo el objetivo principal de esta etapa que el niño aumente su autocontrol, promoviendo un sentido de autorrealización, a través de la enseñanza de respuestas más adaptativas para situaciones específicas, de esta manera, dependiendo de la problemática del niño, se elige entre la amplia variedad de intervenciones cognitivas y conductuales más adecuadas. Dentro de este ámbito, las investigaciones sugieren que combinar las intervenciones cognitivas y conductuales es lo más eficaz para ayudar a los niños a manejar las emociones y eventos difíciles (Knell, 2017).

Algunas de las técnicas cognitivas que se pueden utilizar durante la TJCC son las siguientes (Knell, 2017):

- Psicoeducación: se explica en qué consiste la TJCC, se enseña al niño y a sus padres acerca de un trastorno en específico y se normalizan estados emocionales.

- Reestructuración cognitiva: identificar, cuestionar y modificar los pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que conducen a experimentar emociones y conductas negativas. Por ejemplo, se pueden utilizar analogías de ser “detective de pensamientos” para identificar dichos pensamientos desadaptativos.
- Autoafirmaciones positivas: enseñar

enunciados claros de autoafirmación para remplazar los pensamientos desadaptativos. Las autoafirmaciones contribuyen a desarrollar las habilidades de afrontamiento a través del control activo.

- Solución de problemas: enseñar maneras sistemáticas y activas de afrontamiento, que implica la identificación del problema, formulación de una meta, hacer una lluvia de ideas, evaluar los posibles resultados y elegir la mejor estrategia.

Mientras que las técnicas conductuales implican (Knell, 2017):

- Modelamiento: ofrecen un modelo que enseñe conductas y pensamientos más adaptativos, que suele realizarse por medio de títeres, juguetes o biblioterapia. El terapeuta comienza como modelo actuando en las situaciones y el niño observa y aprende de lo observado, posteriormente se pueden invertir los roles.

- Entrenamiento en relajación: a través de la enseñanza de estrategias para la regulación emocional, como la respiración profunda, la imaginación o la relajación muscular.

- Manejo de contingencias: debido a que las conductas se modifican al implementar consecuencias, se puede realizar, por ejemplo, por medio de reforzamiento social (elogios), reforzadores materiales (fichas, stickers, premios pequeños).

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

- Exposición: consiste en enseñar al niño de manera gradual y sistemática a confrontar objetos o situaciones. Por lo general, se requiere de elaborar una jerarquía de miedos, en combinación con la prevención de respuesta, ofreciendo alternativas positivas al niño.

- Role-playing: el niño practica las habilidades con el terapeuta, donde se turnan para representar a distintos individuos, donde se revive una retroalimentación continua.

4) Terminación: una representación concreta del final del tratamiento puede ser de utilidad. Algunos niños prefieren realizar un dibujo representativo del proceso terapéutico. En esta fase el niño debe recibir reconocimiento por sus logros, por lo que se programa una última sesión para la realización de la celebración del fin de la terapia.

Terapia Gestalt

La terapia Gestalt tiene una concepción holística del niño, es decir, tiene en cuenta, su parte sensorial, la afectiva, la intelectual y la social. Este tipo de concepción hace que la terapia Gestalt no se ocupe exclusivamente del síntoma, sino que trata de favorecer el desarrollo integral del niño, considera al síntoma solo como una manifestación de que algo ocurre, de que la tendencia al crecimiento sano está bloqueada, por tanto, se percibe al niño como un todo (Monrós, 2000).

De igual manera que la TCC, la Terapia Gestalt tiene una amplia trayectoria en el ámbito clínico con población adulta. La iniciadora principal en torno a la psicoterapia infantil a través de la terapia Gestalt, Violeta Oaklander, propone que el niño tiene que aprender a utilizar todos sus sentidos, primero para sobrevivir y después para aprender acerca de su mundo; de esta manera podría aprender a expresar sus emociones, necesidades, pensamientos e ideas, con congruencia a través del descubriendo del lenguaje como un medio de expresión (Oaklander, 2014).

De este modo, el juego y/o los juguetes son los medios que permitirán al terapeuta entender la vida interior del niño, es decir, que el terapeuta proporciona dichos materiales en forma de técnicas para que el niño pueda expresar sus emociones, sea capaz de sacar lo que tiene en su interior y de este modo, con ayuda del terapeuta podrá trabajar con ese material que estaba guardado. Por tanto, la labor del terapeuta es ayudar al niño a darse cuenta de lo que está haciendo y qué realmente le causa insatisfacción, de tal manera, que se promueva en él la elección del cambio (Oaklander, 2014).

Dentro de este enfoque existen ciertos conceptos fundamentales que ayudan a comprenderlo mejor teóricamente, los cuales son los siguientes (Blom, 2006; Monrós, 2000):

- 1) Holismo: de acuerdo con este concepto el terapeuta sostiene la opinión de que los individuos son más que la suma total de su comportamiento, percepciones y dinámicas por lo que cada individuo se mueve hacia una entidad.

2) Homeostasis/autoregulación organismica: desde el punto de vista de la teoría Gestalt, todo comportamiento es regulado por un proceso llamado homeostasis o autoregulación orgánica, para lo cual el niño requiere identificar sus sentidos, emociones, necesidades y creencias, debido a que la autoregulación es la vía por la cual el niño satisface sus necesidades.

3) El darse cuenta: uno de los objetivos es que el niño aumente la conciencia de su propio cuerpo, de sus sensaciones, sentimientos y todas sus vivencias que son fundamentales para su desarrollo, permitiendo además que el niño pueda:

Darse cuenta de su mundo exterior: de lo que puede oler, tocar, oír, ver, etc., que puede realizarse mediante ejercicios sensoriales, que fomentan que el niño esté en el presente, tomando contacto de esta manera con el aquí y el ahora. Darse cuenta de la zona interna: todo lo que le sucede de la piel hacia adentro: tensión, relajación, que se puede lograr utilizando el trabajo corporal mediante relajación o visualizaciones. Darse cuenta de la zona de la fantasía que se relaciona con sus sentimientos, pensamientos, etc, lo cual permitirá al niño entrar en contacto con sus emociones y favorecer su expresión.

4.- El aquí y el ahora: la terapia Gestalt enfatiza la importancia del poder del presente, considerando que es sólo en este momento donde la terapia puede actuar en las experiencias del niño que fomenten el crecimiento y eliminen los bloqueos, creando de esta manera oportunidades para la construcción del yo y recobrar la autoconfianza.

5.- Figura-fondo: la labor del terapeuta es ayudar al niño a centrar la figura, que es lo que resalta del fondo. Por lo que el niño tiende a mostrar la figura en la sesión de diversas maneras, por ejemplo: en los tipos de juego que elige, cómo juega o bien a través de lo que elige dibujar, es aquí donde el terapeuta pregunta para facilitar la expresión, juega o espera.

6.- El contacto: entrar en contacto con el niño significa situarse y sentirse como un ser viviente frente a otra persona, reconociendo de esta manera su existencia, debido a que el niño necesita ser reconocido por otro para poder llegar a ser realmente él mismo.

7.- Las polaridades: su aprendizaje parte de opuestos polares a partir de los cuales van conociendo la realidad, lo que le resulta gratificante y liberador al niño para poder utilizar en terapia aquello que no usa en la vida real, es decir, atreverse a ser el malo del cuento, contestón o expresar su enojo o tristeza, lo cual permite la integración de las polaridades.

8.- Satisfacción de necesidades: es importante fomentar el descubrimiento de sus necesidades, para ello, en algunos casos tendrá que reaprender a escucharse, para posteriormente, encontrar vías y poder cubrir esas necesidades.

9.- Asuntos inconclusos: son sentimientos o emociones no expresados o resueltos, por lo cual se pone énfasis en la práctica de la expresión de emociones.

10.- Diferenciar sentimientos y acción: radica en la importancia de reconocer que existe cierta distancia entre el sentimiento y la conducta, debido a que el niño no logra diferenciar, comprender esta distancia tiene miedo de sentir lo que él considera negativo. Por lo que le resulta liberador tener permiso para sentir y que pueda aprender la distancia entre sentir y actuar.

11.- Confluencia: ocurre cuando no hay límites entre el niño y su ambiente, por lo cual el niño puede parecer confluyente con sus padres o con uno de ellos, lo que implica la pérdida de la identidad del niño, es decir, carecen de un sentido del yo que los distinga del entorno.

12.- Proyección: un objetivo esencial de la terapia Gestalt es que el niño se dé cuenta de lo que le pasa, para ello los terapeutas recurrimos a diferentes actividades: por ejemplo, dibujos, juegos y otras creaciones. Debido a que la proyección se usa, en particular, si los niños han aprendido que ciertos rasgos de personalidad, emociones o comportamientos son inaceptables.

13.- Introyección: es un mecanismo por el cual el niño toma los mensajes provenientes de figuras significativas y las incorpora sin digerirlos, pudiendo ser nutritivos o dañinos para él. Por ejemplo, los estilos parentales pueden hacer que los niños crean, de manera indirecta, que ciertas emociones, como la ira y el miedo, son malas, privándose de esta manera del consentimiento para expresar estas emociones.

14.- La retroflexión: es cuando el niño en lugar de expresar hacia afuera, se contienen y revierten esa energía hacia sí mismo. La manifestación de síntomas psicossomáticos pueden ser indicadores de retroflexión en el niño. Por ejemplo, la introyección de que la expresión de enojo está prohibida o es peligrosa, puede causar que el niño inhiba sus emociones.

15.- La teoría paradójica del cambio: la terapia es un proceso por el cual el niño puede aprender a ser realmente quien es, debido a que el niño recibe muchos mensajes de cómo debe de ser, de lo que está bien y de lo que está mal, por lo que hasta que el niño deja de pelearse con estas posturas, puede producirse el cambio.

Por otra parte, este modelo terapéutico engloba los siguientes componentes dentro del proceso terapéutico (Oaklander, 2014):

- Desarrollo de la relación: el papel del terapeuta consiste en comprometerse e involucrarse completamente con su paciente en las sesiones, debe de ser genuino y congruente, respetando a sus pacientes y sin manifestaciones de juicio.
- Evaluación y establecimiento del contacto: el contacto saludable entre el terapeuta y el niño permite la expresión adecuada de las emociones, así como el uso del intelecto. Sin embargo, cuando no existe un adecuado contacto entre ambos, conlleva una fragmentación que impide el funcionamiento integral del niño.
- Fortalecimiento del sentido del sí mismo y de la estabilidad del niño: se plantea que los niños requieren de apoyo dentro de su self para que puedan expresar sus emociones obstruidas, las cuales pueden bloquearse como consecuencia de algún trauma, por lo que los niños no saben cómo expresarlas, lo cual inhibe el crecimiento y la integración saludables. Por lo que, cuando el terapeuta logra ayudar al niño a integrar su self, promueve una fortaleza interna lo que le permite expresar sus emociones ocultas.

- Incitación de la expresión emocional: la labor del terapeuta es ayudar a los niños a sentir su energía agresiva, a partir de un lugar sólido dentro de sí mismos y al sentirse cómodos con esas sensaciones podrán expresar las emociones reprimidas, para lo cual se utilizan técnicas creativas, expresivas y proyectivas durante el proceso terapéutico. Sin embargo, en algunos casos, los niños necesitan primero expresar sus emociones en un sentido cognitivo a través de la verbalización de sus emociones, enlistarlos y dibujarlos.
- Ayudar al niño a fomentar el sí mismo: en este aspecto el terapeuta enseña las habilidades para aceptarse, quererse y tratarse a sí mismo.
- Concentrarse en el proceso del niño: la Terapia Gestalt se enfoca en las conductas inadecuadas del niño, proporcionándole la oportunidad de experimentar el sí mismo de manera holística dentro de su propio proceso.
- Finalización de la terapia: se da cuando el niño ha logrado un estado de homeostasis y satisfacción.

Terapia Narrativa

El modelo de terapia Narrativa fue creada por Michael White y David Epston en 1990, la cual comparte suposiciones posmodernas que sostienen que el conocimiento se construye de una manera social, es por esto que se centra en los procesos colaborativos, respetuosos y relacionales, con el objetivo de ayudar a las personas a descubrir nuevas historias sobre ellos mismos, historias basadas en fortalezas, esperanzas, sueños, preferencias y nuevas posibilidades (Smith & Nylund, 1997).

La terapia narrativa para niños, constituye un acercamiento a los conflictos y problemas de los menores de una manera más benéfica para su propio desarrollo, ya que lo novedoso y propio de las técnicas que se utilizan, radican en el hecho que se trabaja ajustándose a formas de expresión más propias de la infancia (Freeman, Epston & Lobovits, 2001). Donde se implementa un lenguaje externalizante que permite que el niño e incluso su familia se den cuenta de que ellos están en la posibilidad de elegir y ser agentes activos del cambio (Jiménez & Yashiro, 2018).

Entonces, al utilizar el lenguaje externalizante en lugar del lenguaje internalizado patologizante se proporcionan herramientas para un manejo del problema de una manera diferente a la que presenta el niño, ya que minimiza los sentimientos de culpa, la censura, las críticas y es un antídoto para las cargas socioculturales de las etiquetas o diagnósticos, lo que permite una descripción distinta ante la identidad del niño (Jiménez & Yashiro, 2018).

Se ha observado que cuando el niño o las familias llegan a terapia existe una perspectiva en el relato de sus historias que se le denomina “historia saturada del problema”, debido a que sus relatos se encuentran centrados en el problema, por lo que sus historias se saturan de aspectos negativos, eliminando las historias de esperanza así como los aspectos positivos, por consiguiente, es de suma importancia conocer al niño y a su familia sin la historia saturada del problema y reconocer la resiliencia familiar como una capacidad para sobrevivir ante la adversidad de la vida (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Autores como Smith & Nylund, (1997) plantean que antes de empezar a hablar del problema es importante conocer a los niños, preguntarle sobre sus gustos, independientemente del problema que presente, lo que ayudará posteriormente en la externalización del problema, la cual separa el problema del niño permitiéndole redefinirse a sí mismo, de esta manera se motiva a trabajar sus dificultades, lo que le permite una mayor apertura ante las posibilidades de afrontamiento y resolución de conflictos; así mismo, el niño se puede hacer más responsable de su propia identidad y sus conductas (Ledo, González & Calzada, 2012).

Dicha externalización del problema en la psicoterapia infantil se puede realizar pidiéndole al niño que lo realice a través de dibujos, esculturas, mediante el uso de plastilinas, uso de marionetas, así como escribir historias acerca de su problema (Jiménez & Yashiro, 2018). De esta manera se exterioriza el problema, por lo que la actitud de los niños en la terapia normalmente suele cambiar, cuando se percatan de que es el problema y no ellos, el que va a ser objeto de análisis, participan con entusiasmo en la conversación. Por tanto, dentro del proceso de intervención se debe continuar con la intención de facilitar, co-escribir una nueva narración, sin imponer una historia (Esquivel, 2010).

Además en el trabajo con niños, se considera que externalizar los problemas es fundamental para el desarrollo adecuado del niño, debido a que al percibir al problema como algo separado de él, no ve afectada su identidad y al enfatizar los aspectos positivos del niño como sus habilidades y cualidades desarrolla un autocontrol más positivo y realista, incentivando de esta manera su desarrollo emocional y cognitivo, ya que al utilizar un lenguaje que para él le resulta familiar el niño se atreverá a relatar su propia visión de lo que le ocurre y de esta manera puede tomar decisiones para cambiar, sin obstaculizar su desarrollo por los conflictos que tienen en su vida interpersonal (Ledo, González & Calzada, 2012).

De esta manera, el conocimiento del niño al margen del problema proporciona al terapeuta las herramientas necesarias para trabajar con él, debido a que una vez que se conocen los intereses del niño es más fácil construir con él una solución a sus conflictos utilizando metáforas que aludan a sus gustos e intereses. Es así que, tanto el terapeuta como los padres son quienes deben acomodarse al estilo de resolución de conflictos y al modo de percibir la realidad del niño, de una manera lúdica lo que motivará al niño a seguir adelante con el proceso terapéutico (Ledo, González & Calzada, 2012).

Entonces al incluir lo lúdico en la conversación de externalización se tiene el efecto de ampliar la sensación de libertad, puesto que, al separar al niño del problema, cambia su posición y ahora se pueden observar maniobras que el problema ejecuta para estar presente. Agregando el valor metafórico que implica activar la imaginación, la fantasía, el simbolismo y la creación de otras historias posibles (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Asimismo, la terapia narrativa en vez de abordar los problemas como síntomas de disfunciones ocultas, se centra en las experiencias de la vida que las personas suelen preferir. Por lo que se puede observar que la historia saturada del problema, se encuentra rodeada por las expectativas normativas sobre cómo las personas deben comportarse o relacionarse, que al separar estas experiencias preferidas se logran encontrar historias inspiradoras y esperanzas en el futuro, una vez que se descubren los momentos excepcionales que consisten en pensamientos, motivaciones, intenciones, sentimientos o acciones que se contradicen con la historia saturada del problema, lo cual permite llegar a historias alternativas (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Además, la terapia narrativa, incluye técnicas de contradocumentación entre las que se incluyen cartas, certificados y diplomas que suelen entregarse en un marco de celebración de fin de terapia con niños, que den testimonio de los nuevos relatos donde se resaltan los logros en las habilidades de vida con las que el niño ha conseguido cambiar su historia (Freeman, Epston, & Lobovits, 2001).

Mientras que, dentro del rol del terapeuta basado en el enfoque narrativo, de manera inicial se muestra muy interesado en escuchar cuidadosamente cómo los niños describen sus preocupaciones, quienes utilizan modalidades de juego creativo y expresivo (dibujos, títeres, juegos de rol, etc.). Sin embargo, en lugar de utilizar estas modalidades para interpretar los sentimientos "reales" de los niños los terapeutas narrativos los usan para ayudar a los niños a expresar y ampliar las preferencias dentro de sus mundos metafóricos (Smith & Nylund, 1997).

Los terapeutas basados en este modelo también se enfocan en la comprensión del significado que las personas dan a las experiencias, y cómo estas historias estructuran sus vidas. Una perspectiva narrativa también analiza los contextos culturales y los efectos en la vida de las personas de discursos tales como: el género, la clase, la raza y la etnia. El terapeuta escucha atentamente la historia problemática de un cliente o una familia y sigue la influencia del problema en la vida y las relaciones de los miembros de la familia (Smith & Nylund, 1997).

Por lo que la posición descentralizada del terapeuta influye en las conversaciones narrativas, las cuales no consisten en dar consejos, soluciones u opiniones, tampoco se trata de realizar juicios normativos o mostrarse en una postura de autoridad, lo que invita a las personas a convertirse en los principales autores de sus vidas. Siendo las preguntas narrativas las que ponen las opiniones, preferencias, deseos, esperanzas, sueños y propósitos de las personas en el centro de la conversación.

Por otra parte, también se ha visto que tanto los niños como sus cuidadores tienen relación con el problema en cuestión, por lo que a continuación se abordaran algunos aspectos acerca de los roles de los padres en la terapia narrativa (Freeman, Epston & Lobovits, 2001):

- Los padres participan con el niño en tormentas de ideas y de soluciones.
- Pueden actuar de conspiradores con su hijo, espiando o enfrentándose al problema.
- En ocasiones la familia actúa metafóricamente como equipo, donde cada miembro de la familia hace su aportación al tratamiento del problema.
- Los padres añaden significados que contribuyen en los relatos del niño a medida que surgen en el juego o en la conversación.
- Pueden participar en un ritual o en un juego.
- Proporcionan detalles y ejemplos que desarrollan relatos prometedores o excepcionales a historias saturadas del problema, por ejemplo, verbalizando los logros del niño en la semana.
- Corroboran que la conducta del niño ha cambiado y celebran el cambio con él.

Respecto al trabajo con padres, la labor del terapeuta se centra principalmente en la exteriorización del problema que causa culpa, para evitar la autoinculpación, liberar la creatividad y propiciar el cambio dentro del exclusivo mundo de actitudes y conductas parentales, debido a que, cuando esto sucede los padres dejan de pensar que el problema nace en ellos o en las relaciones con el cónyuge o el hijo, afirmando de este modo las habilidades de los padres encaminadas a historias alternativas del problema (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Debido a que también es de suma importancia comprender el rol de los padres dentro de la psicoterapia a continuación se explicará con más detalle el trabajo con ellos.

Trabajo con padres

En la psicoterapia infantil se ha desarrollado una gran diversidad de formas de intervención, como los mencionados con anterioridad, que han puesto en controversia la temática acerca del involucramiento de los padres en la terapia de sus hijos, ya que se han propuesto diversos planteamientos en la literatura y aun no existe un consenso alrededor de cómo proceder, debido a que las diferencias existentes entre la inclusión o exclusión de los padres depende de la importancia que le otorgan los autores a distintos factores, como por ejemplo a las características

individuales del niño, las condiciones del entorno y las particularidades de los vínculos afectivos entre el niño y sus padres (Gómez, 2006).

En este sentido, se han planteado diversas posturas teóricas, por ejemplo, Doltó (1987) considera que la presencia de los padres y las conversaciones con ellos son forzosas en el tratamiento de niños menores de 7 u 8 años, mientras que en el caso de niños mayores el terapeuta aclarará quién es el que requiere terapia, si el niño o los padres (Gómez-Maqueo & Heredia y Ancona, 2014).

Por otro lado, Gómez (2006) propone las siguientes posibilidades que tiene el terapeuta para abordar el trabajo terapéutico con o sin los padres en psicoterapia infantil:

1) Excluir a los padres del tratamiento: enfatizando la intervención únicamente con el niño, ya que no se considera necesario incluir a los padres, porque se parte del supuesto que la relación con ellos podría resultar un obstáculo en lugar de favorecer el proceso terapéutico debido a que el punto de vista de los padres puede sesgar la interpretación de los hechos y por tanto puede llegar a interferir, impidiendo al terapeuta ponerse en contacto de manera directa con la experiencia emocional del niño.

2) Permitir a los padres participar dentro de las sesiones: suele ser una opción para abordar las dificultades de la relación existente entre padres e hijos, que se considera están jugando un papel fundamental en la sintomatología del niño, principalmente se recurre a esta modalidad de trabajo cuando se trata de niños muy pequeños con la finalidad de favorecer que juntos puedan encontrar recursos y posibilidades para afrontar lo que sucede.

3) Tratar a los padres por los trastornos del hijo en lugar de trabajar con el niño: esta es una propuesta de intervención de utilidad cuando se cree que en las dificultades del niño juegan un papel más importante las presiones externas, o cuando la situación psíquica interna de los padres es la que sostiene el síntoma.

4) Mantener a los padres informados: siendo una manera de incluir a los padres, lo cual se puede realizar mediante las denominadas sesiones de seguimiento, donde el terapeuta explica a los padres de manera resumida lo que está sucediendo en el proceso psicoterapéutico. A partir de esta forma de trabajo se pretenden aclarar las dudas de los padres y disminuir sus ansiedades, ya que al sentirse informados respecto a lo que sucede dentro del proceso terapéutico pueden tener la sensación de que mantienen el control sobre la situación y el desarrollo de su hijo.

5) Tratarlos de modo simultáneo, aunque separadamente: se puede recurrir a esta postura cuando se considera que las características de los padres son determinantes en la manifestación de la problemática del niño, proponiendo como estrategia de intervención el trabajo terapéutico para ambos, pero cada uno con objetivos de intervención distintos.

Estas dos últimas posibilidades de trabajo, mantener a los padres informados y tratarlos de forma simultánea, fueron consideradas estrategias efectivas para trabajar con el niño que se reporta en este trabajo es decir, de una manera informativa acerca del proceso terapéutico del niño mediante sesiones de seguimiento y también se trabajó con los padres en sesiones por separado debido a su influencia en la manifestación de los síntomas presentes en el caso clínico que se presentará más adelante. Por lo que, a continuación se explicará con mayor detalle la importancia el rol del terapeuta cuando se incluye a los padres en el proceso terapéutico.

Dentro de los objetivos del trabajo con padres se ha planteado que el terapeuta debe brindarles un espacio para contener su angustia y favorecer una relación diferente con su hijo, logrando diferenciar sus necesidades y deseos, para poder comprenderlo desde una dinámica distinta y poderse vincular de una forma positiva, para lo cual se requiere delimitar los alcances de los padres en el proceso de intervención y qué habilidades pueden adquirir para mejorar su función parental (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014).

Además es importante considerar que los padres traen a las sesiones sus preocupaciones o la de los otros, presentando su propia versión del problema, la cual puede aparecer como una historia o una narración. Ante dicha narración completa por parte de los padres es esencial escuchar atentamente la trama, entender las cualidades de las emociones que acompañan al relato

y tener en cuenta que la manera como dan la información sobre lo que les preocupa y sobre la historia de vida de su hijo, corresponden al contexto dentro del cual el niño construye su propia historia (Gómez, 2006).

Por lo que, el terapeuta, además de escuchar y contener debe preocuparse por aclarar el panorama que presentan los padres, por entender lo que realmente le preocupa al hijo, siendo necesario también el entendimiento de la demanda que hacen los padres, lo que esperan del proceso, los recursos a los que han recurrido para resolver su problemática, los sentimientos que evoca en ellos, es decir, comprender la historia del síntoma (Gómez, 2006).

De esta manera resalta la importancia de tomar en cuenta las emociones de los padres, identificar y rescatar los recursos que hay en ellos para hacerse responsables de su hijo y favorecer que reconozcan que tienen estos recursos. Lo anteriormente es importante porque algunas veces, puede que los padres se encuentren invadidos por sentimientos de culpa e inseguridad que les impide actuar (Gómez, 2006).

Sin embargo, se debe de tener claro que no se trata únicamente de que el terapeuta sea empático y no culpabilice a los padres, sino que también es importante que conozca herramientas teóricas que le permitan comprender sus motivaciones y dificultades como padres (Dio Bleichmar, 2005).

Además, debe considerarse la valoración de las características de los padres, como son: los recursos intelectuales y emocionales con los que cuentan, sin embargo, esto no significa que se realice un análisis detallado de ellos, debido a que el trabajo terapéutico no se centra en ellos, sino en el niño. Por ello, se considera a los padres como el origen del mundo interno del niño y son los que mantienen el tratamiento ya sea colaborando o perturbando el mismo (Dio Bleichmar, 2005).

A partir de esto, se considera que, la psicopatología que presentan los niños consiste generalmente, en problemas de relación que se manifiestan en forma de ansiedades por parte de los adultos para ejercer su rol de padres. Considerándose que el grado de implicación de los

padres en las dificultades del niño será variable, pero aun tratándose del padre ausente o periférico se sabe la importancia que tal condición tiene para el desarrollo del niño (Dio Bleichmar, 2005).

Es por esto que al inicio del proceso terapéutico se ha planteado que el terapeuta, hasta cierto punto, se muestre pasivo, adoptando una postura de receptor que escucha y contiene, para que posteriormente se muestre más activo: explorando, haciendo preguntas, promoviendo de esta manera que los padres tengan la oportunidad de pensar en lo que le sucede a su hijo, a ellos mismos, a la familia y a medida que avanza el proceso terapéutico se fortalece la alianza terapéutica que se logra trabajando continuamente con la contratransferencia parental (Dio Bleichmar, 2005; Gómez, 2006).

El trabajo con los padres comienza con una entrevista acerca del motivo de consulta del niño y del contexto que lo rodea, para que el terapeuta a partir de esta información se pueda plantear algunas hipótesis sobre la organización de la personalidad del niño. Asimismo, el terapeuta se hace una idea de cómo ha sido y cómo es actualmente el ambiente emocional que predomina en la relación con el niño. Siendo la presencia de los padres en el consultorio, un reflejo de la intención que tienen a nivel consciente de ayudar al niño (Gómez, 2006).

Además, se ha planteado que lo que dicen los padres es un relato que posteriormente se compara con lo que dice el niño y sirve para entender el sentido que este último le da a sus experiencias, entonces si el discurso de los padres corresponde o se parece al discurso del niño, hay una mejor relación entre ellos. Y si se encuentra que entre padres e hijos hay una buena relación esto se considera como un recurso siempre y cuando la capacidad de protección de los padres no esté comprometida, debido a que puede suceder que, a pesar de la armonía y nivel de comprensión lo que predomina es una alianza entre los aspectos negativos de la personalidad de ambos (Gómez, 2006).

Entonces, conforme los padres van proporcionando información acerca del problema del niño, el terapeuta va identificando en el relato parental datos sobre la identidad que cada uno de ellos le otorga al niño, la atribución de significados dados a la relación, los momentos de la relación en

los cuales surgen los problemas, la capacidad de los padres para comprender la naturaleza de cada problema o desafío del desarrollo y de sus recursos para contener, tolerar o modificar tales problemas, tanto en sí mismos como en el niño, a través de la capacidad reflexiva (Dio Bleichmar, 2005).

Por otra parte, es necesario estar atentos a las actitudes de los padres frente al terapeuta, conocer cómo se ubican frente a él, debido a que pueden hacerlo de diferentes maneras y esto resulta importante porque incide en el sentido que le da el niño al proceso terapéutico. Por ejemplo, suelen presentarse padres que compiten con su hijo por la atención del terapeuta mediante la petición de ayuda constante, debido a que comentan que se sienten desorientados de no saber qué hacer, mostrándose dependientes, tratándose en este caso de padres que interfieren con el proceso puesto que su actitud y su demanda impiden el desarrollo de la alianza terapéutica que se debe establecer con el niño (Gómez, 2006).

En otras ocasiones sucede que, en lugar de que los papás compitan por la atención del terapeuta, compiten con el terapeuta por el amor del niño, se muestran inquietos por lo que sucede en la terapia y por el interés que manifiesta el niño por asistir a las sesiones. Son padres que constantemente están cancelando las citas e impiden la continuidad del proceso. Mientras que, otros padres ven al terapeuta como un aliado en contra del niño, buscan su aprobación y acuerdo con lo que ellos piensan o hacen, contribuyendo a que el niño vea al terapeuta como un enemigo (Gómez, 2006).

Es posible también que alguno de los padres busque aliarse con el terapeuta en contra del otro miembro de la pareja. La incidencia de esta posición en el tratamiento depende en gran parte de las características de la relación que tenga el niño con el padre atacado. Por esto, es importante que el terapeuta promueva que el padre vea el sentido de la alianza en función de la relación con el hijo (Gómez, 2006).

Es importante aclarar que las formas anteriormente descritas en que se posicionan los padres dentro del proceso terapéutico, en algún momento pueden llegar a ejercer presión contra el proceso. Sin embargo, también suelen existir padres respetuosos y colaboradores, estos son

padres menos ansiosos, que no están atacando continuamente el encuadre de los hijos. Debido a lo anterior, es esencial que el terapeuta no asuma a los padres como enemigos del proceso y proponen lugar de ello, se considere a los padres como parte de un equipo de trabajo (Gómez, 2006).

Además, dentro del proceso psicoterapéutico, se ofrece la oportunidad de que tanto los padres como el niño, comprendan que tras la desaparición de un síntoma, es necesario continuar con el trabajo de consolidación de mejores formas de vida, de relación con el otro y consigo mismos. Por lo que no se puede considerar un alta de la terapia, como un punto final del apoyo terapéutico, si no como una continuación del crecimiento tanto de padres como hijos, en donde se acompañen y escuchen de manera mutua (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014).

Por tanto se resalta la importancia de la inclusión de los padres durante el proceso psicoterapéutico, ya que, la mayoría de las veces, son quienes llevan a los niños a terapia. Dado esto, resulta fundamental el fortalecimiento de la alianza terapéutica tanto con los padres como con el niño, pues son los actores que participan de manera activa durante el proceso y a partir de su relato parental se logra una mayor integración de la información que proporcionan para tener una mejor comprensión del caso clínico y de la sintomatología del niño. Es por esto que, en el presente trabajo se incluyó el trabajo con padres para comprender de una manera más integral el caso clínico que con el que se trabajó, el cual estaba relacionado con la conducta de acumulación, por lo que a continuación se describirá con mayor detalle sobre el tema.

Capítulo 2. Trastorno de Acumulación en la infancia.

Antecedentes

La conducta de acumulación o comúnmente conocida en inglés como “*hoarding*”, comenzó a estudiarse a principios del siglo XX en población adulta, con uno de los ensayos de Fred (1908), donde detalla el llamado “carácter anal”, actualmente conocido como Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo (TPOC). Años más tarde, Jones (1912), describió que la acumulación de objetos hace referencia a símbolos fálicos para representar su valor subjetivo, utilizados como objetos de transición para dar cuenta del apego cercano que los niños tienen, lo cual se consideró una forma patológica de relacionarse, orientada a mantener vínculos con el mundo externo (Fontenelle & Grant, 2014).

Más adelante, la acumulación fue incluida en los criterios diagnósticos del Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo dentro del DSM-III-R, posteriormente, fue conceptualizada como un subtipo del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en el DSM-IV. Mientras que dentro del CIE-10 no se incluye en ninguna de sus categorías diagnósticas. Sin embargo, actualmente el Trastorno de Acumulación se incluye dentro del DSM-5 como una nueva categoría diagnóstica independiente del TOC (Fontenelle & Grant, 2014).

Por lo que, a pesar de su relativa novedad en la nosología psiquiátrica, existe investigación en torno a la población en población adulta, sin embargo, en el caso de la población infantil, la información es escasa (Domènech-Llaberia, et al., 2012). Esto se debe a que como se mencionaba previamente el Trastorno de Acumulación se englobaba dentro de los subtipos del TOC donde se consideraba que incluía síntomas de obsesión y compulsión, y actualmente no se incluyen estos síntomas como parte del Trastorno de Acumulación, por lo que a continuación se describen los criterios diagnósticos propuestos actualmente para este trastorno con la finalidad de tener claridad en el momento de su diagnóstico

Definición

Dentro de los criterios diagnósticos para el Trastorno de Acumulación de acuerdo con el DSM-5 (2014), se menciona que la persona presenta dificultad persistente para deshacerse de objetos o posesiones, independientemente de su valor real, debido a una necesidad de guardar las cosas, y que genera malestar cuando se deshace de dichas posesiones, lo que da lugar a la acumulación de objetos que abarrotan las zonas habitables. Lo anterior no puede atribuirse a otra enfermedad médica y no se explica por la presencia de otros síntomas como las obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor y/o disminución del interés en los trastornos del espectro autista.

Además se plantea que para su diagnóstico es importante especificar si el paciente presenta adquisición excesiva de objetos, si posee introspección buena o aceptable, es decir, si reconoce que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación son problemáticos o si presenta poca o nula introspección, en relación a que la persona está convencida de que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación no son problemáticos (APA, 2014).

El Trastorno de Acumulación en la población infantil se ha observado que sucede cuando los niños tienden a adquirir y aferrarse a objetos que para la mayoría de las personas tendría poco uso, por ejemplo: basura, artículos aparentemente inútiles como rocas, envolturas de dulces, tubos de papel higiénico, papel, alimentos, ropa, bolsas, periódico, cajas de juguetes, juguetes rotos, artículos relacionados con la escuela (documentos o proyectos antiguos) y artículos asociados con eventos (objetos representativos de días festivos y/o regalos recibidos en cumpleaños) (Plimpton et al., 2009; Storch, 2011).

Existiendo diferencias en aquellos niños coleccionistas, por ejemplo de estampas, porque ellos seleccionan artículos específicos para su colección y no manifiestan malestar al separarse de dichos objetos, mientras que un niño con Trastorno de Acumulación adquirirá artículos

aparentemente al azar y luego tendrá problemas cuando se le pida que se separe de ellos, mostrando altos niveles de angustia, frustración e incluso rabietas (Child Mind Institute, 2018).

Además la acumulación en niños tiende a ser más restringida, tienden a acumular las cosas debajo de su cama o en áreas de su habitación, por lo que presentan menos problemas con la adquisición excesiva en comparación con los adultos (Child Mind Institute, 2018). De esta manera, el comportamiento de acumulación se encuentra limitado por la intervención parental y por los demás miembros de la familia, por lo que suele presentarse un fenómeno denominado “acomodación familiar”, que se refiere a que la familia participa en el aumento de esta conducta por medio de abstenerse de desechar artículos y permitir que los niños adquieran artículos para evitar rabietas, la angustia del niño o el conflicto familiar (Park, McGuire & Storch, 2014).

Asimismo se ha descrito que en los niños pueden existir razones subyacentes ante la presencia de este trastorno, debido a que puede ser por una razón instrumental: es decir que el niño puede manifestar que guarda los objetos porque los necesitará después; intrínseco: por placer de recopilar los objetos y/o por propósitos emocionales, debido a que mantienen un vínculo emocional hacia el objeto. Siendo por tanto el signo más notable de acumulación, la reacción emocional a sus posesiones, debido a que estarán constantemente preocupados por ellos, hasta el punto de crear una fuerte tensión con sus padres especialmente cuando tratan de limpiar el área donde se presenta el desorden por la acumulación de objetos (Child Mind Institute, 2018).

Otro aspecto importante a considerar es que los niños presentan pobre insight acerca de sus síntomas de acumulación, además de que por lo general no presentan únicamente TA sino que van acompañados de otros síntomas psicológicos, que se explicarán más adelante, en el apartado de comorbilidad con otros trastornos (Park, McGuire & Storch, 2014; Plimpton et al., 2009).

Epidemiología

Actualmente se dispone de pocos estudios sobre la prevalencia del Trastorno de Acumulación, dentro de los datos más significativos en Europa y Estados Unidos se encuentra una prevalencia entre el 2 y el 6% en población adulta (APA, 2014), en estos trabajos se reporta que los participantes adultos identificados con dicho trastorno, remiten que los orígenes de la acumulación ocurrieron desde la infancia o en la adolescencia, debido a que manifestaban recuerdos de eventos específicos donde sus padres les quitaban sus objetos a la fuerza y mostraban altos niveles de angustia (Ivanov et al., 2013).

Por otro lado, en lo que respecta a la prevalencia en la población infantil y adolescente no se encontró un dato exacto, algunos autores consideran que esto se debe a que posiblemente, debido a la intervención de terceras personas como pueden ser, los cuidadores o los padres quienes al ejercer control sobre el espacio vital que limita las consecuencias de abarrotamiento de las zonas habitables, inciden de alguna manera en el control de la presencia del trastorno (Ivanov et al., 2013).

Sin embargo, de acuerdo con el DSM-5 los primeros síntomas de acumulación se presentan alrededor de los 11 a los 15 años de edad, etapa en la cual la acumulación puede empezar a interferir con el funcionamiento de la vida cotidiana del individuo, por lo que posteriormente, en la mitad de la segunda década comienza a generar un malestar mayor, hasta provocar un deterioro clínicamente significativo a mediados de la tercera década de la vida (APA, 2014).

Por otro lado, en relación con el género, se encontró información que reporta que que en la etapa infantil, las niñas presentan más síntomas de acumulación en comparación con los niños (Mataix-Cols, Nakatani, M., & Heyman, 2008), mientras que en la edad adulta los hombres presentan mayor presencia de este trastorno en comparación con las mujeres (Samuels et al., 2008).

Etiología

Se ha descrito que existen diversos factores que inciden en la aparición de este trastorno. Entre ellos se encuentran los antecedentes heredofamiliares, al respecto, diversos estudios en los que se estudiaron a familias, reportan que entre el 40 y el 80% de las personas con este trastorno informaron tener al menos un familiar cercano que presentaba la misma sintomatología (Tompkins, 2015).

Asimismo, los estudios de gemelos han confirmado que la acumulación se transmite por medio de la familia. Es por esto que, su origen se relaciona con bases genéticas debido a la posible existencia de cromosomas específicos asociados al TA, de esta manera puede ser una forma en que las personas muestran probabilidades de heredabilidad de este trastorno (Tompkins, 2015).

Además, se ha reportado que, este trastorno comparte un vínculo genético etiológico con el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Dismórfico Corporal, Depresión, Obsesidad y la Regulación Emocional, debido a la variación en el gen codificador del factor neurotrófico derivado del cerebro (BNDF) (Koszegi, O'Connor & Bodryzlova, 2017).

Por otro lado, a nivel del funcionamiento cerebral, los hallazgos encontrados, a partir de estudios de neuroimagen, indican que pacientes con Trastorno de Acumulación presentan una disminución del metabolismo en la corteza orbito frontal lateral y la corteza cingulada anterior. Asimismo, en estudios neuropsicológicos se ha encontrado que las personas con este trastorno tienen dificultades en algunas funciones ejecutivas, como por ejemplo: en la memoria visual, toma de decisiones, falta de atención e inhibición de impulsos, por lo que se les dificulta inhibir el impulso inicial de adquirir objetos (Dozier, M. & Ayers, 2017; Koszegi, O'Connor & Bodryzlova, 2017).

Además, las personas con trastorno de Acumulación utilizan estrategias de organización menos efectivas para el recuerdo visual, por lo que tienen menos confianza en su memoria y un mayor nivel de preocupación con respecto a las consecuencias potencialmente catastróficas del

olvido, así como tiempos de reacción más lento y mayor impulsividad (Koszegi, O'Connor & Bodryzlova, 2017).

Por otro lado, también se han considerado la presencia de factores ambientales, los cuales se han asociado la aparición de los síntomas del Trastorno de Acumulación, después de acontecimientos estresantes o traumáticos, por ejemplo: violencia, la muerte de algún familiar cercano, el cambio de escuela o el inicio del ciclo escolar (Cromer, 2007; Dozier, Ayers, 2017). Hacer un resumen de la información porque son varios los factores etiológicos que mencionas y entonces es importante que expliques tu punto de vista o bien qué explicación consideras más viable.

Dado lo anterior, la etiología del Trastorno de Acumulación se ha visto relacionada con diversos factores tanto genéticos, neuropsicológicos y ambientales. Respecto a los factores genéticos se ha visto la presencia de antecedentes heredofamiliares y la vinculación genética con algún otro trastorno. Mientras que en función de estudios neuropsicológicos han encontrado asociación con dificultades en el funcionamiento ejecutivo y una disminución del metabolismo en la corteza orbito frontal lateral y la corteza cingulada anterior. Finalmente, en función de los factores ambientales se ha descrito que el Trastorno de Acumulación se presenta después de situaciones estresantes o traumáticas.

Comorbilidad

Respecto a la información sobre la comorbilidad, la literatura destaca que aproximadamente el 75 % de los individuos con Trastorno de Acumulación tiene un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad. Mientras que aproximadamente el 20 % de los individuos con Trastorno de Acumulación también tiene síntomas que cumplen los criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo en adultos (APA, 2014).

Por otro lado, respecto a la comorbilidad del Trastorno de Acumulación en la población infantil, algunos estudios han reportado que la información no es precisa (Park, McGuire & Storch, 2014), pese a esto, se ha reportado la presencia de comorbilidad con los siguientes

trastornos: fobia social, Trastorno Depresivo Mayor, ansiedad por separación, Síndrome de Prader Willi, trastorno de alimentación, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del espectro autista, trastorno de estrés postraumático y trastorno por control de impulsos (Frost & Steketee, 2014; Storch, et al. 2011; Park, McGuire & Storch, 2014).

Además, se ha reportado que existe una comorbilidad del 7% entre el Trastorno de Acumulación y la ansiedad por separación (Rutter, et al., 2002) teniendo como factor en común un estilo de apego ansioso ambivalente que repercute en la autonomía del niño (Pacheco y Ventura, 2009).

Estas comorbilidades anteriormente descritas, pueden ser el principal motivo de consulta, ya que no es común que las personas refieran de una manera espontánea los síntomas de acumulación (APA, 2014).

Modelos explicativos del trastorno de acumulación en la infancia

A continuación, se abordará la temática acerca de los modelos teóricos del desarrollo y la psicopatología, que han incorporado el estudio del trastorno de acumulación en la infancia.

Modelos desde teorías del desarrollo infantil

El trastorno de acumulación es un fenómeno poco estudiado, debido quizá a que las personas que manifiestan estos síntomas no acuden a consulta, además es un trastorno que no llega a ser incapacitante debido a la interferencia de los padres o cuidadores, por lo que se ha visto que quienes lo presentan entienden que sus comportamientos y creencias relacionados con la acumulación no son problemáticos (Santiago, 2016). Es por esto que a continuación se presentan modelos teóricos que abordan este trastorno.

Se ha planteado la cuestión acerca de la posible asociación del Trastorno de Acumulación con algún trastorno relacionado con el apego, que puede ser explicada a partir de la teoría postulada por Bowlby (1969), dado los altos niveles de angustia y el apego emocional que surge en las

personas con Trastorno de Acumulación, debido a que este autor plantea que el desarrollo psicológico saludable depende de la provisión de los padres de un entorno que proporcione seguridad emocional y aliente al niño a explorar el mundo (Nozick, 2016; Chen et al., 2017).

En contraste, los niños con apego inseguro son más vulnerables al desarrollo de esta psicopatología, es decir, cuando el niño percibe que las relaciones cercanas no proporcionan una sensación de seguridad, suele recurrir a estrategias compensatorias de regulación emocional orientadas a los objetos. Por otra parte, dentro de esta misma teoría se ha cuestionado acerca de si el apego hacia los objetos genera el mismo sentimiento de seguridad que generalmente se presentaría con el apego seguro con las personas (Nozick, 2016; Chen et al., 2017).

Mientras que Fromm (1974) en su teoría de la personalidad sugiere que adquirir cosas es una de las formas en que las personas se relacionan con el mundo que los rodea, siendo una orientación maladaptativa, donde la seguridad depende de recoger y guardar basura, formando apegos hacia los objetos en lugar de formar apegos con las personas. Además, de que considera a una persona con TA como aquella que le da importancia a poseer tanto lo tangible (ropa, dinero, etc.) como lo intangible (el amor de los demás, los recuerdos de días pasados) debido a que son demasiado sentimentales acerca de los recuerdos e idealizan el pasado, por lo que la acumulación, desde esta perspectiva teórica se ve como un síntoma de un trastorno psicológico subyacente más que como un defecto de personalidad.

Por otro lado, Winnicott (1975) propone que los objetos inanimados que se acumulan podrían responder a necesidades de seguridad, como los objetos de transición en la infancia, sin embargo, estos generalmente se consideran de valor limitado una vez que han cumplido su propósito previsto se descartan adecuadamente. Asimismo, para los acumuladores cada artículo se percibe como único como si se tratara de un recurso exclusivo y al tener muchos recursos exclusivos, los acumuladores se sienten menos vulnerables a la amenaza en momentos en que podrían necesitar ese recurso que de otra manera no estaría disponible, por lo que de esta manera se puede entender la seguridad psicológica que confieren dichos objetos acumulados, que al querer ser eliminados por terceras personas manifiestan la sensación de amenaza de su seguridad. Además que se ha descrito, que el uso de objetos de transición son utilizados como

una forma de generar sentimientos de seguridad cuando los padres no están presentes (Grisham et al., 2008).

Modelo psicoanalítico

Por otra parte, el Trastorno de Acumulación también ha sido estudiado desde el marco psicoanalítico. Entre las primeras teorías que se han expuesto se encuentra lo propuesto por Freud (1908) quien teorizó que este trastorno tiene su origen en un conflicto en la progresión de una fase psicosexual, relacionada con la fijación en la fase anal. Es por esto que, a continuación se describen las fases psicosexuales, referentes a que la sexualidad aparece desde el nacimiento y que durante las sucesivas etapas de la infancia diferentes zonas corporales proporcionan gratificaciones especiales al individuo, debido a que están dotadas de una energía que busca placer (Grisham & Barlow, 2005).

- Fase oral: es la primera fase de la evolución de la libido que va de los 0 a los 2 años de edad. En esta fase el placer sexual está ligado predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompaña a la alimentación, por lo que cuando no se satisface alguna necesidad surgen emociones desagradables, lo que provoca las primeras experiencias de ansiedad en el bebé. Entonces en esta etapa la fuente de satisfacción es la zona oral, el objeto de satisfacción se encuentra en estrecha relación con el de la alimentación.

- Fase anal: se ubica de los 2 a los 4 años de edad. En esta fase la libido se organiza al alrededor de la zona erógena anal, el objeto de satisfacción está ligado con la función de defecación (expulsión-retención) y al valor simbólicos de las heces. Para el niño eliminar orines o heces es algo normal, natural y placentero, lo considera incluso como una especie de "regalo" que dan al adulto, esto porque para él es como desprenderse de parte de su cuerpo y entregarlo a sus padres. Además en esta fase el niño debe aprender a cooperar con una persona más poderosa, lo que provoca experiencias nuevas de satisfacción y ansiedad. La satisfacción viene de cumplir los deseos de sus padres, avisar y controlar, mientras que la ansiedad proviene de la vergüenza y la desaprobación de los demás. También el niño obedece en esta fase a impulsos contradictorios que van a caracterizar su forma de comportarse y de relacionarse con los demás, los cuales son la

retención y la eliminación. Así como también esta fase se caracteriza por la lucha del niño por su autonomía, al mismo tiempo quiere acumular y descartar, aferrarse y arrojar.

- Fase fálica: se presenta aproximadamente entre los 3 y 5 años de edad, la cual se ha considerado como la fase de organización infantil de la libido y de la manifestación del Complejo de Edipo, el cual desempeña un papel fundamental en la estructura de la personalidad.- Fase de latencia: se inicia aproximadamente entre los 5 y 6 años de edad. Este período se inicia con la declinación del Complejo de Edipo, donde aparecen sentimientos como pudor, asco y aspiraciones morales, se intensifica la represión, lo que provoca una amnesia al inicio del período, se transforma la libido hacia los objetos en identificación con los padres y se dirige la energía sexual hacia otras actividades no sexuales como el estudio, el deporte, etc.Fase genital: se caracteriza por la organización de la libido alrededor de las zonas genitales que inicia en la pubertad, las modalidades de satisfacción libidinales de las fases anteriores se unifican y jerarquizan definitivamente, en los órganos genitales y el placer inherente a las zonas erógenas pregenitales se vuelven preliminar al orgasmo además de la elaboración de la identidad sexual.

Dado lo anterior se piensa que la acumulación es un síntoma a partir de una fijación retentiva, debido a que se pensaba que simbolizaba la retención fecal y que posteriormente, dicha persona en la etapa adulta podría llegar a desarrollar una personalidad controladora, lo que podría llevar a la posesividad de los objetos, formando parte de la triada anal: orden, avaricia y obstinación (Grisham & Barlow, 2005).

Además, se ha planteado que en el Trastorno de Acumulación las personas, a través de su acto de acumulación, están comunicando algo que no manifiestan por medio del cuerpo, pero tampoco expresan de manera verbal, aunque sí a través de su acto repetitivo. Es decir, su repetición de acumulación es sintomática, sin perder de perspectiva, que su retención excesiva está vinculada a la retención en la fase anal. Es entonces que a través de esta repetición de acumular las personas buscan compensar lo perdido acumulando de manera desenfrenada y sin límites, sin embargo, queda en una inmersa deuda afectiva con los otros y consigo mismo (Santiago, 2016).

Aunado a que pudiera estar relacionado con una sensación de goce con la demanda del otro que le pide al niño que retenga el excremento y luego que lo suelte, por lo que de este modo, se instaura en el niño la dimensión de la satisfacción del control sobre su cuerpo, que al acumular objetos su deseo de retener se manifiesta de manera repetida, donde se instaura un fenómeno de la pérdida del objeto a la acumulación de objetos, es decir, no soportan la pérdida, el vacío, la castración, la falta; por lo que no puede parar de acumular, ni separarse de sus objetos porque en realidad no saben separarse en el sentido de sus relaciones interpersonales (Lacan, 1962 citado en Santiago, 2016).

También se ha propuesto que hay una cierta regresión de elección narcisista del objeto. Donde los objetos que le pertenecen son objetos “su-yos”, son sus “yo-objetos” en los que de una forma u otra, la persona se reconoce, se identifica y por la captura de esa identificación queda fijado, aferrándose por tanto a objetos inanimados para sentir que tiene pleno control sobre ellos, pues no se mueven por sí solos, no tienen vida, no se van a ir si no los deja ir (Santiago, 2016).

Sin embargo, existe limitada información empírica en relación al Trastorno de Acumulación basado en el teorías psicoanalíticas, debido a que las investigaciones se han centrado más en la teoría cognitivo conductual debido a la efectividad que han sido reportados en los tratamientos, por lo que a continuación se describirá más acerca de este modelo.

Modelo cognitivo conductual

De acuerdo con el modelo cognitivo conductual multidimensional propuesto por Frost & Hartl (1996); Frost & Stekeete (2014) explican que la acumulación en la etapa infantil es un problema multifacético donde se hipotetiza que a partir de experiencias tempranas como la influencias genéticas o el tipo de apego influyen en el funcionamiento ejecutivo (procesamiento de la información: toma de decisiones, categorización, memoria y atención).

Así como las creencias distorsionadas acerca de la naturaleza de las pertenencias puede conducir a la experimentación de emociones negativas, como por ejemplo: tristeza, dolor, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza y enojo seguidas de comportamientos de evitación, mediante la adquisición excesiva de objetos para evitar dichas emociones negativas antes mencionadas que a su vez conduce a conductas de adquisición excesiva, no descartar objetos y el desorden, lo que puede producir placer o consuelo, por lo que de esta manera se describe que tanto el reforzamiento emocional negativo como el positivo puede conducir a la manifestación de los síntomas en relación al Trastorno de Acumulación (Fig. 1) Frost & Steeete, 2014:

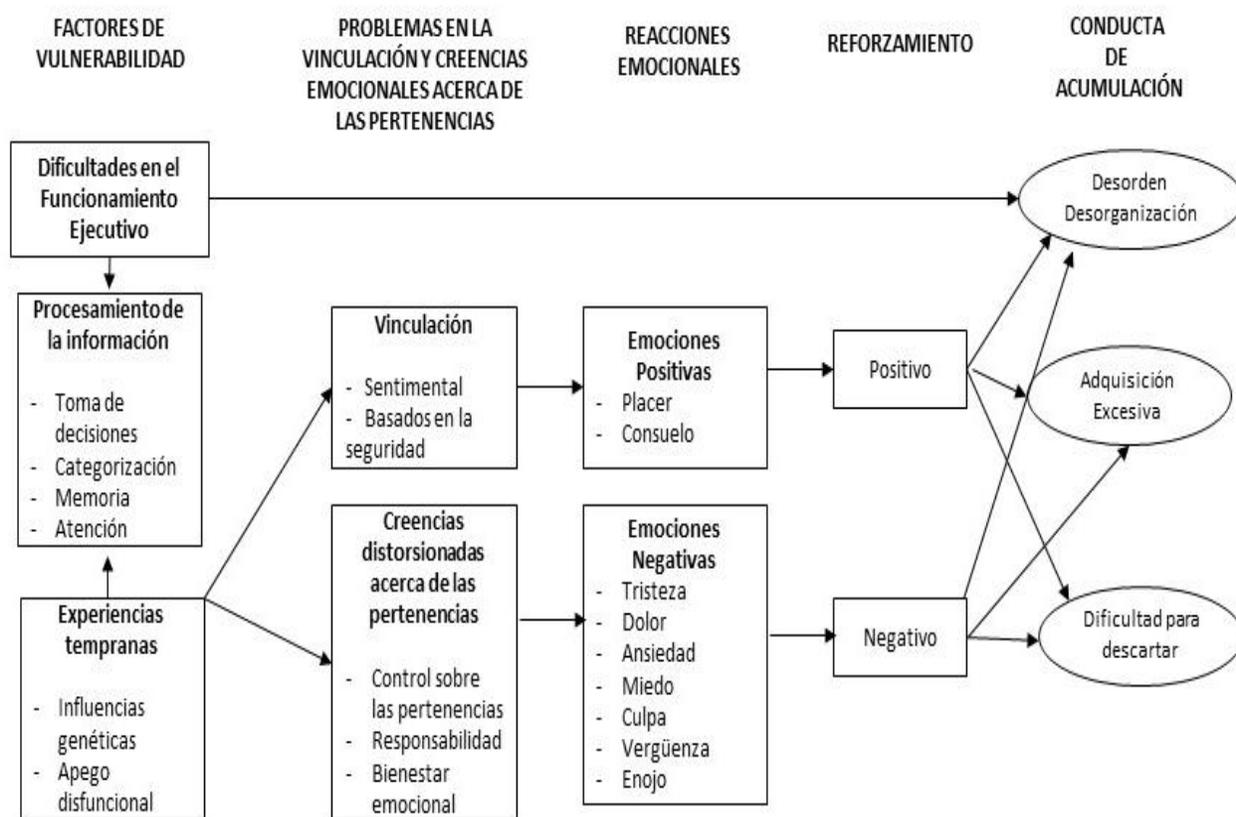


Figura 1.- Modelo cognitivo conductual del Trastorno de Acumulación . Retomado y adaptado de Frost & Steeete (2014). The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring: New York: Oxford Library of Press.

Dicho modelo sugiere la existencia de los siguientes factores de vulnerabilidad que contribuyen en la conducta de acumulación (Frost & Hartl, 1996; Frost & Steeete, 2014).

1) *Dificultades en el funcionamiento ejecutivo*

Se han descrito dificultades en el funcionamiento ejecutivo en niños con Trastorno de Acumulación, lo cual puede contribuir en la incapacidad del niño para tomar decisiones sobre cómo categorizar qué artículos desechar y cómo organizarlos de una manera eficaz.

- *Procesamiento de la información*: las dificultades en este supuesto engloban cuatro funciones cognitivas que son las siguientes:

- *Toma de decisiones*: la dificultad que tienen estas personas se ha visto que no solo se refieren a las cuestiones en relación a decidir entre que objetos guardar y cuáles tirar, sino que además conlleva dificultades en la vida cotidiana. Asimismo se ha reportado que niños que presentan un deseo o necesidad por adquirir demasiados artículos exhiben tendencias de impulsividad asociadas con la acumulación de objetos. Por otra parte, también suelen presentar indecisión que se ha asociado a un modo de evitar errores, relacionada por tanto también con el perfeccionismo, por ejemplo, guardar un objeto permite al acumulador evitar la decisión necesaria para tirarlo, con lo cual evita la preocupación de haber cometido un error (Jenike, Baer & Minichiello, 2001).

- *Categorización/organización*: lo cual se ha explicado por la *hipótesis de la infrainclusión*, que establece que los acumuladores necesitan muchas categorías para clasificar los objetos personales, es decir, pueden considerar que cada uno de los objetos pertenece a su propia categoría, es decir, dicho objeto es tan único que nada se le parece ni puede sustituirlo, lo cual conlleva a no poder categorizarlos junto con otros objetos, por lo que no hay modo de organizar las pertenencias, dando como resultado final el caos y el desorden (Jenike, Baer & Minichiello, 2001).

- *Memoria*: estudios neuropsicológicos sugieren que en el Trastorno de Acumulación las personas suelen tener una memoria verbal y visual más pobre a comparación con personas sin este trastorno (Frost & Steketee, 2002). Además en esta área se ha observado dificultades en los acumuladores para confiar en su memoria y respecto a las creencias para recordar y registrar información, es por esto que creen que las cosas deben guardarse por si se olvidan, por lo que tienden a dejar dichos objetos a la vista, lo cual podría explicar porque los acumuladores

amontonan los objetos en sus espacios vitales y porque las cosas que están a la vista tienen más valor. Sin embargo, son diversos los factores que pueden incidir en el rendimiento de la memoria, como por ejemplo, la baja tolerancia a la frustración, la depresión y la ansiedad (Frost & Steketee, 2002).

- *Atención:* se ha reportado que niños que acumulan se distraen con facilidad y tienen dificultades en el mantenimiento de la atención, debido a esto los niños pueden tener dificultades para realizar actividades completas, como por ejemplo: limpiar su habitación, desechar un determinado número de artículos, lo cual contribuye al desorden. Ante esto, los padres suelen ordenar a los niños que se deshagan de sus objetos lo cual puede ocasionar mayor frustración en el niño así como negatividad posterior a descartar cualquier artículo (Park, McGuire & Storch, 2014).

Experiencias tempranas

- *Influencias genéticas:* se ha reportado la existencia de probabilidades de heredabilidad transgeneracional de este trastorno con base en estudios en relación con bases genéticas (Tompkins, 2015).

- *Apego disfuncional:* diversos investigadores han indicado la importancia potencial de las influencias tempranas en el desarrollo, principalmente con relación al apego y los estilos de crianza. Debido a que se ha considerado que un apego disfuncional a los objetos puede ser una defensa contra el conflicto intrapsicológico que resulta de un apego ansioso o ambivalente (Frost & Hartl, 1996).

2) Problemas en la vinculación y creencias emocionales acerca de las pertenencias

Se ha observado que una característica constante en los niños que acumulan es un intenso apego emocional hacia los objetos. Por ejemplo, Frost & Hartl (1996) encontraron pruebas de dos tipos de vinculación emocional entre los acumuladores: sentimentales y basados en la seguridad.

- *Vinculación sentimental*: los objetos funcionan como recordatorios significativos de sucesos importantes del pasado, convirtiéndose en extensiones del self.
- *Vinculación basados en la seguridad*: porque suponen una fuente de comodidad, detonando un entorno seguro y de bienestar, de tal forma que utilizan la acumulación de sus objetos como un método de afrontamiento (Park, McGuire & Storch, 2014). Para algunos acumuladores consideran sus pertenencias como extensión de sí mismos, por lo que cuando alguien toca o cambia de lugar sus pertenencias, suele sentirse violentados (Jenike, Baer & Minichiello, 2001).

Ante esto los padres reportan que los niños presentan arrebatos emocionales, como por ejemplo: hacer rabietas, llorar, gritar, etc. relacionado con la pérdida o preocupación con respecto a un objeto, por lo cual consideran que es un indicador predominante que va más allá de un apego infantil hacia los objetos que acumulan (Park, McGuire & Storch, 2014).

- *Creencias distorsionadas acerca de las pertenencias*: en muchas conductas acumuladoras subyacen un conjunto de creencias respecto a la naturaleza y el significado de las pertenencias, entre ellas se encuentran (Frost & Hartl, 1996):
 - *Creencias respecto al control de las pertenencias*: los acumuladores no están dispuestos a compartir sus objetos o a que otros los toquen, debido a que suelen reaccionar con ira cuando alguien toca sus cosas o las cambia de lugar sin su permiso, dado que considera que suele restarle parte de su indicador como seguridad.
 - *Creencias respecto a la responsabilidad*: los acumuladores sienten más responsabilidad en cuanto a prepararse para afrontar las necesidades futuras, por ejemplo, pueden imaginarse una situación en la que podrían utilizar un objeto que poseen, por lo que el acumulador siente la responsabilidad de conseguirlo y guardarlo por si surge la ocasión. Además otra responsabilidad asociada ha sido referente al uso y cuidado adecuado de sus pertenencias debido que tirar un objeto puede generarles sentimientos de culpa.
 - *Creencias en relación a su bienestar emocional*: creencias como: “sin este objeto me sentiré vulnerable”, “tirar algo significa perder algo de mi vida” y “mis cosas me aportan bienestar

emocional” son pensamientos de personas con TA que suelen hacer más difícil el deshacerse de sus pertenencias.

Además se ha descrito la presencia de conductas de evitación, que al acumular evita el malestar emocional que se asocia con deshacerse de objetos con un valor sentimental o símbolos de bienestar. Sin embargo, pareciera que el acumulador alivia su ansiedad o emociones negativas relacionadas al evitar la decisión de tirar o guardar sus posesiones pero esto únicamente sucede en el momento de acumulación debido a que a largo plazo puede originar mayor ansiedad y desorden (Jenike, Baer & Minichiello, 2001).

Por otra parte, también se ha reportado que los síntomas de acumulación se asocian con la evitación de emociones negativas, debido a que se ha encontrado relación con niveles elevados de angustia, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre (Nozick, 2016; Wheaton, 2016).

Por lo que los problemas de acumulación se ven agravados por las creencias sobre la naturaleza de las posesiones que lleva a las personas a adquirir y mantener objetos en respuesta a su sentido de responsabilidad, el deseo de recordar y la necesidad de controlar, siendo una de las únicas posibilidades de deshacerse de sus objetos vendiéndolos, reciclándolos o regalándolos en lugar de descartarlos como basura (Frost & Hartl, 1996).

Dado lo anterior, se pudo observar que existe información al respecto del estudio de la sintomatología del Trastorno de Acumulación a partir de distintos modelos teóricos, basados en el desarrollo infantil, en el Modelo Psicoanalítico y en el Modelo Cognitivo Conductual. Sin embargo, una de las limitaciones dentro de los modelos teóricos encontrados es la falta de información respecto a otros modelos tales como: el Modelo basado en la Terapia Gestalt y la Terapia Narrativa que se incluyen en la intervención del presente trabajo.

Por lo que la utilidad que nos brindarán los modelos teóricos encontrados en este trabajo será lo siguiente:

Respecto a los modelos basados en el desarrollo infantil la identificación del estilo de apego, ya que se postulado una posible asociación entre el Trastorno de Acumulación con un estilo de apego inseguro, donde la conducta de acumulación es considerada como una estrategia compensatoria de regulación emocional orientada a los objetos, respondiendo de esta manera a necesidades de seguridad.

Mientras que en relación al Modelo Psicoanalítico se podría retomar el planteamiento acerca de que el Trastorno de Acumulación es un síntoma que surge a partir de una fijación en la fase psicosexual anal y que además a partir del acto repetitivo de acumular se está comunicando algo que no se ha logrado expresar de manera verbal, por lo cual uno de los focos de intervención con el caso clínico presentado se centró en el fomento de la expresividad emocional.

Y del Modelo Cognitivo Conductual se retomará lo propuesto por Frost & Stekeete, 2014, acerca de que la acumulación es un problema multifacético donde las experiencias tempranas influyen en las dificultades del funcionamiento ejecutivo que se asocian con la presencia de la sintomatología de desorganización del Trastorno de Acumulación que aunado a las creencias distorsionadas acerca de la naturaleza de las pertenencias conducen a respuestas emocionales negativas que generan malestar y producen dificultad para deshacerse de los objetos por lo que se tiende a adquirir de manera excesiva evitando la experiencia emocional negativa al presentarse placer al momento de acumular, es por esto que se conduce al reforzamiento de la manifestación de los síntomas del Trastorno de Acumulación.

Pero antes de abordar la temática del proceso de intervención, a continuación se explicará acerca de la evaluación de los síntomas del Trastorno de Acumulación.

Evaluación

Existe escasa información en relación a métodos de evaluación de las dificultades cognitivas anteriormente mencionadas así como de la sintomatología del Trastorno de Acumulación, por lo que se ha visto obstaculizada la metodología llevada a cabo para su diagnóstico preciso en la población infantil. Debido a que los instrumentos publicados se han centrado principalmente en

población adulta y en la medición de síntomas del TOC, aunado a la inexistencia de instrumentos estandarizados para población mexicana (Doménech-Llaberia et al., 2012).

Inicialmente si se querían valorar los síntomas de acumulación en niños y adolescentes la única opción era utilizar cuestionarios para el TOC donde incluían a la acumulación como un subtipo de compulsión (Doménech-Llaberia et al., 2012). Uno de los instrumentos más utilizados era: la escala de Yale- Brown de obsesiones y compulsiones para niños (CY-BOCS) (Scahill et al., 1997; Ulloa, 2004), la cual es una versión modificada de la versión para adultos, utilizada en edades de entre 6 y 17 años, que ha sido traducida al castellano y validada en contexto clínico en México y Perú. Consiste en una entrevista semiestructurada de 10 ítems, cinco sobre obsesiones y cinco sobre compulsiones, que mide factores de tiempo que ocupan las obsesiones, preocupación, interferencia, malestar y resistencia. Pero debido a que la puntuación total de esta escala se asocia con los síntomas obsesivos compulsivos, no proporciona un índice preciso de la gravedad de los síntomas de acumulación.

Hasta el momento el único instrumento específico que mide la gravedad de los síntomas del Trastorno de Acumulación en niños y adolescentes ha sido el Children's Saving Inventory (CSI) (Storch et al., 2011). Es una escala para padres, que son los que contestan sobre los síntomas de acumulación de sus hijos, que incluye cuatro factores: descartar, desorden, adquisición y deterioro, que consiste en una escala de 23 ítems, que fue estandarizada en Estados Unidos, sin embargo, los reactivos que incluyen se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

En consecuencia, debido a los escasos instrumentos existentes para evaluar los síntomas del Trastorno de Acumulación se ha considerado una de las limitaciones principales en la investigación acerca de esta temática, lo que de igual manera ha repercutido en la diversidad de métodos de tratamiento utilizados en la población infantil (Park, McGuire & Storch, 2014).

Tratamiento

Casi todas las investigaciones empíricas sobre el tratamiento del Trastorno de Acumulación se han centrado en adultos, reportando pocos casos clínicos e información al respecto en la

población infantil. Aunado a la escasez de instrumentos de evaluación con relación a su sintomatología y gravedad. De manera que los pocos estudios de caso reportados en la literatura explican algunas alternativas de tratamiento que han resultado eficaces, enfocados en el enfoque cognitivo conductual (Park, McGuire & Storch, 2014).

A partir de la información reportada en estudios de caso en población infantil, se ha planteado que la forma en que se lleva a cabo la intervención con niños con Trastorno de Acumulación incluye que el psicólogo trabaje con los padres mediante psicoeducación en relación a la conducta de acumulación y manejo de contingencias (Ale et al., 2014; Child Mind Institute, 2018; Gallo et al., 2013; Park, McGuire & Storch, 2014).

Mientras que, con los niños se trabaja con técnicas cognitivas y conductuales en relación a la regulación de la ansiedad así como también con técnicas de prevención y exposición de respuesta, reestructuración cognitiva, capacitación para la toma de decisiones, para que los niños aprendan a decidir qué posesiones vale la pena conservar y cuáles deben ser descartadas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento mediante autoinstrucciones con la finalidad de que el niño sea capaz de regular efectivamente su comportamiento (Ale et al., 2014; Child Mind Institute, 2018; Gallo et al., 2013; Park, McGuire & Storch, 2014).

En casos con niveles de severidad alta se ha requerido medicación mediante un plan de tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS (Child Mind Institute, 2018).

Es por esto que una comprensión del curso clínico del Trastorno de Acumulación desde la infancia ayuda a dirigir el desarrollo de intervenciones tempranas para minimizar y prevenir efectos negativos en la etapa adulta (Park, McGuire & Storch, 2014).

Dado lo anterior, a continuación se muestran brevemente dos ejemplos de casos clínicos reportados en la literatura en relación al Trastorno de acumulación en población infantil, cuya intervención se centró en la TCC.

Ejemplos de casos clínicos

Caso 1

Gallo et al. (2013) presentan un caso clínico de un niño caucásico de 11 años de edad denominado Sam, donde los padres reportan que su hijo desde hace aproximadamente 18 meses ha estado guardando periódicos viejos, envolturas de dulces, lápices, basura, artículos alimenticios, ramitas y otros artículos que se encuentran en el suelo, en cajas de cartón y varios lugares de su dormitorio. Quien se muestra molesto cuando sus padres pretenden tirar lo que él guarda, debido a que manifestaba apego emocional hacia sus objetos. Por otra parte la madre de Sam también refiere que el niño presenta un desempeño académico bajo en relación a la lectoescritura. De esta manera se obtuvo la impresión diagnóstica de trastorno obsesivo compulsivo en la categoría del subtipo de acumulación, debido a que se basaron en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

En este caso clínico realizaron una evaluación pre y post tratamiento mediante la aplicación del Children's Saving Inventory (CSI) (Storch et al., 2011) así como una entrevista de trastornos de ansiedad (ADIS-IV-C/P) (Silverman & Albano, 1997), la cual se utiliza para diagnosticar ansiedad, trastornos del estado de ánimo y otros problemas externalizados en niños Gallo et al. (2013).

Respecto a la intervención, se realizaron once sesiones semanales con duración de una duración de 50 minutos, basados en la terapia cognitiva conductual con inclusión parental. Dentro de dichas sesiones se tuvo como objetivo inicial que Sam comprendiera cuales objetos eran innecesarios vs los necesarios, posteriormente se continuó con la enseñanza acerca del modelo de los tres componentes de la ansiedad, es decir, que Sam aprendiera a diferenciar e identificar sus pensamientos, sensaciones físicas y comportamiento (Gallo et al., 2013).

Después se continuó con el manejo de la ansiedad y el miedo para poder continuar con tareas de exposición de descarte de objetos, durante estas sesiones los padres reportaron que el niño presentó ansiedad por lo cual se trabajó con el método de solución de problemas para que Sam

podiera tomar decisiones y poder diferenciar entre los objetos que necesita de los que no le sirven, utilizando una caja donde categorizaría los objetos para guardar y lo que tendría que tirar (Gallo et al., 2013).

Dentro de la siguiente sesión se continuó con la reestructuración cognitiva debido a que reportó que uno de sus discos de videojuegos se había roto pero no quería deshacerse de él, entonces se valoró la utilidad presente y futura de su videojuego, ante lo cual Sam mostró ansiedad al tirarlo debido a los recuerdos asociados en los momentos de juego y la duda en relación a su posible arreglo, sin embargo, al final logró tirarlo a la basura, al igual que otros objetos en casa (Gallo et al., 2013).

A la par se trabajó con psicoeducación con los padres basados en el sistema de recompensas para elogiar a Sam ante sus éxitos de descartar cosas innecesarias, logrando esta generalización también en casa por lo cual se concluyó la intervención (Gallo et al., 2013).

Por último, dentro de los resultados obtenidos se observaron diferencias respecto al puntaje en el CSI, debido a que en el pre-tratamiento Sam obtuvo 57 puntos y en la evaluación post-tratamiento obtuvo una puntuación de 27. Lo que indica que disminuyó la cantidad de objetos acumulados y por último se muestra una ausencia de ansiedad en relación al descarte de objetos lo cual se observó al aplicar la entrevista de trastornos de ansiedad (ADIS-IV-C/P) post-tratamiento (Gallo et al., 2013).

Caso 2

Ale et al., (2014) presentan un caso de una niña (Lily) de 9 años de edad, quien se presentó en una clínica especializada en ansiedad en Estados Unidos. Los padres referían como motivo de consulta que Lily comenzó a guardar basura de la clase de arte, donde se mostró muy angustiada por tirar estos desechos y se sintió avergonzada cuando uno de sus compañeros vio lo que estaba guardando, por lo que trato de quitarle los trozos de papel para tirarlos, a lo que Lily reaccionó gritando y empujó al niño para que no se los tirara, por lo que presenta una dificultad significativa para descartar dichos artículos. Además reportan otro incidente similar ocurrido en

el patio de la escuela a la hora del recreo, debido a que varios de sus compañeros la observaron guardando astillas de madera en su mochila.

Asimismo, en su casa los padres observaron que la niña guardaba en su armario bolsas de papel higiénico sucio y de igual manera se mostraba angustiada en el momento en que sus padres intentaban quitárselo. También reportaban que ya no invitaba a sus amigos a su casa por temor a que vieran las cosas que ella guardaba y el desorden en su habitación. Sin embargo, posteriormente los padres comenzaron a adaptarse a la problemática de Lily debido a que incluso le ayudaban a guardar dichos desechos en el garaje de su casa y llevaban bolsas cuando iban a los restaurantes para que Lily guardara los desechos de comida (Ale et al., 2014).

Otros aspectos relevantes de este caso es que Lily dormía con su madre y rara vez se separaba de ella. Mientras que en la evaluación se utilizaron diversos instrumentos, donde se pudo que tanto Lily como su mamá presentaban pensamientos intrusivos sobre daño a uno mismo, temor a actuar sobre impulsos no deseados, miedo a perder cosas, necesidad de recordar cosas y miedo a no ser perfectas. Con base en lo anterior se obtuvo la impresión diagnóstica de trastorno obsesivo compulsivo en la categoría del subtipo de acumulación con comorbilidad de trastorno de ansiedad por separación, debido a que en la publicación del artículo se basaron en los criterios diagnósticos del DSM-IV (Ale et al., 2014).

Planteando por tanto, en la intervención, una terapia basada en el enfoque conductual, debido al nivel de deterioro familiar y social experimentado. Las primeras cuatro sesiones se llevaron a cabo dos veces a la semana, después de lo cual Lily y su madre fueron vistas semanalmente. El padre de Lily asistió a dos sesiones para observar las tareas de exposición pero no pudo asistir a las siguientes debido a cuestiones laborales y la renuencia de la niña de que él estuviera presente. A continuación se describen los componentes del tratamiento (Ale et al., 2014):

Psicoeducación

Durante la primera sesión de tratamiento, se explicó a la mamá de Lily cómo modificar los comportamientos de crianza y poder guiar a Lily en futuras sesiones. Además se le proporcionó psicoeducación sobre el TOC y la acumulación compulsiva y se hizo especial hincapié en

comprender el ciclo de refuerzo negativo mediante el cual se refuerza la acumulación al proporcionar un escape de sentimientos angustiosos y ansiosos. Además se explicó que el papel de la acomodación familiar, que la madre manifestaba con intenciones de limitar el sufrimiento de Lily, mantenía el ciclo de refuerzo negativo y hacía que Lily se sintiera más ansiosa con el tiempo. En la segunda sesión, se discutió el concepto de exposición con Lily y su madre como una forma de volver a entrenar el cuerpo de Lily para que no se estrese tanto al recolectar cosas. Ella se resistió a la idea de descartar cualquier posesión, pero declaró que quería regresar a la escuela y enfrentarse a la vergüenza de coleccionar cosas (Ale et al., 2014).

Manejo de contingencias con los padres

En la primera sesión, la madre de Lily habló sobre los gritos de Lily cuando sus padres intentaron tirar las cosas en el pasado. La atención diferencial se introdujo como una herramienta de crianza para disminuir los comportamientos indeseables (es decir, gritar y decir cosas malas) al retirar la atención de los padres o ignorar y, a la inversa, aumentar los comportamientos deseables (por ejemplo, descartar elementos o hablar sobre los sentimientos con una voz amable) dando una atención positiva, como por ejemplo: sonreír y abrazar, con el fin de motivar aún más a Lily para participar en las difíciles tareas de exposición de descartar y no adquirir, se introdujo un programa de recompensa (Ale et al., 2014).

En la segunda sesión, Lily y su madre decidieron que ganaría puntos para las clases de equitación, una computadora portátil nueva y nuevas muñecas. Aunque estos eran artículos costosos que normalmente se desalentarían, los artículos nominales pequeños habrían sido difíciles para que Lily los descartara y contribuyera a su desorden en el dormitorio. Teniendo en cuenta este objetivo y la situación financiera de la familia, Lily obtuvo un punto por cada exposición en la que participó fuera de la sesión y cobró puntos por recompensas tangibles. Las estrategias de manejo de contingencias se monitorearon durante todo el tratamiento (Ale et al., 2014).

Fase de exposición

Se creó una jerarquía inicial de elementos para descartar y tirar artículos personales de Lily utilizando una escala del 0 al 10 de acuerdo a la angustia percibida. Dichas tareas de exposición se realizaron en la sesión y posteriormente se realizó la transición en casa. Durante esta fase se presentaron varias dificultades, por ejemplo Lily manifestó sentirse avergonzada por su comportamiento y miedo ante las tareas de exposición. Sin embargo su madre constantemente la elogiaba por sus logros de no guardar, lo que fomentó la continuidad en el tratamiento al igual que la posterior inclusión del padre de Lily en las tareas de exposición (Ale et al., 2014).

Fase de mantenimiento

Después de 4 meses de tratamiento se alentó a Lily a generalizar sus habilidades de afrontamiento en nuevos entornos, por ejemplo, en la escuela y en los restaurantes, por lo que las sesiones se redujeron cada dos semanas y luego mensualmente. Durante este tiempo, el tratamiento se centró en las dificultades de resolución de problemas encontrados para descartar elementos y establecer metas (Ale et al., 2014).

Con base a la presentación de los casos clínicos presentados anteriormente, se puede observar que la TCC ha mostrado efectividad en el tratamiento del Trastorno de Acumulación en niños, donde se incluye psicoeducación con los padres y manejo de contingencias. Mientras que con los niños el tratamiento incluye la intervención en tareas de exposición y prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y regulación emocional, principalmente del miedo y la ansiedad, sin embargo es limitada la información al respecto de la intervención en la regulación emocional en población infantil con síntomas de Trastorno de Acumulación. Por lo que en el siguiente capítulo se profundiza más acerca de la regulación emocional y su relación con la sintomatología de acumulación.

Capítulo 3. Regulación emocional en la infancia

Desarrollo emocional en la infancia

El desarrollo es un proceso de cambio en el que el niño aprende a dominar niveles más complejos de pensamientos, emociones y relaciones con los demás. De esta manera, se conceptualiza desde un enfoque multidimensional, donde los diferentes elementos que lo conforman están interrelacionados y deben ser considerados de manera integral (Esquivel et al., 2017).

Desde una perspectiva psicológica el desarrollo humano y el desarrollo emocional, están muy vinculados. Siendo el desarrollo emocional en la infancia el que ofrece una ventana hacia el crecimiento psicológico del niño. Los esfuerzos del niño por comprender las emociones es un reflejo del alcance que tiene el desarrollo del funcionamiento de su mente, así como de la influencia que tienen las emociones en el bienestar personal y las relaciones con otros (Thompson & Lagattuta, 2008).

Dado lo anteriormente descrito, Sroufe (2000) señala que independientemente de la orientación teórica, diversos investigadores de las emociones destacan que deben entenderse como transiciones complejas con el medio, debido a que las reacciones emocionales comunican necesidades, intenciones o deseos del organismo y de este modo son esenciales para la convivencia con la sociedad.

Por tanto, el desarrollo emocional es un proceso ordenado que despliega una serie de emociones complejas a partir de otras más simples. Por lo que es importante conocer cómo es que se lleva a cabo dicho desarrollo debido a que las bases para que el niño sea capaz de comprender las emociones de otros, se forman durante la infancia temprana, iniciando con la identificación de las expresiones emocionales a nivel facial y corporal tanto en ellos mismos como en las demás personas, proceso donde posteriormente se van desplegando distintas formas de regulación emocional (Thompson & Lagattuta, 2008).

Debido a lo anteriormente descrito, a continuación se aborda cómo es que se va presentando el desarrollo emocional durante la infancia.

Etapas del desarrollo emocional en la infancia

Para Sroufe (2010) desde una perspectiva del desarrollo, es importante conocer cuándo surgen los afectos, cómo es que lo hacen y el lugar que tienen las emociones en la organización total de la conducta. Es por esto que, el desarrollo emocional debe estudiarse junto con los aspectos cognitivos y sociales, donde se tome en cuenta la propuesta del holismo de que el individuo funciona como una totalidad.

Es por esto que, el desarrollo emocional se estudia desde etapas tempranas debido a que el bebé transmite emociones que poco a poco se vuelven mucho más organizadas y transmiten una variedad de mensajes emocionales a sus cuidadores (Thompson & Lagattuta, 2008). De acuerdo con el modelo de Lewis, (1997 citado en Papalia 2012) después del nacimiento, los bebés muestran respuestas difusas, principalmente fisiológicas, a la estimulación sensorial o a procesos internos, después de los seis meses esos primeros estados emocionales comienzan a diferenciarse principalmente en emociones primarias: alegría, tristeza, enojo, miedo, dicho surgimiento se debe a la maduración neurológica.

A partir de los 3 meses de edad el bebé exhibe las primeras reacciones emocionales, las que reflejan cierta conciencia del ambiente. En los siguientes meses, van apareciendo cambios más profundos; por ejemplo, entre los 9 y 12 meses el bebé ya no sólo es capaz de tener emociones sino que es un ser emocional, debido a que las reacciones emocionales que presenta ya sean negativas o positivas pueden ser respuesta a resultados anticipados o asociaciones del recuerdo. Además, se produce un desarrollo notable del cerebro, mediante la elaboración de las interconexiones corticolímbicas (Sroufe, 2000).

Posteriormente, entre los 6 y 12 meses se comienza a desarrollar el apego en los niños, con esquemas más refinados a nivel de los afectos, es decir, se trata de un lazo afectivo específico con reacciones categóricas, además de una integración y coordinación de las respuestas emocionales. Respecto al apego, que ha sido definido por Bowlby (1969/1982) como un sistema diádico de conducta, que hace referencia a una relación especial entre el bebé y quien lo cuida, evoluciona en el transcurso del primer año de vida y algún tiempo después. No sólo implica la existencia de un lazo afectivo entre el papá o la mamá y el bebé, sino también se caracteriza propiamente en los términos de la regulación de la emoción del bebé (Sroufe, 2000).

Lo anterior da lugar al surgimiento de relaciones específicas de apego, que se refiere a la fase del desarrollo en las que el bebé adopta un papel más activo en la regulación diádica. Es entonces que, durante los primeros seis meses de vida, la regulación emocional se lleva a cabo gracias a ciertas capacidades reguladoras que forman parte estructural del niño gracias a un entorno de atención y cuidados, acompañados de sensibilidad. La persona que se encarga de él, identifica los signos que el niño manifiesta, las comunicaciones afectivas, les infunde significado y responde a ellos, entonces la regulación diádica se cumple aquí sin la intencionalidad del niño (Sroufe, 2000).

Pero entre los seis y doce meses el bebé dirige comunicación específica e intencionalmente a dicha persona, emprende acciones propositivas con el fin de lograr el contacto, entonces la relación de apego se consolida, pero está basada en la historia de la interacción de los meses precedentes, lo que daría lugar a que entre los 12 y 18 meses la madre sea una base segura para explorar, para entonces el niño ya debería tener un control de su expresión emocional (Sroufe, 2000).

Sin embargo, no en todos los casos se fomenta un apego seguro, por lo cual Ainsworth (1978) desarrolló un procedimiento para determinar la calidad de apego, donde a partir de sus observaciones de la interacción entre bebés y sus cuidadores clasificó las relaciones de apego de la siguiente manera:

- 1) Apego seguro: estos bebés se separan fácilmente de quien está a cargo de ellos, quien considera a su cuidador principal como una base segura, participan de modo activo en situaciones que tienen potencial para estimularlos a nivel emocional y serán capaces de expresar en forma directa sus emociones, además de permanecer organizados aun en situaciones de excitación emocional intensa, por tanto son independientes en términos emocionales. Mientras que los cuidadores que desarrollan este tipo de apego, se muestran accesibles a sus hijos, sensibles a sus necesidades y favorecen el contacto cuando lo necesitan (Ainsworth, 1978).

De esta manera los niños que tienen relaciones de apego seguro con sus padres tienen más probabilidad de desarrollar una adecuada regulación de sus emociones, debido a que los padres suelen responder de manera más sensible y aceptable hacia las emociones de sus hijos, plantean conversaciones sobre las emociones negativas lo que les permite tener una mejor comprensión de sus emociones, aceptación de emociones de valencia negativa y expresión de su enojo de manera controlada (Garrido, 2006).

- 2) Apego ansioso-ambivalente (resistente): los niños tienden a mostrar ansiedad incluso antes de que el cuidador principal salga, se muestra muy molesto durante su ausencia y a su regreso lo busca y a la vez se resiste a su contacto (Ainsworth, 1978). Es por esto que, los niños muestran alta intensidad de ansiedad, inseguridad, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado, estando presentes con mayor prevalencia estados emocionales de preocupación, miedo a la separación y vergüenza (Garrido, 2006).
- 3) Apego ansioso-evasivo: los niños ponen poca atención a su cuidador principal, donde además el infante no llora cuando es separado de su cuidador y evita su contacto a su regreso. En este tipo de apego los cuidadores se muestran insensibles y tienden a impedirle a sus hijos el acceso al contacto cuando lo necesitan. Mientras que los cuidadores, se muestran ambivalentes e imprevisibles ante las posibilidades de acceder a ellos cuando sus hijos muestran necesidad de contacto.

Se ha descrito que en los niños con este tipo de relaciones existe una preferencia por una distancia emocional de los otros, presentan dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, tienden a esconder su ira mediante la negación de su enojo con alta hostilidad o mostrando demasiada predominancia de emociones positivas (Garrido, 2006).

Mientras que Main (1981) agregó el:

4) Apego desorganizado: que es el menos seguro. Los niños que siguen este patrón muestran conductas contradictorias, repetitivas o mal dirigidas al buscar la cercanía con el extraño en lugar de la madre. Pueden saludar con alegría a su cuidador pero cuando regresa luego le dan la espalda o se acercan sin mirarla, por lo que parecen confusos y temerosos. De igual manera los adultos se muestran desorientados y confusos en la manera en que se relaciona con sus hijos. Debido a lo anterior los niños tienden a minimizar la relevancia del apego, suelen negar experiencias negativas, si están preocupados se perciben enojados y suelen tener un lenguaje confuso y poco claro en relación a sus figuras de apego (Garrido, 2006).

Es por tanto, que el estudio del apego es muy importante porque las hipótesis esenciales plantean que las diferencias en la calidad del cuidado llevarán a discrepancias en la calidad del apego, es decir, la regulación que lleva a cabo de manera temprana, la persona que cuida al bebé será el pronóstico posterior de la relación diádica y estas diferencias tendrán un efecto en la autorregulación posterior de la emoción que realizará el niño (Esquivel, 2017).

Y retomando la descripción del desarrollo emocional, ahora nos situaremos entre los 18 y 24 meses, donde el niño se vuelve más capaz de tener estados de ánimo y posee objetivos más determinados para comunicar el afecto, de esta manera las emociones se hacen menos dependientes de los sucesos inmediatos, se establece una valoración positiva del Yo, aparece la vergüenza, la ambivalencia entre el conflicto de deseos y el desafío, es decir, los niños comienzan a tener conciencia de sí mismos, lo cual ayuda en la comprensión cognoscitiva de reconocer que poseen una identidad reconocible separada y diferenciada de los demás (Sroufe, 2000).

A los 3 años, los niños adquieren la habilidad de evaluar sus pensamientos, sus deseos, su comportamiento en relación con lo socialmente aceptable, por lo que aparecen las emociones autoevaluativas como son: el orgullo y la culpa (Lewis, 1997 en Papalia, 2012).

En los años posteriores, durante la etapa preescolar se dan cambios muy importantes como son: el desarrollo del lenguaje, lo que contribuye a un mayor uso del lenguaje emocional y de la comprensión de emociones propias y de otros. También comienzan a surgir competencias relacionadas con la regulación emocional, que consisten principalmente en el uso de ayuda externa (Thompson & Lagattuta, 2008).

En la etapa escolar, los niños ya muestran una mayor capacidad para entender emociones complejas, que comienzan a interiorizar, reconocen las situaciones que le generan ciertas emociones, mejoran su capacidad para ocultar emociones de valencia negativa y van adquiriendo la regulación emocional con menos ayuda externa de terceras personas. Por lo tanto, se considera que las emociones son el fundamento de las representaciones sociales tempranas, que son la base de las competencias sociales, siendo entonces, un organizador básico del niño como ser social que además sustenta sus bases desde un punto de vista biológico (Sroufe, 2000).

De este modo, desde el punto de vista biológico, la regulación emocional está basada en sistemas del cerebro que contribuyen a la activación e inhibición de sistemas neurobiológicos que en el momento del nacimiento están inmaduros. Respecto a los sistemas neurobiológicos de excitación incluye estructuras subcorticales del sistema límbico incluyendo la amígdala, el hipotálamo, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) que activa las funciones del sistema nervioso simpático, el cual madura durante los primeros años, en función de la respuesta del comportamiento de los cuidadores (Albert et al., 2010).

Mientras que los sistemas neurobiológicos inhibitorios incluyen el sistema nervioso parasimpático, así como varias regiones de la corteza prefrontal (CFP), particularmente de la CPF dorsolateral y la corteza orbitofrontal y cingulada anterior, que durante el proceso de desarrollo van madurando de manera gradual en etapas tempranas, lo cual ayuda en el entendimiento de los cambios del desarrollo emocional, particularmente de la regulación

emocional (Albert et al., 2010).

Sin embargo, la maduración de la CPF y el cíngulo anterior conlleva un periodo más extendido, abarcando hasta la edad adulta, lo cual ayuda a explicar las capacidades autoregulatorias limitadas de los niños y cómo es que a través de maduración de manera gradual se van observando cambios en el desarrollo emocional de los niños. Considerando que la neurobiología del desarrollo de la regulación emocional puede ser vista como el despliegue de maduración de sistemas corticales inhibitorios más altos que ejercen el control regulatorio sobre los sistemas límbicos que coordinan la activación emocional (Albert et al., 2010).

También se ha descrito que la experiencia biológica de las interacciones entre los cuidadores y sus hijos genera estructuras representativas que guía el funcionamiento afectivo. Debido a que se ha considerado que dichas interacciones tempranas son experiencias reguladoras y fundamentales en relaciones de apego basadas en respuestas sensoriales, fisiológicas y comportamentales, que a su vez influyen en el desarrollo de la corteza prefrontal (Gross, 2014).

Asimismo, se han realizado estudios en relación a la regulación emocional desde el periodo prenatal, que reportan que situaciones de estrés durante el embarazo ha estado relacionado con dificultades en la regulación emocional de los hijos, debido a la gran cantidad de hormonas del estrés expresadas durante el embarazo que pueden alterar el desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) y dar como resultado la estimulación del sistema de respuesta al estrés. Del mismo modo, se ha descrito que la ansiedad experimentadas por las madres durante el embarazo se ha asociado con problemas de conducta, que se caracterizan por dificultades en la autorregulación emocional (Gross, 2014).

De esta manera, se puede decir que la regulación emocional ocurre por medio de la interacción entre sistemas cerebrales inhibitorios y de activación, aunado a las experiencias tempranas en relación a las interacciones entre el cuidador y el bebé así como los vínculos de apego subyacentes (Albert et al., 2010).

Considerando lo anteriormente descrito, dentro de los procesos del desarrollo emocional se encuentra la regulación emocional, siendo uno de los procesos con mayor relevancia durante la infancia, que ha sido definida de diversas maneras, como se mencionará a continuación.

Conceptualización de regulación emocional

Es importante describir que no existe una forma única y consensuada para definir la regulación emocional, su definición se encuentra en función de la época y las diferentes corrientes teóricas que se han dado a la tarea de su estudio; por ejemplo, Thompson (1994) la conceptualiza como el conjunto de procesos extrínsecos e intrínsecos que permiten monitorear, evaluar y modificar la intensidad y el tiempo de las reacciones emocionales.

Por otro lado, Gross (1998) la define como un proceso por medio del cual las personas ejercen una influencia sobre las emociones que experimenta, sobre cuando suceden y sobre cómo se experimentan y se expresan. Posteriormente, en un momento más reciente, el mismo autor, Gross (2014) postuló que la regulación emocional conlleva aquellos comportamientos, habilidades y estrategias, ya sean conscientes o inconscientes, que sirven para modular, inhibir y mejorar las experiencias y expresiones emocionales.

Otro autor que presenta una definición de este constructo es Bisquerra (2011) quien considera a la regulación emocional como la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, lo que conlleva a tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento así como la capacidad para autogenerarse emociones positivas y tener adecuadas estrategias de afrontamiento.

De esta manera, se puede decir que aún no existe una delimitación teórica específica acerca del concepto de regulación emocional, sin embargo, se ha visto influida por diversos factores tales como la psicopatología y la influencia familiar que se explicara a continuación.

Regulación emocional y psicopatología infantil

Se ha descrito que la regulación emocional es un aspecto del proceso afectivo que tiene importantes implicaciones en la psicopatología desde etapas tempranas de la vida (Silva, 2005), debido a que diversas investigaciones convergen en que surge en parte, debido a un proceso de regulación emocional insuficiente ya sea por el tipo de estrategia empleada, como producto de una diferenciación afectiva poco desarrollada o de una regulación excesiva de la intensidad o la expresión de emociones (Bradley, 2000; Feldman, Gross, Conner, & Benvenuto, 2010). De este modo, de acuerdo con Gross (2014), se han reportado los siguientes tipos de estrategias de regulación emocional utilizada en los niños:

- 1) *supresión de la expresión emocional*, que se refiere a aquella estrategia focalizada en la respuesta, destinada a inhibir o controlar la expresión de la emoción, por lo que niños que utilizan este tipo de estrategia son más propensos a presentar una disminución considerable de la expresividad afectiva tanto de emociones positivas como negativas, generando una disminución de la comunicación de los estados internos que además podría generar emociones negativas en los otros.
- 2) *reevaluación cognitiva*, es una estrategia focalizada en el antecedente, que se refiere a la construcción de significados alternativos a un evento con el objetivo de disminuir el impacto o intensidad emocional negativa. Ante la utilización de este tipo de estrategia se ha reportado que es una forma de regulación que tiene menos efectos adversos que la anteriormente descrita, siendo una estrategias de regulación más efectiva, por lo que se ha asociado con una menor cantidad de síntomas en relación con la psicopatología (Garnefski et al., 2007).

Por otro lado, cuando se presentan dificultades en la diferenciación emocional los niveles de psicopatología son más altos, debido a que existen dificultades en diferenciar estados internos (Silva, 2005), por lo que pueden dar lugar a las siguientes categorías de conductas durante la infancia dentro del ámbito de la psicopatología:

1.- Problemas internalizados: caracterizado por alteraciones psicológicas y comportamentales en el ámbito emocional, causando daño a la propia persona, que incluye problemas como: ansiedad y depresión principalmente, así como también miedo, timidez y baja autoestima (Haltigan, Roisman, Cauffman, & Booth-LaForce, 2017).

2.- Problemas externalizados: alteraciones psicológicas y del comportamiento que ocasionan daño en el entorno como son: el comportamiento disruptivo, conductas de agresión y autolesiones (Haltigan, Roisman, Cauffman, & Booth-LaForce, 2017; Romero et al., 2016).

En relación a los problemas anteriormente se ha reportado que suelen presentar una asociación con diversas emociones. Dentro de los problemas internalizados se presenta inhibición de la agresión y un exceso de focalización interna de la tristeza y/o de culpa, como muestra de sus dificultades para regular sus emociones. Mientras que los niños que presentan problemas externalizados presentan dificultades para manejar el enojo, la irritabilidad y la impulsividad; por tanto, los niños con estos problemas pueden mostrar un uso inadecuado o disfuncional de sus emociones, siendo así los procesos emocionales esenciales para el buen funcionamiento psicológico (Haltigan, Roisman, Cauffman, & Booth-LaForce, 2017).

Por lo cual, el no saber identificar y nombrar a las emociones o sentirse capaz de regular las propias emociones puede desencadenar la presencia o evolución de trastornos psicopatológicos, siendo la educación emocional y la intervención en la regulación emocional importantes estrategias de prevención ante la psicopatología desde la infancia.

Influencia familiar en el desarrollo de la regulación emocional

Las influencias sociales son importantes para la forma en que los niños interpretan, evalúan y aprenden sobre estrategias para el manejo de sus emociones, debido a que de esta manera adquieren seguridad en sí mismos y a su vez adquieren expectativas culturales y de género para su expresividad y regulación emocional. Por lo que se ha descrito como primer referente social a la familia, debido a que los niños desde sus primeros meses de vida aprenden normas y modelos desde este ambiente social que influye en su regulación emocional (Cuervo, 2009; Gross, 2014).

Por lo que el contexto familiar ha sido tradicionalmente analizado como una fuente de riesgo y protección en el estudio de los problemas de conducta infantil y adolescente. Las investigaciones actuales se han centrado en las conductas desplegadas por los padres en las interacciones con sus hijos así como en las competencias parentales (Barudy, 2010).

El concepto de competencias parentales se refiere al conjunto de capacidades cuyo origen está determinado por factores biológicos y hereditarios, que son moduladas por las experiencias vitales e influidas por los contextos sociales. Además, se ha descrito que las competencias parentales son parte de la parentalidad que se refiere a un conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan y se integran a las personas ante el cuidado de un niño e implica el ejercicio de habilidades y prácticas cotidianas de crianza dirigidas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niños y niñas (Barudy, 2010).

A continuación se describen las capacidades parentales fundamentales:

1. Capacidad para apegarse a los hijos: incluye los recursos emocionales, cognitivos y conductuales que las madres y padres poseen para apegarse a sus hijos y vincularse afectivamente respondiendo a sus necesidades. Donde la capacidad de los padres para responder a sus hijos y apegarse no sólo depende de sus potenciales biológicos, sino también de sus propias experiencias de apego y de su historia de vida (Barudy, 2010):

2. Empatía: se refiere a la capacidad de percibir las vivencias internas de los hijos a través de la comprensión de la comprensión de sus manifestaciones emocionales y gestuales con las que manifiestan sus necesidades. Los padres con esta capacidad pueden sintonizar con el mundo interno de sus hijos y responder adecuadamente a sus necesidades (Barudy, 2010).
3. Capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios: que hace referencia a la capacidad para pedir, aportar y recibir ayuda de redes familiares y sociales, incluso de las redes institucionales y profesionales cuya finalidad son fomentar el bienestar infantil.

Modelos de crianza: se definen como el conjunto de actitudes y conductas de los padres hacia sus hijos, cuya expresión comunica y crea un clima emocional (Darling & Stenberg, 1993).

El estudio de los modelos de crianza hacen referencia inicial a los estudios clásicos de Baumrind (1971), quien propuso tres estilos de crianza:

- a) Crianza autoritativa: los padres que ejercen este tipo de crianza tienen confianza en su habilidad para orientar a los niños, pero también respetan sus decisiones independientes, sus intereses y opiniones, además de incluirlos en la toma de decisiones familiares. Además son cariñosos y firmes en mantener las normas, planteando reglas claras y consistentes lo cual favorece la individualidad del niño, quienes se muestran más seguros, más asertivos y con mayor autocontrol.
- b) Crianza autoritaria: existe un control exagerado y hace hincapié en la obediencia incondicional. Los padres autoritarios tratan de lograr que los niños sigan un conjunto de normas de conducta y los castigan de manera arbitraria y enérgica por violarlas, existiendo una falta de refuerzos positivos. Son más distantes, menos cálidos que otros padres y sus manifestaciones positivas de afecto son escasas o nulas. Asimismo la comunicación es limitada y si existe es para transmitir miedo y temor, no son sensibles a los puntos de vista en conflicto de sus hijos, esperando en lugar de ello que el niño o la niña acepte su palabra como ley y respete su autoridad, por lo que sus hijos suelen ser retraídos y desconfiados.

- c) Crianza permisiva: otorga prioridad a la autoexpresión y la autorregulación. Los padres permisivos exigen poco y permiten que los niños supervisen sus propias actividades tanto como sea posible. Consultan con sus hijos acerca de la toma de decisiones pero rara vez lo castigan, además son cálidos, no controladores ni exigentes. Mientras que los niños que tienen padres que ejercen este tipo de conducta pueden sentirse inseguros, ansiosos, con dificultades para tolerar la frustración así como con dificultades de adaptación social.

Y posteriormente, Maccoby & Martin (1983) agregaron un estilo de crianza:

- d) Crianza negligente, para describir a los padres que, debido en ocasiones al estrés o a la depresión, se concentran más en sus necesidades que en las del niño. Los adultos no ejercen autoridad ni dominancia, por lo tanto los niños no acceden a un control interno de sus emociones y conductas por falta de experiencias de control interno. Además, no apoyan ni reconocen los logros de sus hijos, entonces puede que estos niños no puedan recibir los cuidados básicos que necesitan así como los aportes educativos para integrarse, adaptarse y funcionar en el medio social.

Por tanto, se ha descrito que existe relación existente entre los modelos de crianza de los padres y su influencia en la regulación emocional de sus hijos. Por ejemplo, se ha propuesto que las familias que manifiestan estilos de crianza autoritativos promueven un óptimo desarrollo emocional, fomentando estrategias de afrontamiento adaptativos y protectores ante la depresión y la soledad (Minzi, 2005). En este sentido, se ha propuesto que la calidad de la relación entre hijo y padres influye en la autoestima de los niños, el afrontamiento adaptativo y es un buen predictor de apego seguro (Catarina, 2014).

Mientras que dentro del estilo de crianza autoritario, se ha reportado que generan un desarrollo emocional disfuncional lo que dificulta la adaptación del niño en distintos contextos de la vida, así como la utilización de afrontamiento desadaptativo así como presencia de ansiedad, depresión y trastornos obsesivos compulsivos. Asimismo, estos últimos se encuentran asociados con problemas socioeconómicos, conflictos familiares y falta de redes de apoyo (Cuervo, 2009).

Por otro lado, el estilo de crianza permisivo se ha asociado con el comportamiento antisocial de forma directa o indirecta por su efecto en el desarrollo de la empatía de los hijos. Y el estilo de crianza negligente se ha asociado con dificultades en la interacción social, en el reconocimiento de emociones, problemas de conducta y bajo desempeño académico (Glaser, 2000).

Además se ha estudiado que el clima emocional de la familia incluye la calidad de matrimonio en los padres, la calidad en las relaciones con otros miembros de la familia, por ejemplo, los hermanos; como es que son expresadas las emociones por los miembros de la familia, así como las evaluaciones de los padres sobre los sentimientos de los niños influyen en la regulación emocional de los integrantes de la familia (Esquivel, 2017).

El clima emocional de la vida familiar crea un contexto de demandas emocionales, modelos, evaluaciones y preparación que forma las experiencias emocionales diarias y la regulación emocional en los cambios que los niños afrontan en su cotidianidad, debido a que provee a los niños modelos acerca de cómo son expresadas y manejadas las emociones por los miembros de la familia (Esquivel, 2017).

De esta manera, el clima emocional en la vida familiar hace que el manejo de las emociones sea más fácil o más difícil debido a las demandas emocionales que los niños enfrentan en el hogar. Es por esto que la autorregulación emocional del niño está determinada por la forma en que los niños internalizan las expectativas normativas sobre cómo las personas suelen comportarse emocionalmente en función de las experiencias familiares (Gross, 2014).

Uno de los aspectos importantes del clima emocional en la familia es la expresividad emocional de los padres. Tal como se esperaría, si se encontraran cantidades de emociones positivas moderadas entre los miembros de la familia, contribuyen al adecuado desarrollo la regulación emocional, así como también un ambiente en donde se muestra que los sentimientos negativos pueden ser expresados y manejados de manera segura. Mientras que en familias donde predomina la expresividad negativa por medio de emociones como: enojo y hostilidad,

posiblemente conduzcan al niño a la expresividad de miedo o defensividad, generando incluso en el niño niveles de expresividad emocional difíciles de manejar (Esquivel, 2017).

También se ha demostrado existe relación entre los conflictos maritales, los estilos de crianza y el comportamiento de los niños, donde se ha encontrado que los problemas comportamentales aumentan en la medida en la que incrementan los conflictos matrimoniales y las prácticas de crianza inadecuadas como control autoritario y disminuyen las adecuadas como la expresión de afecto hacia los hijos (Ramírez, 2007).

Respecto conflictos maritales se ha visto que genera efectos negativos en el clima emocional de la familia y en la regulación emocional de los hijos, debido a que desgastan el sentido de seguridad del niño, debido a que los niños buscan restablecer su seguridad interviniendo en las discusiones parentales, monitoreando los estados emocionales de los padres para anticiparse al inicio de la pelea o arreglándoselas para manejar sus emociones en un ambiente familiar conflictivo, como consecuencia de esto, los niños suelen estar sobreinvolucrados en los conflictos emocionales de los padres, mostrando señales de psicopatología en relación a problemas internalizados.

Además otros de los factores a considerar en la influencia de la regulación emocional de los niños en relación al clima emocional son los siguientes:

- 1) La calidad de responsividad parental afecta el cómo los niños perciben que sus experiencias emocionales y el apoyo que reciben en el manejo de sus emociones los lleva a emplearlos en una forma adaptativa en la interacción social.
- 2) La expresión emocional contribuye a que el niño haga una evaluación de personas, eventos y comportamientos para asociarlas con valores más amplios, metas y normas. Siendo éstas y otras características del desarrollo emocional necesarias en edades tempranas, pero es el desarrollo del lenguaje y la conversación con los padres e hijos lo que permite la socialización de la emoción.

- 3) Las conversaciones sobre las emociones hacen, por una parte que el adulto ayude al niño a percibir sus emociones internas pero también puede llevarlo a comprender que pueden tener diferentes construcciones sobre lo mismo, lo cual es importante para la construcción de una teoría de la mente.

Por lo que resulta primordial brindar una orientación y apoyo mediante programas de pautas de crianza que permitan prevenir psicopatología desde la infancia, con el fin de generar factores protectores en la familia, donde se incluya la sensibilización a los padres sobre su rol y la influencia de los modelos en la familia para el óptimo desarrollo emocional en la infancia.

De esta manera se puede resumir que en relación a lo que se ha reportado, las características en relación a las competencias parentales los padres y el ambiente familiar pueden influir en el desarrollo y regulación emocional de los niños.

Regulación emocional y Trastorno de Acumulación

Se ha estudiado la relación existente entre el trastorno de acumulación y la regulación emocional, de esta manera se ha retomado el modelo cognitivo conductual propuesto por Stekeete & Frost (2006) mencionado en el capítulo 2.

Debido a que diversos factores se encuentran implicados, como por ejemplo la conducta de adquisición, se ha considerado como un intento inadecuado de regular las emociones negativas, por lo que las personas con Trastorno de Acumulación pueden ser partícipes en la conducta de acumulación de objetos como una forma de regular la angustia emocional u otras emociones negativas asociadas (Timpano, 2009; Tolin, 2018).

Asimismo, se ha descrito, que existe falta de conciencia, claridad y regulación emocional cuando se está angustiado, por lo que se actúa de manera impulsiva, tal como se presenta en el Trastorno de Acumulación, por lo que surge la dificultad para dirigir la conducta, bajos niveles de tolerancia a la frustración, mayor temor a consecuencias negativas percibidas por predominancia de emociones asociadas a síntomas de ansiedad, ira y depresión, que se han visto presentes en comorbilidad con el Trastorno de Acumulación (Timpano, 2009; Tolin, 2018).

Además, debido a las dificultades presentes en la conciencia y comprensión emocional, influyen en el uso de estrategias de regulación desadaptativas, presentando necesidad de acumular objetos con la finalidad de regular los estados emocionales, por ejemplo, disminuyendo la ansiedad, lo que conlleva a creencias de apego más fuertes hacia dichas posesiones (Taylor, 2017).

También, se ha asociado que pacientes con Trastorno de Acumulación presentan dificultades en su regulación emocional, compartiendo características en común con personas con trastorno de control de impulsos y TDAH. Se ha relacionado con el trastorno de control de impulsos debido a que la persona no puede ejercer el autocontrol frente a sus impulsos de guardar, acumular (Timpano, 2009).

Mientras que con la asociación con el TDAH, el modelo de Steketee & Frost (2006) alude al estudio de su comorbilidad con el Trastorno de Acumulación, debido a que ejemplifica con claridad cómo es que en este trastorno también existen déficit de autorregulación y características impulsivas como en las conductas de acumulación.

Por otra parte, en relación al procesamiento de la información, que es un factor de vulnerabilidad en la conducta de acumulación en investigaciones neuropsicológicas sugieren que las personas con Trastorno de Acumulación exhiben una disfunción en los sistemas neuronales, tales como la corteza prefrontal ventromedial y la corteza cingulada anterior con conexiones a estructuras límbicas, que también se relacionan con la ansiedad, el control de impulsos y la regulación emocional (Frost, Steketee & Tolin, 2011; Grishman & Baldwin, 2015).

Además, como se mencionaba con anterioridad los niños con síntomas de Trastorno de Acumulación suelen presentar un estilo de apego ansioso, por lo que se ha visto que recurren a estrategias de compensación para encontrar formas alternativas de encontrar un apego seguro, mediante la utilización de la regulación emocional orientada a objetos compensatorios, satisfaciendo de esta manera sus necesidades de pertenencia y seguridad, que las personas significativas en su vida no satisfacen (Nozick, 2016).

También se ha visto que los acumuladores al momento de sentirse solos, insatisfechos, sin apoyo social recurren a este tipo de estrategias compensatorias con la finalidad de reducir la ansiedad, soledad e insatisfacción de sus relaciones interpersonales, por lo que al utilizar esta forma de regulación de las emociones a través de la acumulación, se ha categorizado dentro de las estrategias de afrontamiento desadaptativas (Nozick, 2016).

Asimismo la acumulación también ha sido conceptualizada como una conducta de evitación experiencial, la cual se define como la tendencia a evitar contacto con experiencias internas no deseadas, como por ejemplo: sensaciones corporales, emociones, pensamientos y recuerdos. De esta manera, se ha descrito que la acumulación excesiva de objetos permite a las personas evitar emociones negativas como: culpa, ansiedad, miedo enojo, etc. asociadas con la toma de decisiones de que objetos guardar o tirar (De la Cruz, 2018).

A su vez, de acuerdo con la clasificación de la regulación emocional propuesta por Gross (2014) se observa una tendencia a la supresión de la expresión emocional en pacientes con síntomas de Trastorno de Acumulación sin embargo la utilización de esta estrategia resulta menos eficaz que la reevaluación cognitiva para regular las emociones negativas, el cual puede ser un factor de vulnerabilidad que puede conducir a la presencia de psicopatología (Grishman, Martyn, Kerin, Baldwin & Norberg, 2018).

Del mismo modo, la clasificación de dichos objetos puede llegar a resultar abrumador, por lo que se evita esta categorización, lo que provoca un aumento del desorden y desorganización, lo que mantiene las emociones negativas, lo cual también puede representar dificultades en la regulación emocional en el dominio de la aceptación de las respuestas emocionales negativas (Taylor, 2017).

En relación a la dificultad que presentan las personas con Trastorno de Acumulación para aceptar sus respuestas emocionales negativas, se ha descrito que es posible que las personas acumulen sus objetos para evitar emociones negativas y de autocrítica, de esta manera se ha encontrado que entre más autocrítica presente en las personas con TA existen mayor severidad de la conducta de acumulación (Chou, et al., 2017).

De esta manera, el Trastorno de Acumulación bajo el entendimiento del modelo cognitivo conductual propuesto por Steketee & Frost (2006), puede conceptualizarse bajo el marco de la regulación emocional. Debido a que el comportamiento de acumulación, parece en parte, representar esfuerzos de regulación emocional, así como con la dificultades con el control de impulsos y para la aceptación de respuestas emocionales (Taylor, 2017).

Debido a que este trastorno se asocia con la falta de acceso a estrategias más efectivas para regular las emociones, se ha planteado la incorporación de estrategias de regulación en la intervención para los pacientes con TA, debido a que se ha reportado que de esta manera se reduce el comportamiento de acumulación (Tolin, et al., 2018).

Siendo lo anteriormente descrito de gran relevancia, debido a que uno de los objetivos en el tratamiento con pacientes con TA es ayudar al niño a ganar control sobre su problemática de acumulación, por lo que desde esta perspectiva la Terapia Cognitivo Conductual se centra en la práctica del autocontrol hasta que el paciente sea capaz de regular su comportamiento de manera efectiva y de esta manera puedan disminuir la conducta de acumulación (Timpano, 2009; Tolin, 2018).

Sin embargo, dado lo anterior, únicamente se ha encontrado información respecto a la influencia de la regulación emocional en el ámbito de su relación con el Trastorno de Acumulación y el Modelo Cognitivo Conductual, pero debido a que como menciona De la Cruz, (2018), este trastorno se relaciona con conductas de evitación experiencial de emociones negativas, por lo que para este tipo de dificultades en el contacto de emociones negativas se ha reportado en la literatura efectividad en los tratamientos mediante la utilidad de estrategias gestálticas, debido a que Oaklander (2014) propone que los niños necesitan oportunidades para encontrar la fuerza dentro de sí mismos a fin de liberarse de las restricciones que inhiben su capacidad de aceptar y expresar sus distintas emociones.

De este modo, por medio del juego y de los materiales que se utilizan en la Terapia Gestalt permiten al terapeuta entender la vida interior del niño y de esta manera el terapeuta trabaja con ese material que estaba guardado. Es así que el terapeuta ayuda al niño a darse cuenta de lo que está haciendo y qué es lo que realmente le causa insatisfacción, de tal manera, que se promueva en él la elección del cambio, el contacto y expresividad emocional (Oaklander, 2014).

Y por otra parte como se mencionaba anteriormente, debido a que los niños con sintomatología de Trastorno de Acumulación presentan pobre insight acerca de sus síntomas como problemáticos o inusuales se recurrió a estrategias de la Terapia Narrativa con la finalidad de que el niño pudiera expresar sus emociones en relación a la conducta de acumulación. Se recurrió a este tipo de estrategias porque ha sido reportado con efectividad en los tratamientos para que los niños externalicen sus problemas, percibiendo al problema como algo separado de ellos y su identidad no se vea afectada al enfatizar sus aspectos habilidades y cualidades, por lo

que de esta manera desarrollan un autocontrol más positivo y realista, incentivando de esta manera su desarrollo emocional y cognitivo (Ledo, González & Calzada, 2012).

Así como también se recurrió al trabajo con padres debido a como se describía con anterioridad, dentro del tratamiento con niños con síntomas de Trastorno de Acumulación se ha recurrido a la inclusión de los padres dentro del proceso terapéutico en relación a psicoeducación acerca de la problemática de la conducta de acumulación y manejo de contingencias (Ale et al., 2014; Child Mind Institute, 2018; Gallo et al., 2013; Park, McGuire & Storch, 2014).

De esta manera se justifica la intervención psicoterapéutica integrativa asimilativa, teniendo como centro el Modelo de la Terapia Cognitivo Conductual así como integraciones técnicas de otros modelos dentro del proceso de intervención, tales como: la Terapia Gestalt, la Terapia Narrativa y la inclusión del Trabajo con padres.

Capítulo 4. Método

Justificación

En la actualidad la investigación sobre el Trastorno de Acumulación en la población infantil ha sido limitada (Gallo et al., 2013). Además, en la población mexicana no se encontró registro de evidencia acerca de este trastorno en niños, debido a que ha sido considerado principalmente como un trastorno presente en la edad adulta; sin embargo, la sintomatología puede tener inicio desde la infancia que al no tener un tratamiento oportuno puede originar una evolución al trastorno.

Este trastorno se ha estudiado bajo diversos modelos teóricos basados en teorías del desarrollo infantil, el Modelo Psicoanalítico y el Modelo Cognitivo Conductual, sin embargo desde los modelos de intervención únicamente se ha abordado desde la terapia cognitivo conductual tanto con los niños como con los padres mediante sesiones de psicoeducación (Ale et al., 2014; Child Mind Institute, 2018; Gallo et al., 2013; Park, McGuire & Storch, 2014; Wheaton, 2016). Por lo que la importancia de intervenir desde la psicoterapia infantil con un enfoque integrativo en un escolar tiene como finalidad fomentar estrategias de regulación emocional adaptativas, incluyendo diversas técnicas de los modelos Cognitivo Conductual, Terapia Gestalt y Terapia Narrativa, de tal manera que también la intervención fomente un desarrollo óptimo del niño al ser un factor protector ante la evolución de la sintomatología de acumulación.

Por lo que además los hallazgos obtenidos en este trabajo contribuirán al avance en la comprensión del TA en el área infantil, así como apoyará en el diseño de futuras intervenciones dirigidas a niños y sus padres, con el fin de brindarles herramientas para fomentar su bienestar emocional y prevenir el desarrollo de la gravedad de la sintomatología de acumulación.....

Pregunta de investigación

¿Cómo influye el trabajo psicoterapéutico integrativo en el desarrollo de la regulación emocional en un escolar con sintomatología de acumulación?

Objetivo general

Intervenir desde la psicoterapia integrativa en un escolar con sintomatología de acumulación para fomentar la regulación emocional.

Objetivos específicos

- 1.- Describir el caso clínico
- 2.- Determinar cuáles son los efectos de los síntomas de acumulación en el área biopsicosocial en el niño
- 3.- Definir los focos de intervención.
- 4.- Presentar el proceso de intervención.
- 5.- Analizar los cambios a partir de la evaluación y la intervención tanto en el niño como en los padres.

Participantes

Se trabajó con Un niño de 6 años y su familia y sus padres quienes acudieron a solicitar apoyo al Centro Comunitario San Lorenzo.

Instrumentos

Para la Fase de Evaluación Pre-Tratamiento se aplicó lo siguiente:

- Historia clínica y del desarrollo: consistió en una entrevista semiestructurada con los padres del niño para conocer el motivo de consulta y datos sobre la historia de desarrollo de B.
- Sesión de juego diagnóstico (Chazan, 2002): fue una sesión con una duración de aproximadamente 50 minutos con el niño, con la finalidad de conocer su problemática, fortalezas, áreas de oportunidad, donde se utilizaron diversos juguetes categorizados de la siguiente manera:
 - Juguetes del cuidado: materiales como casa, muebles, familia de muñecos, títeres, maletín médico, juego de cocina.
 - Juguetes de agresión: soldados, luchadores, carritos, dinosaurios, villanos, superhéroes.
 - Juguetes de expresión creativa y del pensar: colores, hojas, pinturas, plastilinas, gises, plumones, juegos de mesa.
 - Juguetes de construcción: legos, bloques de construcción y kit de herramientas.

- Sesión de juego familiar (Gil, 2015): consistió en que cada miembro de la familia elige un títere para cada mano y construyen una historia con principio, desarrollo y final, donde se analiza la dinámica, interacción, cercanía o distancia emocional y los estilos de comunicación en la familia.

- Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI- 2; Matute, Roselli, Ardila, & Ostrosky, 2013): es utilizado en niños entre 5 a 16 años de edad, comprende la evaluación de 11 procesos neuropsicológicos: atención, habilidades constructivas, memoria (codificación y evocación diferida), percepción, lenguaje oral, lectura, escritura, cálculo, habilidades visoespaciales y la capacidad de planeación, organización y conceptualización. Además consta de dos anexos: uno para evaluar la lateralidad manual y el otro, la presencia de signos neurológicos blandos. Estos dos últimos fueron los utilizados durante la fase de evaluación del presente estudio.

- Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender: Sistema de puntuación Koppitz (Bender, 1938): es un test no verbal que permite evaluar la función gestáltica visomotora, tanto en niños de 4 a 11 años de edad como en adultos. Mediante éste se puede detectar retraso en la maduración para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental, así como algunos aspectos emocionales.

- Método de evaluación de la percepción visual Frostig tercera edición. (DTVP-3) (Hammill, D., Pearson, N & Voress, J., 2016): es una prueba que se aplica a niños de entre 4 a 12 años, que tiene como objetivo identificar a niños que tienen problemas de percepción visual o integración visomotriz.

- Escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV; Weschler, 2007): Es un instrumento clínico de aplicación individual para evaluar la inteligencia en niños de 6:0-16:11, proporciona puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos, es decir, índice de comprensión verbal (ICV), índice de razonamiento perceptual (IRP), índice de memoria de trabajo (IMT) e índice de velocidad de procesamiento (IVP); así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general del niño, es decir, escala de CI total.

- Dibujo de la Figura Humana (Sistema de puntuación Koppitz (Esquivel & Heredia & Lucio, 2017): es una prueba que permite evaluar aspectos emocionales, así como de la maduración perceptomotora y cognoscitiva, en niños de 5 a 12 años de edad.

- Test de la familia: Interpretación de acuerdo con Louis Corman (Esquivel et al., 2017): es una prueba gráfica proyectiva que se puede aplicar a niños de 5 a 16 años de edad, la cual evalúa el estado emocional del niño con respecto a su entorno familiar.

Procedimiento

El trabajo de intervención se realizó de la siguiente manera:

1. Solicitud de servicio: Los padres de B acudieron al Centro Comunitario a llenar un formato de solicitud de servicio para atención psicológica para B.

2. Entrevista inicial. Asistieron los padres de B, a quien se le realizó la entrevista para indagar más acerca del motivo de consulta así como la aplicación de una historia clínica.

3. Evaluación pre-tratamiento: se llevó a cabo de la sesión 1 a la 11(2 sesiones con los padres, 8 sesiones con B y 1 sesión familiar) con una duración de una hora, teniendo una periodicidad de una vez por semana, mediante sesión de juego diagnóstico con B, aplicación de pruebas para evaluar el área socioafectiva, cognitiva y neuropsicológica, mencionados anteriormente en el apartado de instrumentos.

4. Entrega de resultados a B y a sus padres.

5. Proceso de intervención. Sesiones individuales con B y sesiones con los papás. El proceso terapéutico tuvo una duración total de 33 sesiones, dividida en dos fases (Tabla 1): De igual manera la duración de las sesiones fue de una hora con una periodicidad de una vez por semana, que se encontraban estructuradas en 4 tiempos:

- 1.- Evaluación del estado emocional inicial.
- 2.- Revisión de tareas.
- 3.- Desarrollo de la sesión acorde a focos de intervención
- 4.- Evaluación del estado emocional final.

- Fase I “comprendiendo y contactando con mis emociones”: se llevó a cabo de la sesión 12 a la 31, donde se utilizó técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Gestalt.

Respecto a la TCC se utilizó para abordar los siguientes focos de intervención:

- Entrenamiento en el reconocimiento de emociones.
- Identificación y automonitoreo de emociones.
- Reconocimiento de la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta.
- Regulación emocional.

Y las técnicas de la Terapia Gestalt se enfocaron en:

- Expresión emocional.

Además en esta primera fase se incluyó el trabajo con padres mediante sesiones de seguimiento y orientación con la finalidad de trabajar con los siguientes focos de intervención:

- Identificación, expresión y regulación de emociones.
- Establecimiento de reglas y límites.

- *Fase 2 “expresando mis problemas”*: se llevó a cabo de la sesión 32 a la 44, mediante la implementación de técnicas de la Terapia Narrativa y de la TCC.

- En relación a la Terapia Narrativa se utilizó para abordar la Expresión del problema de acumulación.
- Mientras que en esta fase la TCC fue utilizada para fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento frente a la sintomatología de acumulación.

Y respecto al trabajo con padres en esta fase se continuó con sesiones de seguimiento y orientación en relación al:

- Establecimiento de reglas y límites.
- Psicoeducación acerca de la problemática de acumulación.

6. Fase de Evaluación Post- Tratamiento: tuvo una duración total de 4 sesiones, que se llevó a cabo de la sesión 45 a la 48 únicamente con B, con una duración de 2 horas de manera semanal.

Donde se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender: Sistema de puntuación Koppitz (Bender, 1938): Es un test no verbal que permite evaluar la función gestáltica visomotora, tanto en niños de 4 a 11 años de edad como en adultos. Mediante éste se puede detectar retraso en la

maduración para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental, así como algunos aspectos emocionales.

- Método de evaluación de la percepción visual Frostig tercera edición. (DTVP-3) (Hammill, D., Pearson, N & Voress, J., 2016): es una prueba que se aplica a niños de entre 4 a 12 años, que tiene como objetivo identificar a niños que tienen problemas de percepción visual o integración visomotriz.

- Escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV; Weschler, 2007): Es un instrumento clínico de aplicación individual para evaluar la inteligencia en niños de 6:0-16:11, proporciona puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos, es decir, índice de comprensión verbal (ICV), índice de razonamiento perceptual (IRP), índice de memoria de trabajo (IMT) e índice de velocidad de procesamiento (IVP); así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general del niño, es decir, escala de CI total.

- Dibujo de la Figura Humana (Sistema de puntuación Koppitz (Esquivel & Heredia & Lucio, 2017): es una prueba que permite evaluar aspectos emocionales, así como de la maduración perceptomotora y cognoscitiva, en niños de 5 a 12 años de edad.

- Test de la familia: Interpretación de acuerdo con Louis Corman (Esquivel et al., 2017): es una prueba gráfica proyectiva que se puede aplicar a niños de 5 a 16 años de edad, la cual evalúa el estado emocional del niño con respecto a su entorno familiar.

- Técnica “Ilumina tu vida” (O’Connor, Schaefer & Braverman, 2017): método de juego que tiene como objetivos: aumentar la conciencia de los niños sobre los diferentes estados afectivos y ayuda al terapeuta a obtener información sobre el nivel afectivo pasado y presente del niño de una manera menos amenazante que las entrevistas verbales tradicionales. 7. Cierre del proceso de intervención. Se realizó el cierre del tratamiento de B con consideraciones de seguimientos telefónicos propuestos cada 3 meses. Por lo cual todo el Proceso de Intervención tuvo un total de 48 sesiones.

- Análisis del proceso psicoterapéutico: se sustenta en: notas clínicas, supervisión del caso y audiograbaciones, las cuales fueron grabadas con permiso del paciente y sus padres, posteriormente se realizó una transcripción de cada una de ellas y a partir de estas se describe representa lo más significativo de cada fase para una mejor comprensión del caso clínico.

Tabla 1.
Fases del proceso psicoterapéutico

		Descripción	
		B	Papás
Fase evaluación inicial	1-11	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Evaluación pre-tratamiento:</i> Mediante la aplicación de pruebas mencionadas en el apartado de instrumentos. - Establecimiento de la alianza terapéutica. - Devolución de resultados. 	
Fase 1 “comprendiendo y contactando con mis emociones”	12- 31 <i>Enfoques utilizados:</i> - TCC - T. Gestalt	1) entrenamiento en el reconocimiento de emociones. 2) identificación y automonitoreo de emociones. 3) reconocimiento de la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta. 4) Expresión emocional 5)Regulación emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación, expresión y regulación de emociones. - Establecimiento de reglas y límites. - Sesiones de orientación y seguimiento con los padres.

<p>Fase 2: “expresando mis problemas”</p>	<p>32-44 <i>Enfoques utilizados:</i> -T. Narrativa</p>	<p>- Expresión del problema de acumulación. - Desarrollo de habilidades de afrontamiento. -</p>	<p>- Establecimiento de reglas y límites. - Sesiones de orientación y seguimiento con los padres acerca de la problemática de acumulación.</p>
<p>Fase de evaluación final</p>	<p>45-48</p>	<p>- Cierre del proceso terapéutico. - <i>Evaluación postratamiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender: Sistema de puntuación Koppitz (Bender, 1938). – Método de evaluación de la percepción visual Frostig tercera edición. (DTVP-3) (Hammill, D., Pearson, N & Voress, J., 2016). – Escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV (WISC-IV; Weschler, 2007). – Dibujo de la Figura Humana (Sistema de puntuación Koppitz (Esquivel & Heredia & Lucio, 2017). – Test de la familia: Interpretación de acuerdo con Louis (Esquivel et al., 2017). – Técnica “Ilumina tu vida” (O’Connor, Schaefer & Braverman, 2017). 	
<p>Número total de sesiones</p>	<p>48</p>		

Capítulo 5. Presentación del caso clínico

Ficha de identificación del paciente.

Paciente	Mamá	Papá
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edad:</i> 6 años 3 meses • <i>Fecha de Nacimiento:</i> 01/Noviembre/2010 • <i>Escolaridad:</i> 1° de primaria • <i>Lugar de nacimiento:</i> CDMX 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edad:</i> 46 años • <i>Ocupación:</i> Ama de casa • <i>Escolaridad:</i> secundaria • <i>Lugar de nacimiento:</i> CDMX 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edad:</i> 46 años • <i>Ocupación:</i> Empleado en una tienda de calzado. • <i>Escolaridad:</i> Preparatoria • <i>Lugar de nacimiento:</i> Oaxaca

Motivo de consulta.

Padres: Reportan que B. guarda basura, comentando que lo realiza “porque le servirá después” (sic). Además reportan onicofagia, succión del pulgar y la ropa, que se presentan cuando sus compañeros de la escuela lo molestan, por lo cual B. manifiesta renuencia por asistir.

Dichos síntomas fueron reportados en agosto de 2016 cuando B ingresó a 1° de primaria, al inicio guardaba envolturas de dulces en su mochila posteriormente, comenzó a guardar periódico, papel y tela en una caja de 10 x 15 cm. hasta llegar a guardarlos en un bote de aproximadamente 80 cm que se encontraba en en el hogar.

Respecto a los intentos de solución, la mamá de B. reportó que le abría los puños para quitarle la basura mientras le comentaba que si continuaba guardando basura le podían salir animales que le pueden hacer daño, por lo cual han disminuido los síntomas de la acumulación de basura, sin embargo B. llora y se angustia; mientras que el padre normaliza la situación como parte de un evento del desarrollo, en general sin resultados satisfactorios y generando frustración en la madre.

B: “No tengo ningún problema” (sic).

Expectativas de los padres: “que B. deje de acumular basura y que nos dijera si tiene algún trastorno como mi hija que tiene Trastorno de Asperger” (sic).

Expectativas de B: “no sé, lo que tú me digas” (sic).

Descripción clínica del niño.

De acuerdo con lo observado en la evaluación y en el juego, B es un niño ubicado en lugar y persona, con desubicación temporal, cuya edad aparente coincide con su edad cronológica. Es un varón de estatura promedio, complexión media, su postura y su tono muscular son adecuados, su marcha es coordinada, muestra marcha sinérgica y cruzada, sus movimientos son cuidadosos y meticulosos, pero termina su ejecución con movimientos torpes e inestables, su pensamiento es preoperacional, debido a que muestra desarrollo del pensamiento simbólico además muestra adecuada atención, respeta turnos y es capaz de llevar un diálogo con la terapeuta, sin embargo en la interacción con la terapeuta se mostró dependiente, esperando indicaciones acerca de qué hacer y cómo, con búsqueda de aceptación social. Además, presenta dificultad para la identificación y expresión de emociones de valencia negativa, ya que únicamente expresa emociones de valencia positiva y se muestra apegado a las reglas con un adecuado seguimiento de instrucciones.

Genograma

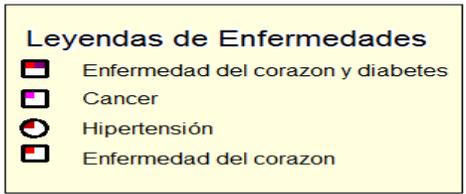
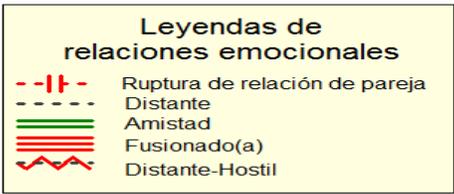
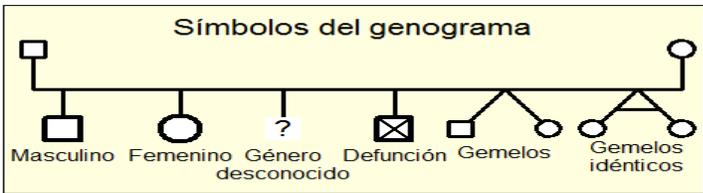
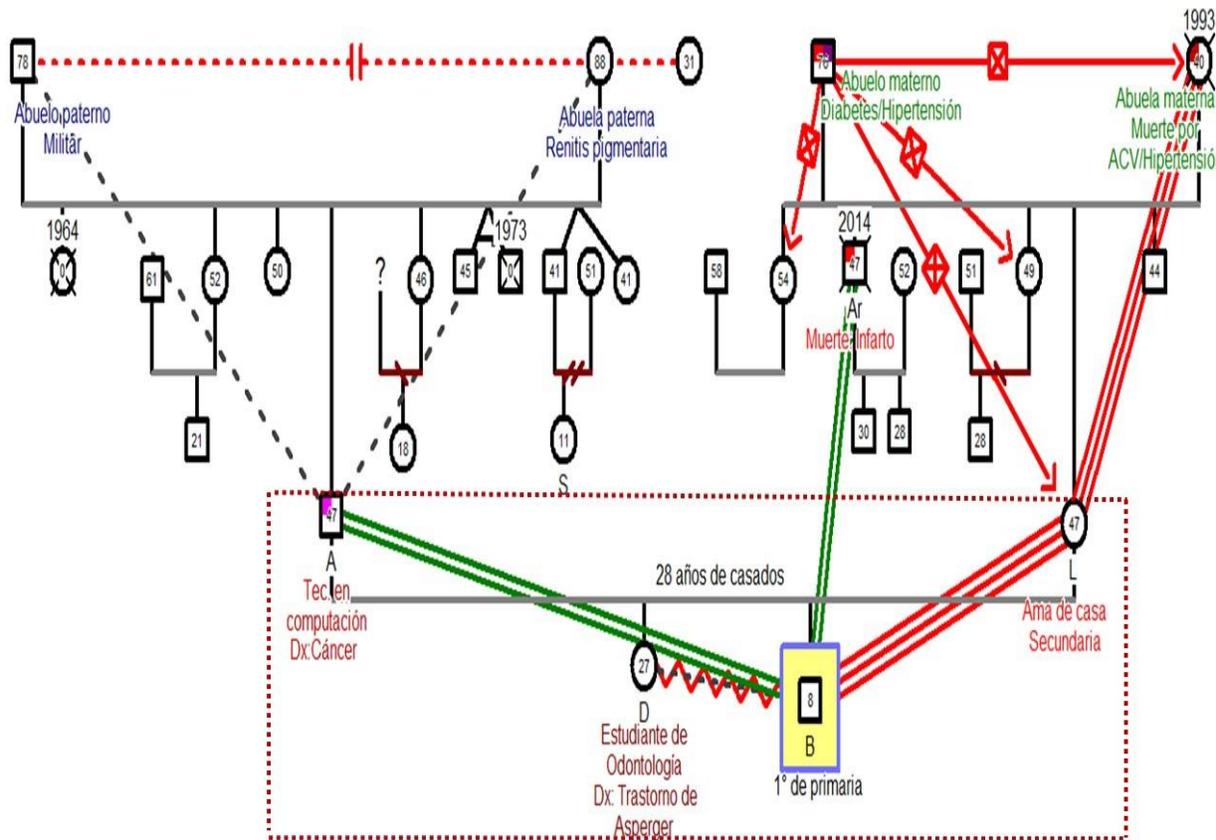


Figura 2. Genograma de 3 generaciones

FASE EVALUACIÓN INICIAL (Sesiones 1-11)

Historia del desarrollo

Antecedentes pre, peri y posnatales

B fue producto de un embarazo no deseado ni planeado. La madre tenía 40 años cuando tuvo el embarazo, por lo que manifestaba miedo a la muerte o dificultades de salud en ella, mientras que respecto al bebé manifestaba miedo excesivo por tener un hijo con algún trastorno como el de su hija mayor. B nació por cesárea sin complicaciones a las 38 semanas, pesó 3,500 kg y midió 50 cm. Su APGAR fue de 9/9. Cursó un desarrollo psicomotriz y del lenguaje normoevolutivo.

Antecedentes Heredofamiliares

Hermana Mayor: Diagnóstico de Trastorno de Asperger (1998) y Trastorno de depresión (2016) en el Psiquiatra Juan N. Navarro. Medicada con Sertralina y Risperidona.

Padre: Diagnóstico de Cáncer de Próstata (1997)

Madre: Problemas de columna/ acumulación de objetos como rollos de papel y materiales para realizar manualidades.

Abuela Paterna: Retinitis Pigmentaria.

Abuelo Materno: Diabetes, Hipertensión.

Abuela Materna: Muerte por ACV/Hipertensión (a los 40 años).

Tío Materno: Muerte por infarto (a los 47 años) 2014

Sobrino Materno: TOC diagnosticado en Hospital Psiquiátrico Rafael Serrano

Ámbito escolar

Ingresa al preescolar a los 4 años, ha reportado dificultades en el aprendizaje, los padres reportan que B realizaba el trazo de las letras de adentro hacia afuera. Entró a la primaria cuando tenía 6 años, a una escuela de tiempo completo, no sabía leer y presenta inversión en espejo de los grafemas (p, q, b, d) y de números (1, 2, 5, 7) lo que lo atribuyen a la enseñanza de la profesora. Presentó dificultades para adaptarse con sus compañeros de clase, tardó 2 semanas en

comenzar a convivir con ellos. La profesora de 1° de primaria les sugirió a los padres que lo llevaran a clases de regularización de lectura y matemáticas, en donde asiste actualmente los lunes y viernes por dos horas.

Área familiar

B vive dentro de una familia nuclear. La madre es la que se encarga de los cuidados de B., suele ser sobreprotectora con él. El padre ayuda a B a cambiarlo y vestirlo antes de ir a la escuela y se encarga de llevarlo, sin embargo su convivencia es limitada. Mientras que la relación entre B y su hermana mayor es conflictiva. No existen reglas ni límites en casa. Sin embargo, B tiende a seguir instrucciones aunque en las situaciones cuando no obedece, la madre tiende a reaccionar de manera emocional con enojo y el padre mantiene un rol periférico.

Además la madre reporta que B no se quiere separar de ella, “me sigue a todos lados a donde yo vaya, incluso me espera afuera del baño” (sic), por lo que para solucionarlo a hablado con él, aunque en ocasiones ha llegado a gritarle o pegarle por la desesperación, sin obtener mejorías. Asimismo, se reporta que la madre colecciona rollos de papel sin un fin utilitario, muestra inseguridad y ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana que el padre comenta que influyen en el comportamiento de B.

Área socio-afectiva

B es un niño poco sociable, menciona que casi no tiene amigos. Presenta dificultades para socializar con personas desconocidas. Muestra miedo a la muerte y a dormir solo, a partir del fallecimiento de su tío materno quien murió de manera repentina por un infarto con quien mantenía una buena relación, ya que él comenzó a dormir solo cuando tenía 3 años 6 meses pero cuando falleció su tío un año después nuevamente comenzó a dormir con sus papás.

Resultados de la evaluación inicial

Historia del desarrollo

A partir de la historia de desarrollo se pudo observar que desde el momento de la concepción de B en el vientre de la madre coloca sus miedos a la muerte, al padecimiento de algún trastorno así como de la integridad física de B, posiblemente asociado con los miedos y conductas presentes en B. Esto también se relaciona con lo propuesto por Gross (2014), quien ha descrito que la ansiedad experimentadas por las madres durante el embarazo se ha asociado con problemas de conducta en sus hijos, caracterizado por dificultades en la autorregulación emocional (Gross, 2014).

Respecto a los antecedentes heredofamiliares reportados se encontró que existe un familiar que ha sido diagnosticado con TOC y además la madre de B presenta sintomatología de acumulación. Y como se ha descrito por Tompkins (2015) uno de los factores etiológicos de la sintomatología de Trastorno de Acumulación es la existencia de algún familiar cercano con la misma sintomatología.

Mientras que en el ámbito escolar se reporta un factor precipitante de los síntomas del Trastorno de Acumulación, tal como lo es el inicio de un ciclo escolar en un contexto diferente, debido a que B comienza la primaria en una escuela de tiempo completo, el cual pudiera estar vivenciando como un evento estresante (Cromer, 2007).

Además se observó la presencia de un estilo de apego ansioso-ambivalente en los vínculos, debido a que como menciona Garrido (2006) en este tipo de apego existe una alta intensidad de inseguridad, fuerte necesidad de cercanía y miedo a la separación en este caso de la figura materna. Esto a su vez influye en la presencia de síntomas de trastorno de acumulación y de ansiedad por separación, debido a que pareciera que B utiliza estrategias compensatorias, tales como la regulación emocional orientada a la acumulación de objetos para satisfacer sus necesidades de pertenencia y seguridad, que las personas significativas en su vida no satisfacen para encontrar de esta manera un apego seguro (Nozick, 2016).

De igual modo se puede observar diferencias en los estilos de crianza manifestado por los padres. En el caso de la madre ejerce un estilo de crianza autoritario debido a que en momentos en los que no hay seguimiento de instrucciones por parte de B la madre reacciona castigando de manera arbitraria y enérgica y manifiesta un control exagerado en la conducta del niño. Mientras que el estilo de crianza presente por parte del padre, suele ser permisivo ya que exige poco a B pero tampoco refiere poner límites claros (Baumrind, 1971).

Área del neurodesarrollo

En el ENI-2 respecto a la categoría de Signos Neurológicos Blandos, B posee habilidades que se encuentran dentro de lo esperado para su edad en función de la capacidad de pronunciar diversos fonemas de manera adecuada, de percibir estímulos auditivos de manera individual y simultánea identificando la ubicación espacial de la fuente de sonido.

Sin embargo, se presenta inmadurez en el neurodesarrollo, por lo que presenta deficiencias asociadas con la organización y ejecución de una tarea motora, así como dificultades en la agudeza visual, deficiencias en el proceso de lateralización y del esquema corporal, lo cual se asocia con problemas de direccionalidad en el espacio, ya que esto correlaciona con las dificultades que presenta B en el proceso de lectoescritura en función de la inversión en espejo de los grafemas y números.

Área perceptomotora

En el Test Gestáltico Visomotor de Bender, B obtuvo un nivel de maduración visomotriz equivalente a 5 años 0 meses a 5 años 1 mes, comparando su desempeño con la ejecución de otros niños en función a las puntuaciones normalizadas, obteniendo un total de 13 errores (Entre -1 D.E. a -2 D.E), por lo que el desempeño de B se encuentra por debajo de lo esperado para su rango de edad cronológico, presentando inmadurez visomotora, por lo cual presenta dificultades en el desempeño en la lectoescritura aunado a indicadores emocionales asociados con timidez y retraimiento.

Mientras que en el DTVP-3, B presenta un índice Compuesto de integración visomotora (IVM) de 100, con un rango percentil de 50, ubicado dentro del promedio para lo esperado de

acuerdo a su edad, mientras que en el área de percepción visual general (PVG) obtiene un índice compuesto de 84, con un rango percentil de 14, lo cual lo coloca por debajo del promedio para su edad y en el índice compuesto de percepción visual con respuesta motriz reducida (PVRMR) obtuvo un índice compuesto de 73, con un rango percentil de 3, ubicándose dentro de la categoría diagnóstica pobre (Tabla 2 y Fig. 3).

Además, B obtuvo una discrepancia de 27 puntos entre el índice compuesto de integración visomotora y el índice de percepción visual con respuesta motriz reducida, lo cual es clínicamente significativo.

Los resultados anteriores indican que B no cuenta con la madurez necesaria en materia de coordinación e integración visomotora para discriminar adecuadamente estímulos visuales, ni la madurez motora suficiente para adquirir las bases que le permitan lograr el desarrollo de la lectura y la escritura, lo cual influye directamente en las áreas implicadas con el aprendizaje.

Tabla 2.

Resultados de B obtenidos en las subpruebas del DTVP-3 en la evaluación pre-tratamiento.

Compuesto	Índice Compuesto	Rango percentil	Rango descriptivo
Índice de Integración Visomotora (IVM)	100	50	Promedio
Índice de percepción visual general (PVG)	84	14	Por debajo del promedio
índice de percepción visual con respuesta motriz reducida (PVRMR)	73	3	Pobre

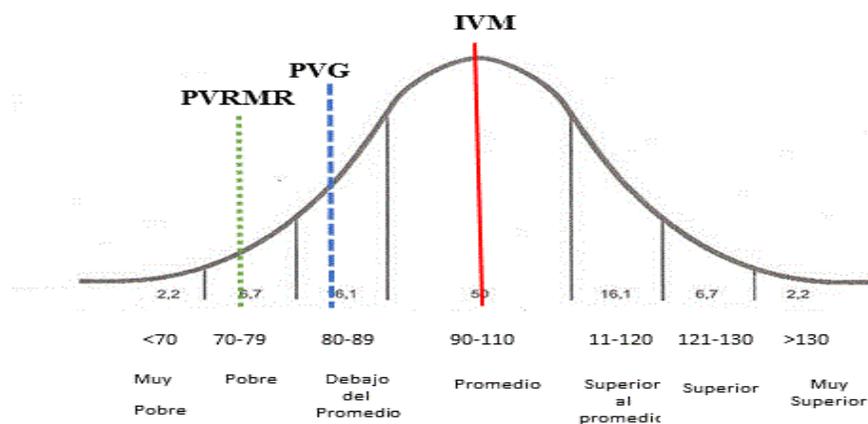


Figura 3.- Representación diagnóstica de los resultados de B obtenidos en los compuestos del DTVP-3 en la evaluación pre-tratamiento.

Área Intelectual

B obtuvo un Coeficiente Intelectual Total (CIT) de 89, situándose en el percentil 23, con un intervalo de confianza de 84-94. En el índice de velocidad de procesamiento (IVP), el cual se encuentra dentro del rango promedio esperado para su edad, con un índice compuesto de 109, situándose en el percentil 73, con un intervalo de confianza de 99-107, al igual que en el índice de comprensión verbal (ICV), el desempeño de B se encuentra dentro del rango promedio esperado para su edad, con un índice compuesto de 93, situándose en el percentil 32, con un intervalo de confianza de 87-100. Asimismo, en el índice de memoria de trabajo (IMT), se encuentra dentro del rango promedio esperado para su edad, con un índice compuesto de 91, situándose en el percentil 27, con un intervalo de confianza de 84-99. Mientras que en el índice de razonamiento perceptual (IRP), B obtuvo un puntaje dentro del promedio bajo de acuerdo con lo esperado para su edad, con un índice compuesto de 82, situándose en el percentil 12, con un intervalo de confianza de 76-91 (Tabla 3 y Fig. 4).

Tabla 3. Resultados de B obtenidos en los índices compuestos del WISC-IV en la evaluación pre-tratamiento.

Compuesto	Índice compuesto	Rango Percentil	Intervalo de confianza	Término descriptivo
● CI Verbal	93	32	87-100	Promedio
● CI Razonamiento perceptual	82	12	76-91	Promedio bajo
● CI Memoria de trabajo	91	27	84-99	Promedio
● CI Velocidad de procesamiento	109	73	99-117	Promedio
● CI TOTAL	89	23	84-94	Promedio bajo

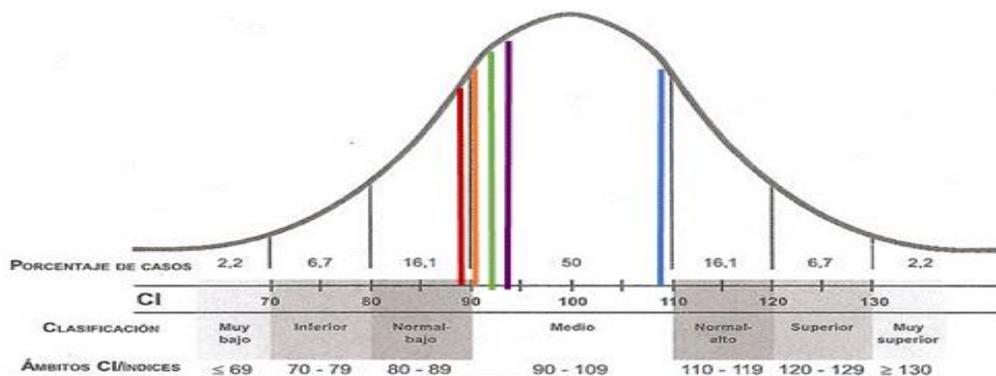


Figura 4. Representación diagnóstica de los resultados de B en los índices compuestos del WISC-IV obtenidos en la evaluación pre-tratamiento.

Por lo anterior, se puede concluir que B posee un nivel de capacidad intelectual Total promedio bajo, de acuerdo a lo esperado a su edad, en comparación con su rango de edad, lo cual implica que puede adaptarse al medio, responder y resolver problemas con algunas dificultades o limitaciones cognitivas.

Así mismo, se observó que B posee la capacidad para retener información en la memoria de manera temporal para producir un resultado, realizar una síntesis y razonamiento de la información de manera adecuada al poder procesar la información verbal y de hacer uso de su conocimiento adquirido a través de la experiencia, así como la habilidad para aprender una tarea desconocida que implica velocidad de la operación mental y psicomotora, así como también habilidades relacionadas con otros procesos cognitivos como la atención, concentración, lo que le permite la resolución de problemas nuevos. Mientras que B presenta dificultades relacionadas con el procesamiento espacial, razonamiento fluido, capacidad para pensar con imágenes visuales e integración visomotora.

Área socioafectiva

B tiene una inadecuada integración del esquema corporal, respecto a su autoimagen se percibe como inferior, inseguro, con una imagen pobre de sí mismo y con un autoconcepto de baja autoestima.

Respecto a su capacidad para identificación y expresión de emociones se le dificulta reconocer y expresar emociones de valencia negativa, por lo cual tiende a presentar dificultades para la diferenciación de las emociones negativas vs las positivas; por lo que se muestra poco consistente al regular las emociones, principalmente la ansiedad en momentos en que se separa de su figura materna, mostrando en estas circunstancias el esquema desadaptativo de abandono y pérdida. Además de presenta un control de impulsos rígido, por lo que su conducta se encuentra con base en la normatividad social, por lo que sus reacciones emocionales de valencia negativa tienden a ser encubiertas por emociones de valencia positiva, debido a que presenta esquemas desadaptativos en relación con temor a perder el control y supresión emocional.

B percibe a su ambiente familiar con falta de comunicación y distanciamiento emocional, sintiéndose intimidado y con temor a la exclusión del contacto físico y emocional, posiblemente asociados al tipo de contacto pasivo agresivo, lo cual limita y obstaculiza el disfrute y la capacidad de insight. Además, percibe a la estructura familiar con falta de límites y reglas, lo que no le permite una adecuada regulación de emociones.

Por lo anterior, se puede concluir que dentro de sus principales fortalezas se encuentran que B es un niño con motivación al logro, sin embargo, presenta una inadecuada integración de su esquema corporal, un autoconcepto de baja autoestima, con falta de un ambiente de límites y reglas, por lo que presenta dificultades para la identificación y expresión de emociones de valencia negativa así como disregulación emocional, principalmente asociados con ansiedad ante la separación de su figura materna.

Impresión diagnóstica

De acuerdo a los resultados obtenidos en las diversas áreas evaluadas se encontró que B presenta sintomatología asociada al trastorno de acumulación (DSM-5, 2014) debido a la dificultad persistente de deshacerse de objetos cuya necesidad percibida de guardar cosas produce un malestar clínicamente significativo, manifestando ansiedad y generando tensión en el ambiente familiar cuando intervienen en tirar dichos objetos, aunque no cumple con todos los criterios de esta problemática debido a que no existe un abarrotamiento de objetos en las zonas habitables y además hasta el momento no manifiesta introspección respecto a su problemática.

También se encontraron indicadores dentro del área socioafectiva relacionados con la ansiedad excesiva de manera inapropiada que no es esperado para su nivel de desarrollo hacia su figura de apego materna, así como la renuencia por asistir a la escuela y dormir solo, que podría relacionarse con sintomatología del trastorno de ansiedad por separación (DSM-5, 2014), que de acuerdo con Morris (2015) los síntomas de este trastorno pueden iniciar tras un factor precipitante como la pérdida de algún familiar cercano, que en este caso puede asociarse con el fallecimiento repentino de su tío materno por un infarto, quien fungía un rol de figura paterna. Asimismo, se ha reportado que este tipo de problemática se asocia con el estilo de crianza ansioso, la sobreprotección y el control parental (Pacheco y Ventura, 2009).

Debido a lo anterior se obtiene la impresión diagnóstica de sintomatología relacionada con un trastorno de acumulación con comorbilidad de sintomatología de ansiedad por separación.

Formulación de caso clínico

Manifestaciones clínicas por área		
Conductual Acumulación de basura. Onicofagia. Succión del pulgar y ropa. Dependencia ansiosa hacia su mamá. Apego rígido a las normas.	Cognitiva <i>Esquemas desadaptativos:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo al abandono y a la pérdida. • Inhibición emocional. • Insuficiente autocontrol. • Dependencia/incompetencia. 	Afectiva Predominio de expresión de emociones positivas. Dificultad para el reconocimiento y expresión de emociones de valencia negativa. Baja autoestima Ansiedad.
Interpersonal/Escolar Muestra conductas de evitación por ir a la escuela. Inversión en espejo de letras y números. Dificultad en la interacción con los compañeros.	Neurofisiológica Inmadurez del neurodesarrollo. Inmadurez visomotriz Deficiencias en el proceso de lateralización. Falta de conciencia del esquema corporal.	Familiar Rivalidad fraterna. Rol del padre periférico. Limitada expresividad emocional por parte del padre. Madre con síntomas de ansiedad y compulsión. Sobreprotección por parte de la madre. Colecho.
Psicosexual Fase anal-retentiva. Aparentemente normoevolutiva.	Fortalezas Motivación al logro. Adecuada adherencia al tratamiento. Adecuado seguimiento de instrucciones. Seguimiento de tareas en casa. Constancia. Puntualidad.	

Hipótesis Clínicas

Pregunta Clínica: ¿Qué influye en las problemáticas socioafectivas que presenta B.?

Con base a la clasificación propuesta en el DSM-5 (2014), el trastorno de ansiedad por separación se presenta cuando el niño presenta ansiedad excesiva que no es esperado para su nivel de desarrollo hacia aquellas personas por las que siente apego, temen a lo que le pudiera ocurrir a un progenitor o alguna otra persona importante en sus vidas, con una duración del inicio de los síntomas de cuatro semanas o más, así como la renuencia por asistir a la escuela y dormir solos que puede generarles malestares físicos además Morris (2015) menciona que los síntomas de este trastorno pueden iniciar tras un factor precipitante como la pérdida de algún familiar cercano y algunos niños tratan de cerciorarse de la seguridad mediante una rutina para seguir a la otra persona.

De igual manera, en el DSM-5 (2013) y de acuerdo con el Child Mind (2018), la acumulación es un trastorno caracterizado por el hecho de que una persona no solo adquiere objetos en gran exceso, sino que también es incapaz o no desea separarse de ellos, lo que le causa una gran angustia personal y familiar. Los niños que acumulan desarrollan apego emocional abrumador a sus posesiones, lo que resulta en habitaciones desordenadas y contribuye a la tensión en la familia, especialmente cuando un padre trata de limpiar parte del desorden. Los niños diagnosticados con el trastorno están tan preocupados por sus posesiones que interfiere con su funcionamiento en la vida diaria.

Por otro lado, se ha reportado que este tipo de problemática se asocia con el estilo de crianza ansioso, la sobreprotección y el control parental, debido a que el niño puede creer que el mundo es un lugar peligroso, lo que interfiere en el desarrollo y capacidades del niño, siendo las “familias aglutinadas” las que pueden ser fuente excesiva de ansiedad por separación, ya que en ellas se altera el desarrollo de la autonomía emocional por la existencia de vínculos demasiados estrechos que entorpecen la diferenciación emocional, aunado al estilo de apego ansioso ambivalente, que representa repercusiones en lo emocional y cognitivo, como por ejemplo, en la baja autoestima y es un factor de riesgo la presencia de problemas de aprendizaje, por lo que se les dificulta la autonomía (Pacheco y Ventura, 2009).

Además, se ha reportado que existe una comorbilidad del 7% entre el trastorno de acumulación y la ansiedad por separación (Rutter, et al., 2002) teniendo como factor en común un estilo de apego ansioso ambivalente que repercute en la autonomía del niño (Pacheco y Ventura, 2009).

Asímismo, se ha planteado que en relación a la conducta de acumulación compulsiva existe cierta influencia de la familia que interviene en el mantenimiento o reforzamiento de los síntomas por un exceso de involucramiento en los rituales (Tomás & Casas, 2005) y que interfiere en la adecuada regulación de emociones, debido a que se presenta una mayor vulnerabilidad para experimentar emociones negativas, principalmente altos niveles de ansiedad y tristeza (Frost, Steketee, & Tolin, 2011; Tolin et al., 2018).

Focos de intervención

B	Papás
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación, expresión y regulación de emociones. • Fomentar la autonomía en B. • Identificación y psicoeducación acerca de su problemática. • Generar estrategias de afrontamiento adaptativas ante la problemática de acumulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación, expresión y regulación de emociones. • Identificación de problemática en relación al motivo de consulta en los padres. • Orientación respecto al establecimiento de reglas y límites. • Psicoeducación frente a la conducta de acumulación.

Fases de intervención

FASE 1: “COMPRENDIENDO Y CONTACTANDO CON MIS EMOCIONES”

(SESIONES 12- 31)

Esta primera parte fue de psicoeducación respecto a la forma de trabajo y conocimiento sobre las emociones, tanto con B como con sus padres. Entendiendo como psicoeducación uno de los componentes básicos en la intervención cognitivo conductual donde se educa al paciente y a los familiares acerca de vínculo existente entre los pensamientos, sentimientos y conducta (Stallard, 2007; Bunge, Gomar, & Mandil, 2009), quienes incluyen la implementación de las siguientes estrategias con relación a:

- 1) entrenamiento en el reconocimiento de emociones.
- 2) identificación y automonitoreo de emociones.
- 3) reconocimiento de la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta.

1) *Entrenamiento en el reconocimiento de emociones*

En esta etapa inicial se le explicó a B la forma de trabajar mediante una carpeta de terapia y se realizó un ejercicio por medio de una historieta para ejemplificar el modelo de tratamiento enfocado en la identificación de emociones, pensamientos y conductas (Friedberg, R. & McClure, J., 2005) y después se continuó con el entrenamiento en el reconocimiento de emociones debido a que Bunge, Gomar, & Mandil (2009) propone que se inicia de esta manera debido a que muchos niños no diferencian emociones como tristeza, aburrimiento, enojo, como es el caso de B por lo cual necesitan acercarse primero a la identificación y expresión desde un nivel cognitivo para posteriormente expresar sus emociones de una manera más auténtica. Por ello uno de los primeros pasos fue que B aprendiera a diferenciar y nombrar sus emociones para luego ocuparse de otros aspectos, por medio del “juego de las emociones” donde se conocieron emociones básicas y secundarias.

2) *Identificación y automonitoreo de emociones*

En las sesiones siguientes se trabajó con la identificación y automonitoreo de emociones por medio de estrategias cognitivo conductuales como la “técnica Ilumina tu vida” (O’Connor, Schaefer & Braverman, 2017)., donde se realizó una adaptación con un guante al que B le nombró “el guante de las emociones”, la cual se realizó con la finalidad de comprender y aumentar la conciencia de las distintas emociones en B, así como también para que el niño logrará verbalizar en qué situaciones de la vida cotidiana ha experimentado tales emociones. Por lo que a continuación se muestra la transcripción de la sesión 16 (4 de intervención):

Se inició preguntándole a B si creía que las emociones pudieran combinarse/asociarse con algún color. A lo que B comenta: *“he visto en las noticias que el azul se asocia con la tristeza, el rojo con la furia, el negro con mucha tristeza, el café que piensas que algo va a pasar, el amarillo como cuando está pasando algo bueno, el verde como que alguien te está molestando, el morado un poco más de tristeza, el gris medio feliz pero poquito” (sic).*

Y después se le invitó a que pintáramos un guante con los colores que me mencionó mientras le iba preguntando en qué momentos de su vida pasada o en el presente, ha sentido dichas emociones que comentó con anterioridad, donde ocurrió lo siguiente:

B comenzó pintando el dedo pulgar de color rojo que asoció con la furia por lo que se indagó en qué momentos siente furioso y se quedó pensando dijo: *“mmm...no sé creo que esa no la he sentido”*, después continuamos con el color morado: *“he sentido un poco más de tristeza como cuando inyectaron a mi perrita burbuja”*, a continuación seguimos con el azul: *“me he sentido triste como cuando no me compraron un helado”*; después continuamos con el negro y dijo: *“como el negro es mucha tristeza será como cuando... (se queda pensando) y dice “hijole no sé creo que no lo he sentido”* luego continuamos con el verde en donde comentó: *“esta emoción es como cuando alguien te molesta, como en la escuela cuando me molestan mis compañeros diciéndome 4 ojos, que me veo chistoso o feo por los lentes” (sic).*

Por último, continuamos con el café y el amarillo y se le recordó lo que él había dicho acerca del color café y se le cuestionó acerca de en qué momentos ha sentido esto de que cree que le puede pasar algo y responde: *“como cuando siento que algo le pudiera pasar a alguien como a mi mamá”*. Después continuamos con el amarillo, se le recuerda lo que él había dicho y se le pregunta en qué momentos lo ha sentido y comenta: *“cuando siento felicidad porque me compran lo que quiero”*, después se continuó con el color gris y menciona *“lo siento cuando me dejan solo un rato o a lo mejor lo sintió mi hermana cuando la dejamos sola porque nos fuimos de vacaciones” (sic).*

Posteriormente ya que B logró asociar algunas emociones con colores se le pidió que en una hoja iluminara con colores las emociones que ha experimentado en su vida (Fig. 5).



Figura 5. El guante de las emociones

Por lo que en esta sesión se pudo observar que B presenta dificultad para reconocer y contactar con emociones de valencia negativa como el enojo y la tristeza pero logró verbalizar algunas situaciones de su vida cotidiana en relación a la tristeza, soledad y preocupación porque le suceda algo malo a su mamá.

Mientras que en la sesión 17 (5^a de intervención) se implementó la técnica MATEA la cual permite explorar los sentimientos básicos: miedo, alegría, tristeza, enojo y amor (Esquivel, 2010). Donde se le pidió a B que dibujara en una hoja la silueta de una persona y después coloreara con distintos colores en distintas partes del cuerpo las emociones que ha experimentado (Fig. 6), cuando terminó de realizarlo sucedió lo siguiente:

T (terapeuta): Ahora quisiera que me explicaras ¿qué significa para ti que hayas ubicado la alegría en el rostro de este dibujo?

B: Que la alegría siempre la tengo en la cara, con la sonrisa, siempre estoy alegre.

T: ¿Porque será que la tristeza la dibujaste en los brazos?

B: No sé

T: Me parece que la furia la colocaste en triángulo que dibujaste como si fuera el tronco del cuerpo, ¿qué significa para ti?

B: Es que cuando me enojo lo siento en el estómago.

T: ¿En qué situaciones has sentido la furia?

B: Cuando me molesta Arturo un niño de mi escuela.

T: ¿Qué haces cuando te molesta?

B: No le digo nada, sólo lo acuso con la directora.

T: Y por último colocaste la soledad en los pies, ¿sabes a qué se debe que colocaste ahí la soledad?

B: Porque luego tengo miedo de quedarme solo, cuando mi mamá me deja solo.

Por lo que en esta sesión B logró identificar la furia y verbalizar su asociación con situaciones escolares en las que pareciera que no expresa sus emociones negativas, suprimiendo está emoción, además de que logró identificar y asociar las emociones con sus respuestas fisiológicas, por ejemplo, cuando se siente enojado ya que comenta que le duele el estómago y nuevamente en su discurso se encuentran indicadores de ansiedad por separación, por lo que manifiesta sentir miedo a quedarse solo sin su figura materna.



Figura 6: Dibujo de la técnica "MATEA".

Mientras que durante las siguientes sesiones: 20 y 21 (7ª y 8ª de intervención) realizó un póster emocional con la finalidad de ampliar su vocabulario emocional y logrando representar aquellas que había experimentado hasta el momento, donde representó las siguientes emociones: alegría, soledad, descontrol, tristeza, miedo, arrepentido, enojo, confundido y celoso (Fig. 7).

En estas sesiones se pudo observar que B se sentía confundido respecto a cuándo siente la emoción

de tristeza, miedo y enojo. Y además verbalizó reconocer en él emociones negativas secundarias como el descontrol, confusión, arrepentimiento y celos.

Al final de la sesión se llevó el póster emocional a su casa para comenzar con el automonitoreo de sus emociones en un cuaderno especial donde registró sus estados emocionales en los distintos momentos del día. Y de esta manera pudo ir realizando una transferencia de lo aprendido dentro del consultorio a otros escenarios como en su casa, donde además posteriormente se incluyó el uso de termómetros de las emociones.



Figura 7.- Póster emocional

3) Reconocimiento de la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta

Posteriormente se continuó con el **“reconocimiento de la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta”** por medio de la estrategia del **“tren de las emociones”** (Fig. 4).

Se realizó la actividad por medio de un ejemplo de una situación que llegó comentando B a la sesión 22 (9ª de intervención), acerca de que se enteró de que uno de sus compañeros de la escuela tiene piojos, por lo cual manifestó sentirse con miedo y ansiedad, por lo que se le mencionó que en esta sesión trabajaríamos con diferenciar estas dos emociones, con la ayuda de un **“tren de las emociones”** para que aprendiera a diferenciar qué es lo que piensa, siente y actúa en relación a las situaciones que le llegan a suceder. Se le fue explicando que habría varias bases, se le pidió que dibujara las *vías de un tren* para irlo implicando en la tarea y poder representarlo de manera visual. Explicándole que primero identificaríamos la situación, después íbamos a identificar las siguientes estaciones:

Estación No1: **“estación de la emoción”** (¿cómo me siento?).

Estación No. 2: **“estación de la mente”** (¿qué pienso?)

Estación No. 3: **“estación del cuerpo”** (¿dónde lo siento?)

Estación No. 4: **“estación de la acción”** (¿qué es lo que haces cuando sientes...?).

Primero comenzamos con la identificación de la situación que fue *“nos enteramos de los piojos”*. Luego con la identificación de la estación no. 1, donde B identificó que sentía ansiedad y miedo, por lo que decidimos iniciar primero con la ansiedad, en la estación No. 2 dijo: “todos se tienen que enterar”, en la estación no 3: “siento esta ansiedad en la cabeza y me sudan las manos” y en la estación No. 4: “me dejó que me pongan repelente para piojos, me alejo de las personas”.

Después se realizó el mismo ejercicio para la emoción de “miedo”, con la misma situación. B logró identificar en la estación no. 1: “miedo”, estación 2: “me tengo que alejar”, estación 3: “en todo el cuerpo, me empieza a temblar” y estación no 4: “me escondo”.

Y al final se realizó una retroalimentación acerca de que pareciera que entre las diferencias que existen en estas dos emociones es que en la ansiedad le sudan las manos y en la tristeza le tiembla todo el cuerpo pero que tienen en común que pueden presentarse ante situaciones que parecen amenazantes o peligrosas como en la situación que se compartió en esta ocasión y quizá por eso es que se confunde porque en las dos se esconde o se aleja porque siente que corre peligro de que lo contagien.

Debido a que se acercaba el periodo vacacional se le pidió que se continuara en casa con la tarea del automonitoreo diario agregando la identificación de las cuatro estaciones del tren de las emociones, por lo cual también se les explicó a los padres para que pudieran supervisarlos.

De esta manera se pudo observar que B, por medio del tren de las emociones, logró diferenciar e identificar los pensamientos que se asocian de acuerdo a las emociones que experimenta, así como las sensaciones a nivel fisiológico, lo que en esta sesión le permitió diferenciar la emoción de ansiedad de la emoción de miedo.

3) Expresión emocional

Con lo anteriormente descrito sobre “el tren de las emociones” se observó que ayudó a B a conocer que existe diferencias entre sus pensamientos y su conducta por lo que pudiera estarse presentando cierto miedo de sentir lo que él considera negativo como lo plantea Oaklander (2014) por lo que esta autora propone que resulta liberador tener permiso para sentir y que el niño pueda aprender a conocer la distancia entre sentir y actuar, mediante la implementación de técnicas gestálticas, además porque este enfoque tiene una concepción holística del niño, es decir no sólo se enfoca en el síntoma, sino que trata de favorecer el desarrollo integral del niño, porque considera al síntoma solo como una manifestación de que algo ocurre, de que la tendencia al crecimiento sano está bloqueada, por tanto, se percibe al niño como un todo (Monrós, 2000).

Es por esto que, se consideró como aspecto esencial dentro del proceso terapéutico proporcionar un espacio de expresión y contacto con las emociones de valencia negativa, debido a que se continuaba observando la dificultad en B para contactar y expresar sus emociones.

Durante la sesión 25 y 26 (11ª y 12ª de intervención) se continuó con la fase de expresión emocional. Se le comentó a B que en esta sesión él expresaría lo que siente con play doh, dándole forma a las emociones que ha sentido, dentro de lo más significativo de esta sesión fue lo siguiente:

Primero eligió la play doh de color rosa a la cual le dio forma de cara redonda, haciéndole ojos y boca con los dedos al igual que todas las demás emociones y le hizo un sombrero de color amarillo, después le preguntó a la terapeuta: ¿ahora de qué color? le respondí que el color que él quisiera, que el color que más le gustara y eligió el blanco para hacerle una base con un hueco donde después puso a esta emoción, la terapeuta le preguntó que emoción sería y comentó que sería “*la emoción de la felicidad!*” (sic), posteriormente dijo que quería hacer la “emoción de sorprendido” (sic) y me preguntó “ahora cómo lo hago?” (sic). Mientras toma play doh de color amarillo y le respondo que es como a él le guste y entonces coloca un sombrero de color azul, a continuación comenzó a buscar play doh combinada a la que sesiones anteriores le había

nombrado la “play doh bromista” porque tenía la tapa de color azul y su contenido era verde de la que comentábamos que luego así le pasa que parece que expresa una emoción por fuera pero por dentro hay otra emoción.

Luego B empezó a aplastar otra base de color rojo con las patas de un helicóptero para la emoción de tristeza que hizo con una cara circular de color azul, después B continuó amasando la play doh, haciendo una base de color azul y con cara circular de color morado, de la que comentó que sería la emoción de enamoramiento (Fig.8).

Posteriormente uno de los fragmentos más significativos de estas sesiones fue lo siguiente:

T: Ahora quiero que me cuentes que significan para tí estas emociones que realizaste.

B: Hice la felicidad y tiene muchos picos, porque no quiere que la molesten los demás, se cubre mucho porque no quiere que la molesten, pareciera que está encerrada.

T: Me pregunto ¿qué tanto tu quisieras tener siempre encapsulada la felicidad, que nadie la moleste?

B: Siempre quiero estar feliz y también hice la emoción de enamoramiento, pero está encerrada y no puede salir (a la cual le enterró unos pies de una barbie).

T: ¿dónde sientes está emoción de enamoramiento?

B: En la mente

T: Me llama la atención de que pareciera que la felicidad está encerrada y pareciera que no deja salir al enamoramiento.

B: Sí, porque no quiero que salga, quiero que se quede encapsulada.

T: Y yo me preguntó que tanto tú quisieras tener siempre encapsulada la felicidad, que nadie la moleste para que estés siempre feliz como tú?

B: (Afirma con la cabeza). Le voy a quitar la mente, lo voy a aplastar, la voy a matar (aplasta al enamoramiento con una guitarra, con un microscopio y otros juguetes).

T: Pareciera que estás muy enojado que hasta las quieres matar.

B: Si, también voy a matar a la tristeza, la voy a atropellar para que no exista en mi vida, solo quiero que se quede la felicidad y el asombro.

En estas sesiones se puede observar que la interacción que mantiene conmigo es dependiente, preguntándome constantemente cómo moldear su play doh o qué color utilizar. En esta fase se puede observar también mi labor como terapeuta, en el sentido de ayudar a B a darse cuenta de sus propias sensaciones, emociones, conductas a través de los reflejos de sus emociones y preguntas, principalmente en función de su expresividad y supresión del enojo enmascarada en la felicidad, con la finalidad de que B pudiera contactar principalmente con la emoción de enojo. Lo anteriormente descrito se realizó de acuerdo con lo propuesto dentro de los principios de la Terapia Gestalt en relación a permitir que el niño se diera cuenta primero de su mundo exterior mediante ejercicios sensoriales, en este caso a partir de la utilización de play doh, lo cual como propone Blom (2006) fomenta que el niño este en el presente, tomando contacto con el aquí y ahora y posteriormente tome contacto con su zona de fantasía para que el niño entre en contacto con sus emociones y favorezca su expresión.

Para la expresividad emocional se ha visto que algunos niños necesitan primero un acercamiento desde un nivel cognitivo antes de avanzar a la expresión genuina de sus emociones (Blom, 2006) tal como sucedió con B debido a que presentaba dificultades desde el reconocimiento y etiquetación emocional, por lo que primero se recurrió a lo descrito en la primer fase, mediante la implementación de técnicas de la TCC para que B primero pudiera identificar, etiquetar, automonitorear sus emociones y reconocer la relación existente con sus pensamientos y su conducta. Y una vez que B logró lo anterior se continuó con técnicas gestálticas para favorecer un mayor contacto y expresión genuinas de una manera holística considerando el aspecto sensorial, afectivo, cognitivo y social a través de las vivencias.



Figura 8. Contactando con las emociones

Mientras que en la sesión 27 (13^a de intervención) al momento de realizar la revisión de la tarea de automonitoreo, B comenta que ha podido identificar distintas emociones en la semana y me muestra su cuaderno, donde por medio de dibujos representó las siguientes emociones: alegría, miedo, enojo, descontrolado, tristeza, confundido y celos. Por lo que se observa un avance respecto al reconocimiento propio de emociones y un mayor vocabulario emocional.

A continuación sucedió lo siguiente:

B: Antes de iniciar te quería decir que tengo las emociones atoradas.

T: Y ¿cuáles serán esas emociones que tienes atoradas?

B: las emociones que están juntas son (se queda pensando) la tristeza, enojo, optimista y asqueroso.

T: Ok! entonces me parece que quizá quisieras que estas emociones que están juntas se separaran para que pudieras diferenciarlas.

B: Siii, porque me generan problemas

T: ¿Que problemas te han generado?

B: Pues cambios

T: Por ejemplo: el enojo te ha generado problemas? En ti, en tu cuerpo o en qué?

B: Me transformo en otro. Mientras amasaba la play doh comenta: pensaba que se iban a poner más duras las play doh! Y por eso te pedí que las pusieras en un recipiente con un poco de agua para suavizar las emociones que se pusieron un poco duras. Ahora voy a hacer el enojo, para lo cual solo moldeó una bola de play doh roja y se centró más haciendo una mezcla de resistol con diamantina en un recipiente (mientras me comentaba que se imaginaba que eso era “*comida del enojo*” y me lo acerca a mí boca diciéndome en tono de burla: tú te la vas a comer y yo soy tu papá (mientras se ríe). Huácala y pone cara de asco.

T: ¿A qué se deberá que me das algo que te da asco?

B: No sé, es la receta de la abuela, ¿qué creativo soy verdad? (Y de nuevo insiste en darme a comer la diamantina) comételo hija! Que te lo comas.

T: Si ya veo que eres muy creativo! Y me da la impresión de que me estás poniendo a prueba, al insistir en que me coma la comida del enojo. Yo no me lo puedo comer, pero quizá se lo podemos dar a alguien más y busca entre los juguetes un nenuco a quien le da la comida del enojo.

B: hija, ¿te gusta esta comida? Tienes los ojos bien feos. Comételo todo! Todo!

T: Pareciera que le das de comer al nenuco, ¿será una combinación de cosas?

B: Sí de emociones.

T: Y ¿será que así también te pasa que te confundes con las emociones que sientes?

B: a veces.

T: Y me llama la atención que te gusta darle a tu hija la comida del enojo, ¿será que tú no quieres expresar tu enojo y mejor se lo das a tu hija?

B: (Se ríe y afirma con movimiento de la cabeza.) No quiero al enojo en mi vida.

T: Te gustaría decirle algo al enojo?

B: Que es un tonto! Que desapareciera, que no debe existir en este mundo...que ya está muerta por completo (la aplasta con un avión y la avienta). Que ya no me moleste, que no me regañen, como mi mamá cuando no recojo todos los juguetes.

T: Pero a veces aunque no queramos algunas emociones negativas en nuestra vida, van a surgir porque todas las personas sentimos distintas emociones.

En esta sesión se observa que B ha ampliado su vocabulario y su automonitoreo de emociones así como también comienza a contactar con la emoción de enojo, expresando también pensamientos en relación al sentir esta emoción e incluso se observa manifestación de enojo de manera gestual y corporal. Así como también se refleja la introyección de la supresión emocional del enojo, debido a que como se plantea dentro de los principios de la Terapia Gestalt (Blom, 2006; Monrós, 2000) el niño toma los mensajes provenientes de figuras significativas y las incorpora sin digerirlos, pudiendo ser nutritivos o dañinos para él, privándose de esta manera del consentimiento para expresar sus emociones. Y en este caso se observa supresión emocional en el padre de B, posiblemente asociadas a cuestiones de género y a estilos de crianza.

Por otra parte B comenta la presencia de dificultad para recoger sus juguetes lo cual genera desorganización en su cuarto por lo cual su madre manifiesta enojo, esto se pudiera relacionar con las dificultades en el funcionamiento ejecutivo planteadas en el modelo cognitivo conductual (Frost & Hartl, 1996; Frost & Stekeete, 2014) presente en niños con conductas de acumulación.

Mientras que para la sesión 28 (14ª de intervención) se le pidió a B que elaborara un dibujo de las emociones que me comentaba la sesión anterior que tenía atoradas con pintura dactilar. Para esto, B primero utilizó los dedos para hacer el contorno de la cara de la felicidad y dentro de lo más sobresaliente de esta sesión fue lo siguiente:

T: ¿cómo se siente dibujar con los dedos?

B: Bien, se siente aguada. Después dejó de hacerlo con los dedos y buscó un pincel y dijo que empezaría a hacer la cara con el pincel porque la cara es la más difícil de dibujar.

T: Para la cara me parece que no quieres contactar con tus dedos.

B: Si porque se ensucian mis dedos, pero ¿qué pasa? se combinan los colores de la pintura.

T: Pero bueno aquí hay papel para limpiarte o puedes lavarte las manos para que no se combinen.

B: Pero es que la cara si cuesta más trabajo.

T: A mí me da la impresión de que a ti en ocasiones te sucede algo parecido cuando se te dificulta expresar tus emociones con la cara y solo pones cara de felicidad.

B: Si.

T: (Después me pidió que yo le ayudara a hacer un cielo, unas nubes y luego un sol).

B: Aquí pasó un perrito y dejó la pintura roja (sus huellas). Ahora hay que poner un arcoiris.

T: ¿Qué sientes con diferencia de cuándo lo haces con el pincel que con el dedo?

B: Me siento más cómodo con el pincel.

T: Me llama la atención que no querías combinar, por eso me dijiste que no quisiste hacer tu dibujo con tus dedos y al final estas combinando las pinturas con el pincel.

B: Es que así va porque es la emoción de asco.

T: Cuéntame cuándo has sentido asco.

B: En mi escuela porque me dan brócoli y a mí no me gusta, entonces le digo a mis papás que me lleven otro desayuno pero no me hacen caso.

Después agarró a la barbie y sumergió sus pies en la pintura y comenzó a poner sus huellas sobre la cartulina y estaba a punto de pintarle el cabello.

T: Oye cómo le vas a hacer para limpiar a la barbie, recuerda que no podemos ensuciar el material.

B: Pues con papel de baño (se ríe).

T: Me parece que te gusta hacer enojar a las personas y por eso me da la impresión de que quieres ensuciar los juguetes que están aquí en el consultorio como la barbie.

T: Se terminó el tiempo, qué título le podrías a esto que realizaste el día de hoy?

B: mm...(se queda pensando) las emociones revueltas (Fig. 9).

T: Pareciera que es lo que te sucede en tu vida que no diferencias o te confundes con las emociones que estas sintiendo

B: Si, antes estaban pegadas pero ya no tengo atoradas mis emociones, ya están muertas, ya las maté el otro día. Se muestra silencioso y comienza a guardar.

En esta sesión B se mostró más creativo y menos dependiente ya no preguntó cómo hacer las cosas y él tuvo la iniciativa de realizar la combinación de emociones e incluso me pidió ayuda mientras dirigía la actividad. También se favoreció la proyección mediante el contacto sensorial donde pareciera que B al darse cuenta de lo que ocurre en su mundo exterior le ayudó a percatarse de lo que le ocurre en su zona interior, debido a que en esta sesión se proyectó en la actividad su dificultad para contactar directamente con la pintura dactilar que pudiera estar asociada con su dificultad para expresar sus emociones de manera corporal.

Además, se representa la confluencia que como refiere Blom (2006) ocurre cuando no hay límites entre el niño y su ambiente, por lo cual el niño puede parecer confluyente con sus padres o con uno de ellos, lo que implica la pérdida de la identidad del niño, es decir, carecen de un sentido del yo que los distinga del entorno. Es decir, de esta manera, pudiera estarse representando la dificultad para diferenciar sus propias emociones de las emociones de su figura materna, debido a que constantemente en las últimas sesiones ha incluido a una figura femenina mediante la representación de la barbie. De esta manera, al darse cuenta de estas dificultades se incrementa el favorecimiento de su expresión emocional,

Por otra parte, en relación a la sintomatología de acumulación se ha visto que se relaciona con la evitación del contacto con experiencias internas no deseadas que incluye: sensaciones corporales, emociones, pensamientos y recuerdos. (De la Cruz, 2018). Por lo cual pudiera asociarse esta evitación que presenta B de mantener contacto con sus emociones negativas posiblemente asociadas con el darse cuenta acerca de su sintomatología de acumulación como

problemática, ya que al momento de acumular evita tanto el contacto como la expresividad emocional.



Figura 9. Las emociones atoradas

4)Regulación Emocional

Mientras que en la sesión 29 (15ª de intervención) B llegó ansioso, temblando y comentando una situación de conflicto entre sus padres debido a que una noche sus papás se enteraron que se había muerto la esposa del padre materno y la Sra. L quería ir al velorio a las 11 pm. aproximadamente pero el Sr. A iba llegando de trabajar y estaba muy cansado así que trato de convencer a la Sra. L de que era noche para ir al lugar y como la Sra. L estaba aferrada por ir, el Sr. A la jaló del cabello y la aventó, a lo que me dijo que no le dijera a sus papás “mi mamá me dijo que lo guardara como secreto, porque pensarían que mis papá es malo” (sic). Después B comentó que se sintió enojado por lo que hizo su papá, triste porque vio llorar a su mamá y con ansiedad porque no sabía qué hacer.

Por lo que se le preguntó acerca de lo que él realizó en ese momento a lo que comentó que se sentía muy espantado porque nunca había visto una situación así en toda la vida de casados de sus papás y por eso decidió marcar al 911 pero que no le contestaron y también quería aventarle una bota a su papá para que dejara en paz a su mamá y por último comenta que su mamá se tranquilizó hasta que habló con una de sus tías por teléfono.

Además, en esta sesión B llegó con un libro que me dijo que nos serviría para que él me enseñara que ya ha comprendido mejor las emociones, titulado: “¿Cómo se siente Blanquita la oveja? por lo cual platicamos y lo leímos juntos donde él tenía que adivinar las emociones que pudiera estar sintiendo y las expresaba frente al espejo.

En esta sesión se pudo observar que B ya lograba identificar y diferenciar la expresión de emociones como el enojo, la tristeza y la ansiedad. Sin embargo, debido a la ansiedad observada en B en relación a la situación ocurrida entre sus papás se decidió incluir el trabajo con otro de los focos de intervención basados en el fomento de la regulación emocional, que además se ha asociado con niños que presentan Trastorno de Acumulación relacionado con dificultades en este aspecto, debido a que la conducta de acumulación ha sido considerada como una estrategia compensatoria ante la disregulación emocional (Nozick, 2016). Para lo cual se

ha planteado que la incorporación de estrategias enfocadas en el fomento de la regulación emocional dentro de la intervención en pacientes con sintomatología de Trastorno de Acumulación puede reducir esta sintomatología (Tolin, et al., 2018).

Es por esto que se implementaron técnicas conductuales propuestas por Knell (2017) enfocadas en la enseñanza de estrategias para la regulación emocional, tales como: el uso de termómetros de las emociones y estrategias de relajación muscular progresiva con el objetivo de reducir la ansiedad que presentaba el niño.

Respecto al uso de termómetro de las emociones se incluyeron desde el apartado de automonitoreo diario que realizaba con B dentro de las sesiones del proceso terapéutico al inicio y al final de las sesiones de intervención así como también se incluyó como parte de las tareas en casa; primero con ayuda de sus padres hasta que él logró realizarlo de manera individual, lo cual permitió que el niño pudiera cuantificar la intensidad de sus emociones.

En las primeras sesiones reconocía únicamente la felicidad en un nivel 10 de intensidad hasta que poco a poco fue reconociendo distintas emociones dentro de las más significativas fueron el enojo y el descontrol en un nivel 10 (Fig. 10).

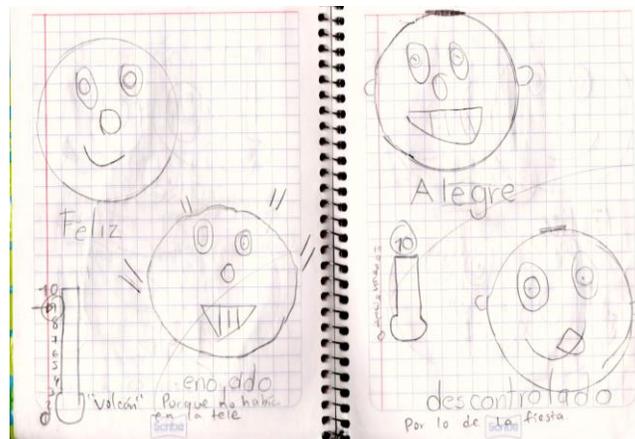


Figura 10. Termómetro de las emociones

Y respecto al entrenamiento en relajación muscular progresiva se hizo uso de la metáfora duros como piedra y aguados como gusanos que fueron nombres que B quiso asignarles y que quiso representar de manera gráfica para recordarlo con mayor facilidad (Fig. 11). Durante los 10 primeros segundos B tenía que inhalar mientras iba tensando todo su cuerpo de manera paulatina en 5 pasos comenzando por las piernas, los brazos, la espalda, el pecho y la cara, entonces se ponía duro como piedra, luego en 5 segundos sostenía el aire mientras se mantenía duro como piedra y en 10 segundos exhalaba mientras iba destensando su cuerpo con los mismos 5 pasos anteriormente descritos desde la cara hasta las piernas y se ponía aguado como gusano, tal como lo propuesto por Bunge, Gomar, & Mandil (2009).

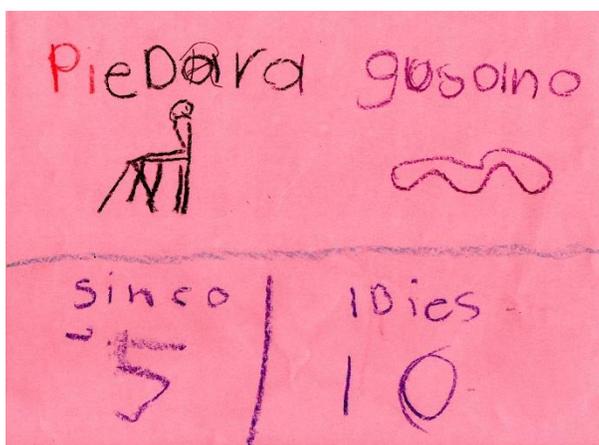


Figura 11.- Relajación muscular progresiva:
“Duros como piedra, aguados como gusano”.

SESIONES DE INTERVENCIÓN CON LOS PAPÁS DE B.

Además, durante el proceso terapéutico con B se incluyó el trabajo con padres con la finalidad de realizar sesiones de orientación y seguimiento, debido a que como plantea Gómez (2006) esta es una manera de incluir a los padres, quienes pretenden aclarar sus dudas y disminuir sus ansiedades, ya que al sentirse informados respecto sobre lo que sucede dentro del proceso terapéutico pueden tener la sensación de que mantienen el control sobre la situación y el desarrollo de su hijo.

Durante esta primera fase lo que se trabajó con los papás fue lo siguiente:

En la primera sesión de intervención de seguimiento y orientación con los padres, reportaron que B ya ha tirado la basura de envolturas de dulces en su lugar y que le ha comentado a su mamá que le ayude a tirar su basura pero la madre comenta que no han tirado toda la basura porque a ella no le ha dado tiempo de limpiar el rincón donde B tiene la basura, además comentan que B ya no llora ni se angustia por esta situación, pero que si se muestra angustia cuando pierde piezas de sus juguetes y durante la noche le comenta a la madre que no puede dormir si su mamá no le da su abrazo y le cuenta un cuento.

Otra cuestión que menciona la madre es que B continuamente quiere hacer lo que ella realiza y que siente que ella es temerosa de la integridad física de las personas y percibe que quizá se los transmite a sus hijos. Además, reportan que le han cortado las uñas a B. porque continuaba mordiéndoselas.

Y respecto a las reglas en casa el padre de B. comenta que quiere ponerlas pero que no puede porque la Sra. L no lo apoya y así se les dificulta ponerse de acuerdo, porque en el momento en el que el papá les llama la atención, por ejemplo, porque no se levantan temprano la mamá le dice que se calle que los deje en paz.

En esta sesión se reportan dificultades en la madre para deshacerse de objetos ya que comenta que B le pide ayuda para tirar su basura, pero pareciera que se presenta el fenómeno de la acomodación familiar, debido a que esto sucede cuando la familia se abstiene de desechar artículos y permitir que los niños adquieran artículos para evitar rabietas, la angustia del niño o el conflicto familiar (Park, McGuire & Storch, 2014).

Y por otra parte se observan desacuerdos y dificultades respecto a la disciplina en casa, por lo que en la siguiente sesión se planteó trabajar con los papás sobre el establecimiento de reglas y límites.

Durante la 2ª de intervención con los padres se tuvo como objetivo identificar y expresar emociones. En esta sesión se presentaron ambos padres, quienes llegaron 10 minutos tarde, por

lo cual el padre muestra inconformidad porque menciona que su esposa se tardó mucho en arreglarse y por ese motivo llegaron tarde a la sesión y que a él le generó estrés pero que prefirió no decirle nada para evitar problemas. Por lo que aquí la intervención que se realizó fue hacer reflexionar al Sr. A acerca de cómo es que influye su inexpresividad emocional en B y en la familia. A lo que respondió que él antes no era así pero que como su hija D se enoja por todo con él, igual que la Sra. L por eso prefiere callarse.

Posteriormente se realizó psicoeducación en relación a la importancia de la identificación y expresión de emociones básicas y secundarias, enfocándolo en el desarrollo de B, mencionándoles que la expresividad emocional puede ofrecer un clima de seguridad, respeto y confianza con su hijo, el cual se transmite a través de su tono de voz, gestos, contacto físico, etc.

Después se preguntó acerca de los cambios en B, a lo que respondieron que ya no se muerde las uñas, comentan que ya no se ha presentado el problema acerca de que B acumule objetos pero que presenta dificultades en la escuela porque se tarda mucho en copiar lo que le escribe su profesor de inglés, continua durmiendo con ellos porque tiene miedo de dormir solo, ante esto se les mencionó que podrían realizar algún ritual de acompañamiento con B antes de la hora de dormir, como por ejemplo contar un cuento.

En esta sesión se pudo reflejar la inexpresividad emocional de manera verbal por parte del papá de B, quien como menciona lo realiza para evitar problemas, sin embargo pareciera que este aspecto influía en la supresión de la expresividad emocional también presente en B. De esta manera realizar psicoeducación emocional con los padres fue una intervención significativa porque como menciona Bisquerra (2011), la educación emocional parte de la necesidad de que el adulto es un referente social y modelo del niño, a partir del cual imita la forma en que se expresan y regulan las emociones, debido a que los niños se suelen guiarse más por lo que ven que por lo que se les dice y a partir de esto se va conformando su desarrollo emocional.

Para la 3ª sesión de intervención de seguimiento y orientación con los papás de B se tuvo como finalidad de manera inicial continuar con la indagación acerca de la identificación y expresividad emocional pero posteriormente también se continuó con la implementación de una

estrategia de regulación emocional, debido a que la madre de B, comentaba que se sentía preocupada y ansiosa por la situación del temblor del 19 de septiembre de 2017, por lo que incluso ella junto con su hijo habían estado durmiendo en la sala por miedo a que volviera a suceder algo similar, mientras que el Sr. Arturo comenta que sintió miedo pero que él casi no siente esta emoción “ fue de las pocas veces que algo me ha dado miedo” (sic).

Respecto a la identificación y expresividad de emociones los padres comentaron que han estado ayudando a B con el automonitoreo diario y que esto también les ha ayudado a ellos a reconocer sus propias emociones. Sin embargo, ambos padres comentan que han observado que B ya expresa más emociones sobre todo el enojo: “ya vimos que se enoja más seguido y se pone todo rojo”. Pero el Sr. A comenta sentirse bien así sin expresar sus emociones porque él siempre ha sido así y que de esta manera se ha evitado muchos problemas en casa y en el trabajo.

Dado lo anterior, decidí implementar el modelamiento de un ejercicio de relajación muscular diafragmática que de igual manera se le había enseñado a B. Donde se les iba indicando la misma metodología utilizada con B: durante los 10 primeros segundos los papás tenía que inhalar mientras iba tensando todo su cuerpo de manera paulatina en 5 pasos comenzando por las piernas, los brazos, la espalda, el pecho y la cara, hasta ponerse duro como piedra, luego en 5 segundos sostendrían el aire mientras continuaban duros como piedra y en 10 segundos exhalaban mientras iban destensando su cuerpo con los mismos 5 pasos anteriormente descritos desde la cara hasta las piernas para finalizar poniéndose aguados como gusano. Al finalizar los padres lo realizaron con mi ayuda y posteriormente ellos solos en tres ocasiones repetidas.

Al final de esta actividad la Sra. L comenta que se siente mucho más tranquila, se les pregunta que de acuerdo a una escala del 0 al 10 (0 es estar relajados y 10 extremadamente ansiosos) que me comentaran en qué nivel identificaban que se situaban al inicio de la sesión y al finalizar, a lo que la Sra. L comenta que ella estaba en un 10 y que disminuyó está ansiedad a un 2, mientras que el Sr. A comenta que él no sentía ansiedad pero que si siente más tranquilo. Además se les pidió que implementaran y practicaran de manera constante esta estrategia en casa junto con B en momentos en los que observaran ansiedad y lograran de esta manera relajarse.

En esta sesión se reflejó como el padre de B minimiza la identificación y expresión de emociones negativas como la tristeza, que incluso también se observa en B, lo cual pudiera estar presente debido a estereotipos de género (Cuervo, 2009). Por otra parte, se observó que la madre de B presentaba un alto nivel de ansiedad y que por medio del modelamiento de la estrategia de relajación muscular diafragmática, logró regular su ansiedad.

Mientras que en la 4ª sesión de intervención con los papás de B se tuvo como objetivo incluir psicoeducación respecto a prácticas de crianza donde se incluyó el manejo de contingencias, reglas y límites. Fomentando la reflexión en los padres acerca de que reglas se les ocurría que podrían establecer en casa, explicándoles la importancia y beneficios que genera tener reglas; como por ejemplo: mayor estructura y seguridad a B al conocer de manera clara sus responsabilidades en casa por medio de horarios establecidos donde también se explicara cuáles podrían ser las consecuencias positivas y negativas de si se cumplen o no están reglas, por lo que se les quedó de tarea que realizaran esta reflexión y se pusieran de acuerdo juntos para establecer las reglas en casa, lo cual fue una actividad que se asignó para que realizaran durante el periodo vacacional.

Por otra parte, comentan que B ya duerme solo en otra habitación, que los padres personalizaron para él y que han observado que algo que le gusta a B es que su papá y a veces su mamá le cuenten cuentos antes de dormir y que en el área de socialización, ha estado mejorando porque ya les pone límites a los niños cuando no quiere hacer cosas que a él le parecen travesuras, la mamá reporta: “les dice que no lo quiere hacer porque eso no está bien, son unos niños traviesos”(sic). Incluso socializan más porque por primera vez B quiso que le realizaran su fiesta de cumpleaños para que invitaran a sus compañeros de su escuela.

En esta sesión se decidió incluir psicoeducación respecto al desarrollo de prácticas de crianza debido a que en este caso presentado se observaban inicialmente la práctica de crianza autoritaria por parte de la madre y un estilo de crianza permisivo por parte del padre, lo que pudiera estar influyendo en la regulación emocional de B, por lo que al promover un estilo de

crianza autoritativo o democrático se direcciona en la promoción de un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional (Barudy, 2010).

FASE 2: “EXPRESANDO MIS PROBLEMAS”
(SESIONES 32-44)

Al regresar del periodo vacacional, en la sesión 32 (17ª de intervención), B manifestaba poco contacto ocular, parecido a la primera sesión cuando nos conocimos. Se le pregunta acerca de cómo le fue en sus vacaciones, a lo que comenta que no salió a ningún lugar y que quisiera comentarme algo pero que le da pena:

B: “De nuevo podemos empezar desde cero, es que de nuevo me está ocurriendo”

T: Ok! Plátame que es lo que te está ocurriendo.

B: Gracias! Es que de nuevo empecé a guardar basura.

T: ¿en la cajita?

B: No, ahora la escondo en otra parte.

T: ¿En dónde lo escondes B?

B: Uy! Ya no me acuerdo

T: ¿A poco ya se te olvidó donde lo guardas?

B: Es que a veces busco rápido un lugar y la guardo.

T: ¿Qué tipo de cosas es lo que guardas?

B: Ahora palos de paleta

T: ¿A qué crees que se deberá que ahora guardas palos de paleta?

B: Me recuerda algo.

T: ¿Cómo que te recuerda?

B: Mm....(se queda pensando) que crees ya se me olvidó.

T: Ok y ¿en dónde te sucede esto?

B: En mi casa

T: Y en qué momentos es cuándo sientes esto de querer guardar algo?

B: Nunca los he contado

T: Mm... pero te das cuenta que sucede algo en ti o en tu familia que te hace que guardes basura?

B: En mí

T: ¿Cómo que sucede en ti?

B: Cómo que me descontrolo, me da ansiedad

T: En una escala del 1 al 10, como en nuestros emociònómetros ¿cuánto crees que sientes de descontrol y ansiedad?

B: 10

T: ¿Y qué crees que pasaría si te descontrolarás?

B: diría groserías o cosas malas.

T: ¿Qué crees que haya pasado para que esta conducta de guardar la basura regresara?

B: Casi nada, nada.

T: ¿Y esto para ti ahora es un problema?

B: Si, por eso quiero empezar desde cero.

T: ¿Y qué opinan tus papás?

B: Nada

T: Ok! ¿me quisieras contar algo más sobre esto que te sucede?

B: Mmm...creo que no.

Posteriormente se le agradeció por haberme tenido la confianza de contarme lo que le sucede y se le propuso realizar un ejercicio de relajación como los que habíamos estado realizando.

Después de que terminamos se quedaba observando el arenero y me comentó que quería jugar a hacer un castillo de arena, por lo cual se le permitió jugar. Lo que sucedió durante esta sesión fue lo siguiente:

Al inicio me pidió que cerrara los ojos mientras él enterraba juguetes en el arenero, después me pidió que buscara lo que él había escondido y me encontré un un castillo, yoyo, balero, su credencial de la escuela, barbies, muebles de casa y coches, luego me pide que yo los esconda y él cierra los ojos y se tapa la cara y continua su turno de encontrar las cosas que yo escondí, a lo que le reflejé:

T: Esto me recuerda a tus emociones que pareciera que primero estaban enterradas y que poco a poco las fuimos descubriendo”.

B: (Afirma con la cabeza) Hay ya me cansé de tanto revolver la arena.

T: Pareciera que a veces cuesta trabajo esconder todo, ¿será que a ti te gusta esconder algo en su vida?

B: Mmm... a veces tengo algunos secretos” (sic). Voy a esconder una casa de pobres que esta toda sucia.

T: Parece que continúas enterrando las cosas, como cuando guardas tus emociones o tus secretos, ¿que se te ocurre que pasaría si contaras tus secretos?

B: Pasarían cosas malas

T: ¿Cómo que cosas?

B: Tener una casa de pobres y empieza a esconder el castillo que le llamaba casa de pobres pero por más que lo tapaba por varios minutos no lograba tajarla por completo.

T: Hay veces que por más que queremos esconder, ocultar algo no se entierra, como ahorita que tratas de esconder cosas pero por más que le pones tierra aún se ven, no se pueden ocultar. Y en eso me pidió que buscara lo que él escondió.

B: No!! nuestros secretos, ya los descubriste.

T: ¿Cómo?

B: Si, por desenterrarlos, algunos como que mis papás se comporten distintos entre ellos y luego me dicen: tampoco le cuentes a tu psicóloga.

T: Ok! entonces ese es un secreto.

B: Mmmm... (se queda pensando, mientras su cuerpo y cara comienzan a tensarse) creo que si pasaron otras cosas más pero ya no me acuerdo. Ya me confundí.

T: Y ¿será que por eso te sientes confundido en lo que sientes? Quizá estás enojado por lo que sucedió entre tus papás pero a la vez también tienes miedo a descontrolarte y contar los secretos de la familia y que te vayan a regañar. Como ahorita que parece que estás controlándote mucho, que hasta empiezas a inflar tus cachetes y poner durito todo tu cuerpo.

B: No o no sé.

T: Pero por ejemplo, yo no le conté a tus papás lo que tú me contaste ellos me contaron a mí, la semana pasada que vinieron y me parece que en tus fantasías está que piensas que yo le dije a tus papás lo que me cuentas pero no es así, recuerda que todo lo que me digas es confidencial, es decir que solo lo sabremos tu y yo.

En esta sesión se pudo observar como B logró reconocer y expresar verbalmente que la conducta de acumulación para él es un problema, quizá no pudo haberla reconocido con anterioridad debido a la falta de insight acerca de esta conducta como problemática que se ha presentado en niños con Trastorno de Acumulación (Park, McGuire & Storch, 2014; Plimpton et al., 2009). Además pudo haber influido que en la fase anterior B logró identificar y expresar sus emociones negativas lo que posiblemente le permitió expresar y reconocer su problema.

Esta dificultad para expresar que la conducta de acumulación era un problema para él, también pudo estar asociada por la presencia de emociones negativas como la pena, la ansiedad y el descontrol, que B logró identificar y verbalizar en esta sesión, debido a que se ha visto presente en niños con sintomatología de Trastorno de Acumulación, que al experimentar emociones negativas realizan comportamientos de evitación de estas emociones internas no deseadas, al momento de acumular objetos lo cual a su vez les genera emociones como placer o consuelo además de reducir la ansiedad, regulando de esta manera sus emociones de una manera desadaptativa, (Frost & Stekeete, 2014; Tolin, 2018; Timpano, 2009).

Otro de los factores relacionados con lo mencionado en esta sesión por B, fue la asociación entre la conducta de acumular con los recuerdos, debido a que como menciona From (1974), una persona con Trastorno de Acumulación tienen creencias respecto a sus objetos de manera sentimental, por lo que de esta manera los objetos representan recuerdos y este tipo de personas tienden a idealizar el pasado.

Y por otra parte como mencionan Frost & Hartl (1996), los niños con esta sintomatología tienen problemas en la vinculación y creencias emocionales distorsionadas acerca de sus pertenencias basados en la vinculación emocional debido a que los objetos les funcionan como recordatorios significativos de sucesos importantes del pasado, convirtiéndose en extensiones del self. Por lo que, además al presentarse malestar en B en forma de angustia y llanto para deshacerse de los objetos, Lacan, (1962) plantea que esta dificultad para dejar de acumular también se observa del mismo modo ante las separaciones en sentido de las relaciones interpersonales, que en B se observó con la presencia de ansiedad por separación ante su figura materna.

Además se ha reportado que dentro de los factores ambientales asociados a la aparición de los síntomas del Trastorno de Acumulación se encuentran eventos estresantes tales como la violencia, acontecimiento que narró B antes de lograra identificar la presencia de la conducta de acumulación (Cromer, 2007; Dozier, Ayers, 2017), por lo cual pudo haberse presentado de nuevo esta conducta.

En la sesión 33(18ª de intervención) se retomó lo mencionado por B respecto a la temática de la sesión anterior cuando comentó que considera que la conducta de acumulación es un problema para él ya que en esta sesión llegó con expresión de preocupación y mencionó que es algo que está en su cabeza que no entiende, por lo cual en esta sesión se tuvo como objetivo que B pudiera expresar su problemática por medio del dibujo (Fig.12).

Debido a que como menciona Ledo, González & Calzada (2012) en el trabajo con niños, se considera que externalizar los problemas es fundamental para el desarrollo adecuado del niño, debido a que al percibir al problema como algo separado de él, no será afectada su identidad, ya que al utilizar un lenguaje que para él le resulta familiar el niño se atreverá a relatar su propia visión de lo que le ocurre.

B se tardó varios minutos dibujando en silencio y al final se le pidió que me contara respecto a lo que representaba su dibujo que le puso de nombre “Robod acumulador” (Fig. 12).

B: Robod acumulador tiene alas para meterse en mi cabeza.

T: ¿Qué te dice robod acumulador cuando se mete a tu cabeza?

B: Que acumule

T: Y ¿que pasaría si dejas de acumular, si no le haces caso a robod acumulador?

B: Que algo malo puede suceder

T: ¿Cómo que puede suceder?

B: Que me voy a descontrolar, que si no sigo acumulando se va de mi cabeza

T: ¿Y tú necesitas que esté ahí?

B: No

T: ¿Y te dice algo más?

B: Si, que va a volver

T: Y ¿tú que harías si vuelve?

B: Lo mataría, lo desaparecería.

T: Ok! entonces ahora robod acumulador será nuestro enemigo al que queremos vencer y matar y desaparecer.

B: ¿Te gustaría decirle algo a robod acumulador?

T: Que se muera, que se vaya al infierno, que se queme.

Al final B se mostraba más tranquilo, le agradecí su creatividad y disposición para haberme mostrado a robod acumulador y que juntos encontraríamos una solución para enfrentarnos con robod acumulador, por lo que jugaríamos a los espías del problema, quedándose de tarea que estuviera muy atento en anotar cuándo aparece robod acumulador en su vida, qué le dice, qué es lo que él hace y cómo reaccionan sus papás.

Al final se le explicó a los papás de B el dibujo de robod acumulador y se le pidió que ayudaran a B en la supervisión de tarea respecto al espionaje del problema y que además se involucran en la actividad mediante la identificación de sus propias respuestas ante el apareamiento de robod acumulador, anotando que es lo que hicieron también en ese momento.

Por lo que la tarea que quedó fue la siguiente:

- 1.- Que B identificara cuando o en qué momentos aparecía robod acumulador en su vida
- 2.- Que B identificara que le dice robod acumulador cuando aparece
- 3.- Que B identificara que es lo hace, su respuesta ante la aparición de robod acumulador
- 4.- Que los papás de B identificaran cómo responden ellos ante la aparición de robod acumulador.

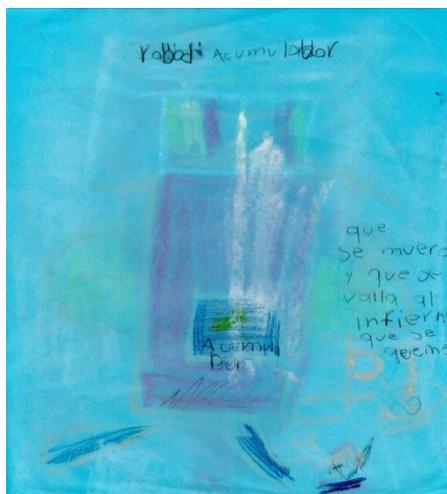


Figura 12. Robod acumulador
“expresión del problema”.

En esta sesión se pudo observar que B por medio de la expresión de su problema logró sentirse más tranquilo, con mayor creatividad y espontaneidad al expresar su problema separándolo de su identidad, por lo que por medio del dibujo se motivó para trabajar su dificultad en relación a la conducta de acumulación, lo que le amplió sus posibilidades de afrontamiento ante esta conducta tal como lo plantea Ledo, González & Calzada (2012) a través también de la utilización de un lenguaje externalizante lo que le permitió manejar el problema de una manera distinta verbalizando que continua presentándose esta conducta porque si deja de realizarlo se podría descontrolar y como se ha reportado en la literatura y mencionado con anterioridad se ha asociado la desregulación emocional en niños con Trastorno de Acumulación (Frost & Steeete, 2014; Tolin, 2018; Timpano, 2009).

Posteriormente en la sesión 36 (19ª de intervención) B comenta que se siente ansiedad en nivel 8 de que vuelva a aparecer robod acumulador pero que no ha aparecido en su vida. Por lo que se inicia nuevamente con los ejercicios de respiración muscular progresiva. Y a continuación se revisó la tarea que se había dejado la sesión anterior en relación al espionaje de robod acumulador, pero comenta que ya no la hizo porque robod acumulador no apareció en la semana y me comenta “ya hay que empezar a trabajar” (sic), por lo que le señalizó que pareciera que no quiere hablar sobre esa temática y qué es importante recordar cual había sido la tarea para que nuevamente este atento en la próxima semana acerca de lo que quisiera que realizara para poder espiar y derrotar a robod acumulador.

Se continúa platicando a B que en esta sesión trabajaríamos con un libro donde yo fui seleccionado y adecuando algunas páginas que me parecieron conveniente del libro” qué puedo hacer cuando me obsesiono demasiado: un libro para ayudar a los niños con TOC” del autor Dawn Huebner (2011); ilustraciones de Bonnie Matthews; traducción y adaptación Fernando Sánchez Sánchez. Cabe mencionar que únicamente se tomaron en cuenta algunas páginas de este libro en relación a la temática de acumulación ya que en este libro lo incluyen porque anteriormente el Trastorno de Acumulación era considerado un subtipo del TOC dentro del DSM-IV (Fontenelle & Grant, 2014).

Se trabajó con el Capítulo 1 titulado: ¿estás guardando basura? En este apartado se menciona que a varios niños les sucede algo parecido como lo que le sucede a él, respecto al acumular basura, pero que quizá por pena no lo cuentan a sus papás o a las demás personas. Posteriormente leímos lo siguiente:

Normalmente no pensamos mucho en la basura. No tenemos clases de basurología ni tampoco leemos libros que traten sobre este tema (¡excepto este!). Simplemente sabemos cuándo hay que tirar algo a la basura y lo tiramos. Esto lo hacemos así porque dentro de nuestra cabeza, en el cerebro, hay una especie de máquina clasificadora. Esta máquina clasificadora es capaz de diferenciar entre las cosas importantes y las que hay que tirar. Ni siquiera tenemos que pensar en ello. Automáticamente nuestro cerebro nos dice ¡eso es basura! y nosotros lo tiramos.

Pero ¿Qué pasaría si no funcionara si no funcionara bien la máquina clasificadora de nuestro cerebro que nos dice que guardar y lo que tenemos que tirar? ¿Qué pasaría si pensáramos que todas las cosas son igual de importantes y que debemos guardar todas?

Pues pasaría que tendrías en casa miles de rollos de papel higiénicos vacíos, por ejemplo. Tú baúl de los juguetes estaría lleno de cajas de cartón, de envolturas de plástico y todas las cosas que envolvían a los juguetes cuando los compraste. Todos tus cajones estarían llenos de camisetas que ya no te quedan, de cordones de zapato rotos y de restos de otras basuras. Tendrías

montones de juguetes rotos y de pañuelos usados. Entonces si no tuvieras una máquina clasificadora en tu cerebro, tu casa sería un completo desastre.

Podría ser bastante fastidioso, ¿no? acabarías perdiendo horas y horas buscando cosas. Pues esto es justo lo que habría pasado si no supieras separar las cosas importantes de las cosas que son basura. Afortunadamente tenemos una máquina clasificadora en nuestro cerebro que evita que nuestras casas acaben abarrotadas de cosas. Esa máquina también sirve para evitar que nuestro propio cerebro quede abarrotado. Entonces la máquina clasificadora examina cada uno de los pensamientos que pasan por nuestra cabeza y decide dónde deben ir.

Y posteriormente se mostró un ejercicio de ejemplo donde menciona que eligiera que pensamientos merece la pena guardar y cuáles no.

Después menciona: Pero a veces es fácil saber qué pensamientos merece la pena conservar y cuáles hay que tirar. Pero otras veces no es tan fácil. En ocasiones los pensamientos basura te dicen que algo malo puede suceder cuando en realidad estás completamente a salvo. Y otras veces, sencillamente, la máquina clasificadora se confunde y los mezcla. Cuando esto sucede los pensamientos basura van a parar al cajón de los pensamientos que hay que guardar.

Estos pensamientos te dicen que necesitas hacer las cosas de determinada manera para estar a salvo, te hacen sentir inseguro y antes de que te des cuenta, esos pensamientos controlan tu vida. Si te ha pasado esto alguna vez, es posible que tu máquina clasificadora tenga un atasco y esté enviando los pensamientos basura al cajón de guardar y quizá en tu cerebro no se ha activado la alarma que dice “¡Cuidado, eso es basura!” (Huebner, 2011).

Ante lo anteriormente mencionado B comenta: “como mi hermana que tiene un regadero en su cuarto con sus calcetines apestosos” (sic). Además de que ha visto un programa donde los viejitos acumulan cosas que incluso ya no pueden estar cómodos en sus casas y menciona que él ha llegado a guardar basura pero no ha llegado a esos extremos de tener tanta basura en su casa.

La sesión anteriormente descrita fue de psicoeducación respecto a la problemática en relación con la sintomatología de acumulación, que posteriormente también se trabajó con los papás de B. Lo que permitió que el niño identificara que esta conducta se asocia con determinadas emociones y pensamientos así como también le ayudó a entender las consecuencias que pueden ocurrir si continúa acumulando.

Desarrollo de habilidades de afrontamiento

En la sesión 37 (20ª de intervención), nuevamente le pedí que me platicara acerca de cómo le había ido en su tarea del espionaje de robod acumulador y comenta que no ha aparecido en su vida.

Y se continuó nuevamente practicando los ejercicios de relajación y después con la adecuación del capítulo 7 del mismo libro se le explicó a B algunas herramientas de afrontamiento para que las conociera en caso de que apareciera robod acumulador

1er herramienta: *“El espía”*.

Que fue explicado y que se quedó de tarea junto con los papás de B, donde se mencionan algunos ejemplos de lo que le puede decir a robod acumulador cuando aparezca en su vida como por ejemplo: ¡te he descubierto! ¡alerta eso es basura!.

2ª herramienta: *“Contestarle a robod acumulador”*

Donde se enfatiza en algunas formas de decirle a robod acumulador que se tranquilice y que lo deje de molestar, que lo deje en paz.

Entre los ejemplos que se mencionan en el libro son decirle: *¡No tengo porque escucharte!, ¡Eso es basura!, ¡Tengo cosas mejores que hacer!, ¡deja de molestarme!*.

3ª herramienta: *“Enseñarle a robod acumulador quien es el que manda”*

En esta herramienta se utilizan varias opciones:

Método 1: Hacerle esperar.

Decir a robod acumulador: “No voy a hacer eso ahora”. Haciendo esperar a robod acumulador 10 minutos por ejemplo, mientras el niño se pone a hacer algo que le interese o divierta. A lo que B responde que podría ponerse a escuchar música o jugar.

Método 2: Alejarse

Se menciona un ejemplo, si robod acumulador aparece cuando él está en su cuarto solo cambiar de lugar, irse a la sala o salir al parque, para que tenga menos poder sobre él.

Método 3: Poner límites

Decir a robod acumulador: “Me estás haciendo perder mi tiempo”. Entonces si robod acumulador quiere que tires basura 3 veces al día hacerlo menos veces por ejemplo disminuir a 2 veces para ir disminuyendo la conducta.

Método 4: Hazlo divertido

Burlándose de robod acumulador, por ejemplo contar a lo loco, dibujar a robod acumulador de manera chistosa y divertida, ridiculizándolo.

Método 5: Valoración del miedo y/o ansiedad

Por medio del termómetro de las emociones valorar qué tan nervioso se siente o con miedo de que aparezca robod acumulador.

Por lo que se le pidió a B que valorara que emoción sentía en este momento respecto a que apareciera aparición de robod acumulador y comentó que siente un nivel 5 de miedo, que para él significaba que estaba aterrorizado en que volviera aparecer. Y se quedó de tarea que si apareciera robod acumulador aplicara estas herramientas.

Esta sesión tuvo como finalidad continuar con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento donde se incluyeron autoinstrucciones ante la aparición de la conducta de acumulación ya que se ha reportado en la literatura su eficacia en procesos de intervención en

casos de niños con sintomatología de Trastorno de Acumulación con el objetivo de que el niño sea capaz de regular efectivamente su comportamiento y de esta manera también se reduzca la conducta de acumulación (Ale et al., 2014; Child Mind Institute, 2018; Gallo et al., 2013; Park, McGuire & Storch, 2014).

En la sesión 38 (21ª de intervención) se continuó con la revisión de la tarea y nuevamente el niño comenta que no ha aparecido robod acumulador en su vida. Por lo que se continúa pidiéndole a B que represente en un dibujo cómo es que explica que entonces ya no aparece robod acumulador a su vida (Fig. 13).

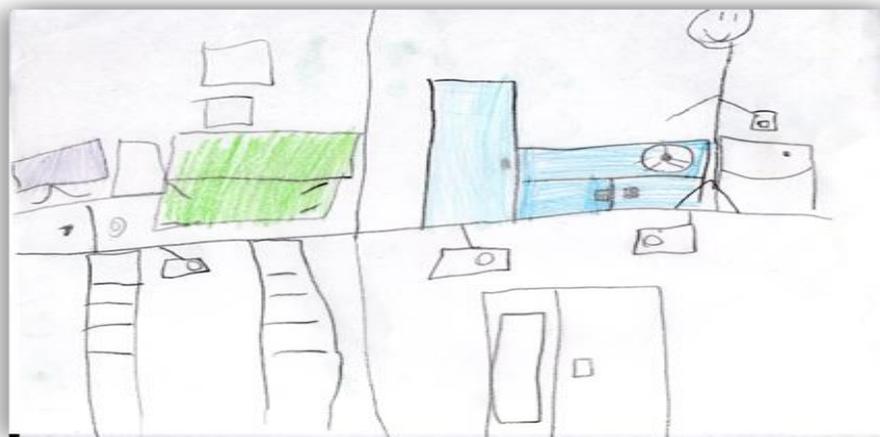


Figura 13. Enfrentando a robod acumulador.

Se tardó varios minutos en dibujar en silencio y posteriormente le pedí que me contara acerca de lo que representaba su dibujo, donde comentó que había dibujado su casa, con la virgen que tienen, unos cuadros de pinturas, un automóvil y un cuarto donde guardan cosas antiguas, juguetes de él y menciona que ahí era donde tenía la caja y el bote donde él guardaba la basura.

Y también se le pidió que se dibujara él, cómo es que se observa ante esta conducta de guardar basura, a lo que comentó que ya se duerme solo y se siente muy feliz acerca de esto, de que su mamá le personalizara su cuarto.

Respecto a su dibujo comenta que se dibujó a él tirando la basura en su lugar en el bote que tienen en la cocina: “porqué yo ya dejé de guardar la basura donde no debo” (sic).

Posteriormente le pregunté acerca de lo que pasó en él que dejó de guardar basura y comenta:

B: Es que pasó algo en mi cerebro.

T: ¿Qué pasaba en tu mente?

B: Como que no me entendía y empezaba a guardar basura.

T: ¿Y cómo te sentías después de que guardabas la basura?

B: Más tranquilo pero menos feliz, porque ya funciona mi máquina organizadora, donde tengo un botón de guardar y tirar.

T: Y ¿cual botón funciona mejor en estos momentos en tu maquina organizadora?

B: El botón de tirar, por ejemplo en la escuela ya tiro la basura de la punta de mis colores en el bote de basura y en mi casa ya tiro las envolturas de los dulces.

T: Ok! Me mencionas cosas que tiras, ¿pero tu botón de guardar se activa en algún momento?

B: Mm... si, bueno, solo cuando salgo de mi casa a lugares bonitos guardo fotos de esos lugares en el celular de mis papás.

Debido a que en las últimas sesiones B ha estado mencionando de manera constante que robod acumulador ya no se ha presentado en su vida fue que se le pidió que representara como es que explica esto. De esta manera a partir de su dibujo se observa que él ya se percibe con menor ansiedad y empoderamiento ante la conducta de acumulación, además de que verbaliza que tipo de objetos ya logra tirar a la basura y al finalizar la sesión comenta que únicamente guarda fotos que pudieran estar asociados a recuerdos, debido a que pareciera que B idealiza el pasado, tal como lo plantea Fromm (1974) en su teoría de la personalidad quien sugiere que las personas suelen adquirir cosas tanto tangibles como intangibles porque son demasiado sentimentales acerca de los recuerdos.

En la sesión 39 (22ª de intervención) se tuvo como objetivo realizar un ritual para la despedida de la conducta de acumulación. Primero se realizó una retroalimentación de lo que ha sucedido en sesiones anteriores con respecto a robod acumulador y le pregunté si le gustaría que su dibujo de robod acumulador se quedara en la carpeta de terapia o que le gustaría que realizáramos como ritual para vencerlo y comenta: “No lo quiero en mi carpeta, quiero que desaparezca de mi vida, lo voy a hacer invisible”(sic). Ante esto le pedí que antes de

desaparecerlo me gustaría que imaginara que robod acumulador aparece en su vida que herramientas de las que utilizamos aplicaría, dibujándolo o diciéndoselo, ante esto B comentó:

B: cuando lo encuentre le diría: Ya te encontré... No me molestes! Ya te vencí! Vete al infierno! (se lo decía con un tono de voz expresando enojo).

Después de esto le pregunté acerca de cómo quiere que realicemos este ritual para desaparecerlo y menciona que quisiera colorearlo con gis blanco, por lo que comenzó a colorearlo con mucha fuerza de una manera muy remarcada y reiterativamente por varios minutos y le decía: “Ya te hice popo! Ya eres caca! Jajajajaja ¡ya no regresaras!” (sic). Y se reía manifestando aumento de alegría, también le decía: “Ya no existes en mi vida! Ya te desaparecí! Ya te vencí!” (sic). Y después lo avienta al suelo y en eso observamos el reloj y era momento de guardar el material y a robod acumulador lo dejamos ahí en el suelo como si ya no existiera (Fig14).



Figura 14. Derrotando a robod acumulador.

Se pudo observar que B fue capaz de aplicar las estrategias de afrontamiento basada en autoinstrucciones explicadas en sesiones anteriores para vencer a robod acumulador, tales como la herramienta del espía, contestarle a robod acumulador y hacerlo divertido de una manera ridiculizada, lo que también le permitió realizar su ritual de despedida sacando a robod de acumulador de su carpeta de terapia y desapareciéndolo. Cabe resaltar que se decidió realización un ritual terapéutico debido a que se ha reportado que este tipo de estrategias son empleadas para resolver problemas, disminuir o eliminar síntomas (Freeman, Epston & Lobovits, 2001). Además debido a lo anteriormente descrito y que B comentaba que ya no se ha

presentado la conducta de acumulación al igual que sus padres, se decidió continuar con el proceso de cierre terapéutico ya que se había solucionado el motivo de consulta por el cual asistieron los papás de B.

Mientras que a partir de la sesión 41 (23ª de intervención) a la 43 (25 de intervención) se continuó con el proceso del cierre terapéutico. En esta sesión se le comentó a B que está por terminar el proceso de terapia pero que todavía tendríamos varias sesiones más para poder irnos despidiendo mientras recordaríamos lo que hemos estado realizando, por lo cual se le pidió de tarea que junto con sus papás representara por medio de un dibujo o una carta los aprendizajes logrados y también se le mencionó que faltaban algunas sesiones de evaluación para finalizar con un festejo de fin de su terapia.

Entonces comenzamos con la recapitulación con B acerca de lo realizado durante el proceso terapéutico, por lo que se le pidió que lo representara de una manera que fuera útil también para explicárselo a otros niños. Se quedó pensando por varios minutos como hacerlo y dijo que primero quería hacer un borrador donde realizó la división de una hoja en varios cuadrantes comentando que realizaría primero un dibujo de cómo nos conocimos en la primera sesión de juego que tuvimos para lo cual realizó una casa.

Después decidió poner el título “Los problemas” con limpiapipas en la cartulina, comenta que para que se viera más inflado y se le señaló que pareciera que estaba más creativo porque él elegía de manera espontánea que materiales utilizar y qué realizar. Le señalicé que me llamó la atención que le pusiera ese título a su trabajo y le pregunté acerca de que problemas sentía que tenía él y comenta que su problema era guardar basura pero que al principio le daba pena contarle.

B continuó con la actividad representando las sesiones de evaluación y cómo es que iniciamos las sesiones de intervención mediante una carpeta de terapia y a continuación colocó varios colores que representaban las emociones, mediante la utilización de pinturas donde los coloca de manera separada, comentando que aprendió a identificarlas en él y en otras personas las emociones como el enojo, la tristeza, el asco, aburrimiento, soledad, alegría, afecto, en otro

de los recuadros representó como es que pudo diferenciar la tristeza del enojo y lograr expresarlas y regularlas.

Posteriormente continuó colocando un termómetro de las emociones y cómo es que con la ayuda de los ejercicios de relajación de duros como piedra y aguados como gusanos lograba sentirse menos enojado o ansioso y por último representó como fue que habló acerca de su problemática y surgió el robot acumulador contra el cual él fue el vencedor y se dibujó a sí mismo y a él mientras comenta “Ahora ya soy un niño normal”(sic) (Fig.15).

Luego se revisó la tarea en relación a los aprendizajes logrados durante la terapia que realizaron B junto con sus papás (Fig. 16), quienes por medio de un reloj colocaron sus logros y aparte B escribió una carta que contenía lo siguiente:

“Hola soy B y quiero platicarles lo que he aprendido con la Dra. Naty en el tiempo que he llevado en la terapia aprendí sobre las emociones: feliz, enojo, triste, confundido y muchas otras. He aprendido a guardar mis juguetes, ejercicios de relajación, también a dormir solo en mi cuarto, a tirar la basura en su lugar, a ser ordenado, a no estar con mi mamá en todos lados y mi mamá dice que le ayudó a saber poner límites” (sic).



Figura 15. Representación del proceso de terapia.

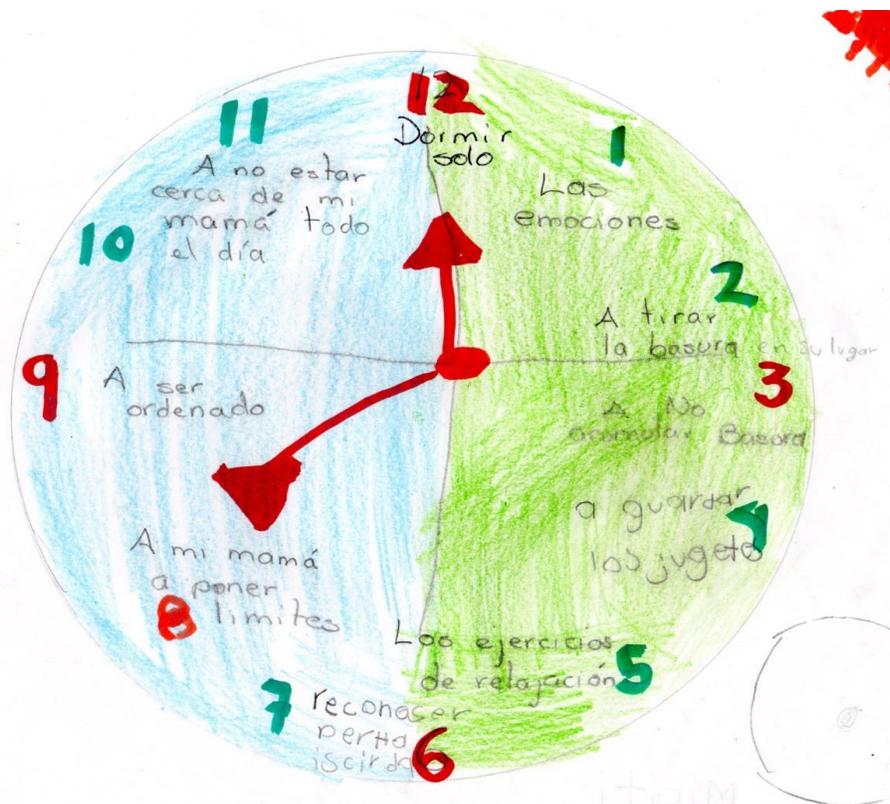


Figura 16. Aprendizajes logrados durante la terapia.

SESIONES DE FASE DE INTERVENCIÓN CON LOS PAPÁS DE B.

En la 5ª sesión de intervención con los papás de B, comencé preguntándoles acerca de cómo les había ido en las vacaciones y comentaron que más o menos porque no salieron de vacaciones y comenzaron a echarse la culpa.

Posteriormente comentan que dentro de los cambios que han observado en B es que ha continuado durmiendo solo sin dificultades. Además, en su escuela ya no lo molestan y tiene varios amigos. Sin embargo, comentan que ha vuelto a guardar basura, pero en menor cantidad, “me dijo que quería guardar un pedacito de hilo que encontró en el suelo de las sobras de mi costura de la ropa, B me dijo: me siento preocupado es que quiero recoger ese pedacito de

pescadito (manualidad de fieltro), entonces se lo rompí para que viera que es algo que no sirve y que va en el bote de basura y la tiré” (sic).

Y después la Sra. L comenta que justo en noviembre un poco antes de vacaciones el Sr. A no quiso manejar de noche porque estaba cansado para llevarla al velorio de quien fue la esposa del padre de la Sra. L. Por lo que ella continuaba insistiendo en que la llevara porque para ella si era una persona importante y entonces dijo: “me jaló de la trenza (en un tono tranquilo)” “y yo siento que solo puso pretextos para no llevarme”, “siempre ha sido muy grosero también con mi familia, los ha corrido de la casa cuando van a visitarme” (sic) . A lo que el Sr. A respondió “pues yo le dije que la llevaría, pero ella no se aceptó mis términos, entonces para que hablo no? (expresando enojo). “Sucede que primero dijo bueno ya vámonos a dormir, dejó dormido y solo a B y por eso él se espantó y entonces yo la quise hacer entender, pero de otra forma no entendió, no me quedó de otra y fue cuando pasó eso, si no fuera por mi cuñada que la tranquilizó y la hizo entender que ya no fuimos” (sic).

Sra. L: Pero yo creo que eso no era razón para que me hayas golpeado

Sr. A.: Pero tú diste la primera, tú empezaste a agredir. Yo no puedo opinar porque de todos modos ella no lo va a aceptar, nunca lo va a hacer. Quizá ella ha de decir es una forma de que ella tenga el poder....

Sra: L: Pero te pasaste

Posteriormente les comenté la importancia de la regulación de emociones en ellos mismos y les pregunté acerca de ellos cómo le hacen para disminuir su enojo.

Sra. L: “Cuando estoy enojada lloro, pero no golpeo no aviento, estoy platicando pero llorando, no agredo físicamente a lo mejor verbalmente si pero solo por ejemplo puedo decir: “pues ya no voy a la casa de tus papás”, para mí esa es la forma de discutir. Puedo estar discutiendo con él pero no digo nada de malas palabras” (sic).

Sr. A: Pero su tú me has llegado a mentar la madre, a decir que soy un inútil, cosa que yo no lo hago, porque yo casi no me enojo.

A continuación, se les preguntó acerca de si han estado practicando los ejercicios de relajación que se le modeló la sesión anterior, ante esto la Sra L. comenta que si lo ha practicado con B pero el Sr. A menciona que no ha tenido tiempo para practicar los ejercicios.

Luego se preguntó acerca de las reglas que han estado poniendo en casa a lo que comentaron que ya tienen horarios establecidos en una cartulina en la sala acerca de los horarios de dormir, comer, levantarse y tiempo de juego. Pero que han tenido dificultades en los fines de semana para que B haga la tarea y para que los lunes el niño no tenga problemas al regresar a la escuela sobre todo ahora en el periodo vacacional. Ante esto la Sra. L comentó: “es que en los fines de semana si relajo mucho la disciplina y no hicimos la tarea” (sic). Por lo que les recordé la importancia de tener también rutina, horarios en fines de semana y en vacaciones.

Y por último se les pidió que practicáramos la estrategia de relajación que habíamos realizado la sesión anterior y que la practicaran en casa.

De esta manera en esta sesión se continuó con psicoeducación respecto a reglas y límites debido a que había quedado de tarea que los padres se pusieran de acuerdo durante el periodo vacacional, por lo que parece que si han estado implementando algunas rutinas en casa sin embargo no han sido constantes.

También se observó que en un fragmento del discurso del padre comenta que prefiere no hablar y niega la experimentación de la emoción del enojo, por lo que esto puede estar influyendo en cómo B prefiere guardarse secretos, no expresar su opinión y emociones.

Por otra parte la madre de B comenta la aparición de la sintomatología de acumulación en B, así como la narración de un evento de violencia intrafamiliar, lo cual pudo haber sido un factor precipitante debido a que se ha reportado que dentro de los factores ambientales asociados a la aparición de los síntomas del Trastorno de Acumulación se encuentran eventos estresantes tales como la violencia (Cromer, 2007; Dozier, Ayers, 2017).

Mientras que en la sesión 6^a los papás de B se presentaron de manera puntual, quienes comentan que estaban cansados; el papá por cuestiones del trabajo y la mamá por labores de la casa aunado a que ha manifestado dolores de columna. Esta sesión tuvo como objetivo realizar psicoeducación respecto a la sintomatología de acumulación e incluir a los padres en la tarea de espionaje de robod acumulador.

Se les mostró nuevamente el dibujado realizado de robod acumulador a los padres para explicarles la metáfora y que de esta manera también fueran separando la problemática de acumulación de la identidad de B. Ante esto los padres comentaron que han observado que B ya no guarda basura.

Después se les pidió a los papás que a partir del conocimiento de este personaje ayudaran a B a realizar una tarea de espionaje del problema, en el que anotaran lo descrito en la Tabla 4 que se refiere al formato de registro de espionaje ante la aparición de robod acumulador.

Tabla 4.

Registro de espionaje de robod acumulador

1.- ¿Cuándo aparece robod acumulador?	2.- ¿Por cuánto tiempo aparece/permanece robod acumulador?	2.- ¿Qué te dice robod acumulador cuando aparece?	3.- ¿Qué hago cuando aparece robod acumulador?	4.- ¿Qué hacen mis papás cuando aparece robod acumulador?

Posteriormente por medio de la adaptación del libro “qué puedo hacer cuando me obsesiono demasiado: un libro para ayudar a los niños con TOC” Huebner (2011); el mismo libro en el que nos basamos para la psicoeducación con B acerca de la problemática de acumulación se les explicó de igual manera a los padres, lo cual ya fue descrito con mayor detalle anteriormente en la sesión 36 (19ª de intervención).

De esta manera observamos que a partir de que B pudo expresar su problema de acumulación por medio del dibujo permitió que se incluyera a los padres de una manera lúdica y metafórica, que de acuerdo con Freeman, Epston & Lobovits (2001) motiva al niño en el espionaje y enfrentamiento del problema, además de que permite observar al niño de una manera separada del problema (Ledo, González & Calzada, 2012).

Y en la 7ª sesión con los papás se les preguntó acerca la tarea del espionaje del problema a lo que mencionaron que han visto que ya no ha aparecido robod acumulador. Además, reportaron que notan más tranquilo a B, en la relación con los compañeros de su escuela ya no lo molestan se lleva mejor con varios niños y ya la mamá comenta que se siente más libre porque ya no la persigue a todos lados, porque B ya es más independiente, se duerme solo y que ven que ha tenido varios cambios en sus emociones porque ya se expresa mejor que incluso lo eligieron para que recitara un poema en su escuela.

Después se indagó acerca de cómo les había ido en el aspecto en relación con los límites ante lo que comentan los padres que han sido más constantes en el cumplimiento de las reglas, ya tiene horarios fijos de dormir, despertar comer todos los días. Y el señor A comenta que se ha involucrado más con B, por ejemplo, para ayudarlo a bañarse y contándole un cuento en la noche o en ocasiones jugando con él y que además han incluido a B en el involucramiento de las responsabilidades en casa como lavar los trastes y limpiar la mesa.

Posteriormente de igual manera como se realizó con B se les presentó las estrategias de afrontamiento para que conocieran formas de ayudarle a su hijo a vencer a robod acumulador (se mencionaron más detalladamente en la sesión 37 (20ª de intervención).

A continuación, se realizó una recapitulación acerca de lo que se estuvo realizando durante el proceso de terapia tanto con B como con los papás y se les planteó a los padres el cierre del proceso terapéutico debido a que las metas terapéuticas y el motivo de consulta se habían resuelto. A lo que el Sr. A mostró aceptación y la Sra. L mostró angustia diciendo: “ahora que vamos a hacer sin usted, ahora que ya no venga B, porque todavía está en etapa de crecimiento y desarrollo y que tal si se nos atora en algún momento y crece como mi hija D toda torcida” (sic). A lo que le respondí que si ellos estaban de acuerdo en terminar el proceso habría un periodo para preparar el cierre con B y de evaluación, así como un festejo del fin de la terapia y seguimientos telefónicos cada 3 meses, por lo que disminuyó la angustia de la Sra L y aceptaron que concluyera la terapia de B.

En esta última sesión con los padres se pudo observar que han estado más constantes y firmes en la cuestión de reglas y límites en casa, reconocen cambios en B en relación a que han observado que no se ha presentado angustia ante la separación de objetos en B ya que tira la basura en su lugar, comentan que es un niño más independiente, ya no existe colecho debido a que B duerme solo, ha logrado expresar sus emociones, mantiene una mejor relación con sus compañeros de clase y la madre reporta que ya B ya no presenta ansiedad por separación por lo cual se observa que el motivo de consulta se ha resuelto razón por la cual se les planteó la finalización del proceso terapéutico de B a los papás.

Sesión de cierre

A esta última sesión B invitó a su familia. Se presentaron todos de manera puntual. Y se realizó el festejo del fin de terapia de B para lo cual él quiso que se le llevara pizza y pastel. La familia de B se mostraban orgullosos de B, quienes le manifestaron sus felicitaciones por sus logros. Después se continuó con la recapitulación de lo que se realizó durante el proceso terapéutico basado en los trabajos guardados en la carpeta de terapia que B se le entregó para que se llevara a casa. A continuación se le se le entregó un diploma a B (Fig.17). Y para finalizar se les comentó que se harían seguimientos telefónico cada 3 meses con la finalidad de dar continuidad al proceso terapéutico.

Para esta sesión de cierre se decidió entregarle a B un diploma por los logros y aprendizajes logrados durante la terapia, debido a que como mencionan Freeman, Epston, & Lobovits, (2001), la terapia narrativa incluye técnicas de contradocumentación entre las que se incluyen cartas, certificados y diplomas que suelen entregarse en un marco de celebración de fin de terapia con niños, que den testimonio de los nuevos relatos donde se resaltan los logros en las habilidades de vida con las que el niño ha conseguido cambiar su historia, en este caso se observa que tanto el niño como su familia lograron separar la problemática de acumulación de la identidad del niño.

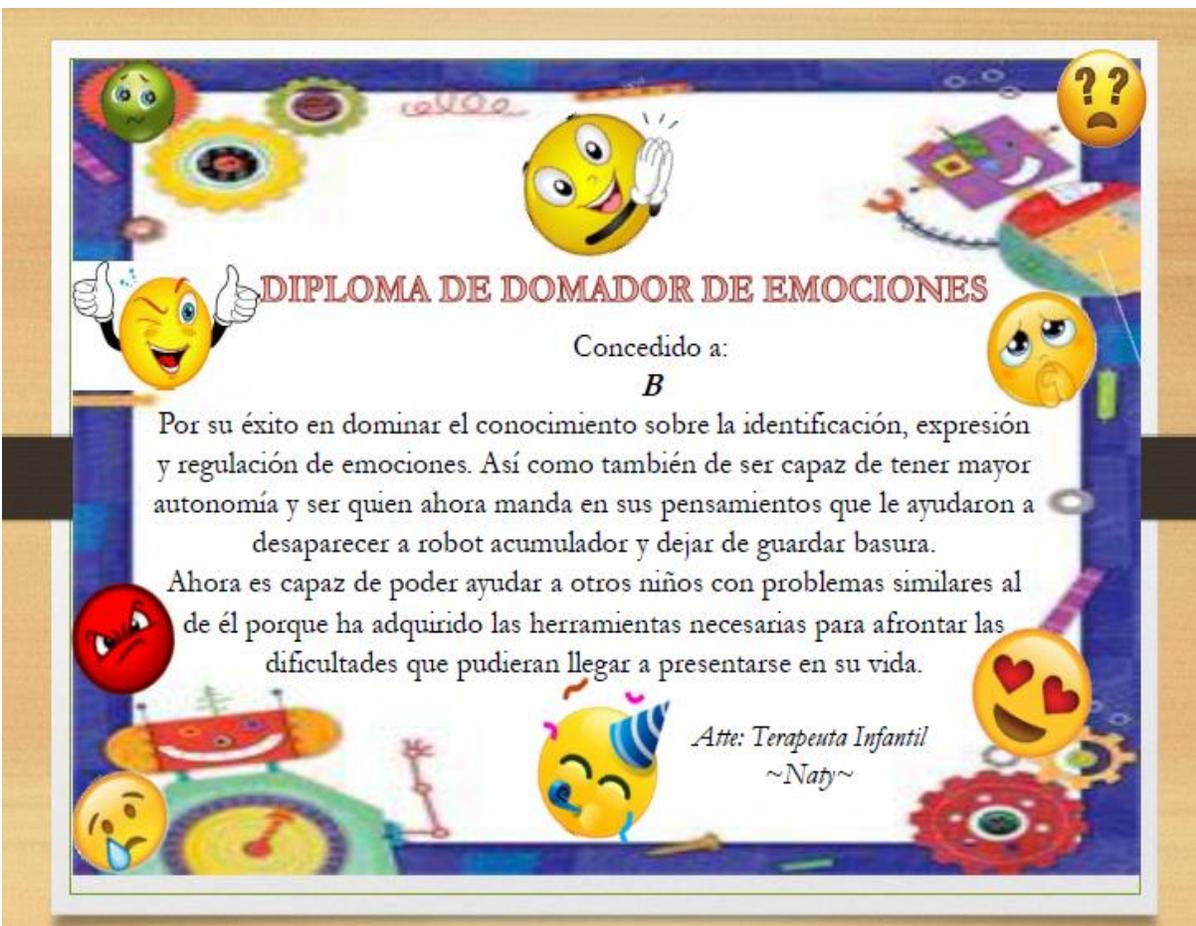


Figura 17. Diploma de celebración de fin de terapia de B.

FASE DE EVALUACIÓN FINAL

Sesiones 45-48

Resultados de la evaluación final

Como se mencionó con anterioridad, en las últimas sesiones se realizó una evaluación post-tratamiento, con la finalidad de observar los cambios obtenidos después del proceso terapéutico. El tiempo que transcurrió entre la primera evaluación y esta última fue de doce meses aproximadamente, por lo que B tenía 7 años seis meses en el momento de esta evaluación.

Área perceptomotora

En el Test Gestáltico Visomotor de Bender, B obtuvo un nivel de maduración visomotriz equivalente a 7 años 0 meses a 7 años 5 meses, comparando su desempeño con la ejecución de otros niños en función a las puntuaciones normalizadas, obteniendo un total de 6 errores, por lo que el desempeño de B se encuentra dentro del promedio para lo esperado de acuerdo a su rango de edad cronológico, por lo cual presenta un adecuado desempeño en la lectoescritura aunado a indicadores emocionales asociados con timidez.

Mientras que en el DTVP-3, B presenta un índice Compuesto de integración visomotora (IVM) de 109, con un rango percentil de 73, ubicado dentro del promedio para lo esperado de acuerdo a su edad, mientras que en el índice compuesto de percepción visual con respuesta motriz reducida (PVRMR) obtuvo un índice compuesto de 100, con un rango percentil de 50, ubicándose dentro de la categoría diagnóstica dentro del promedio y en el índice de percepción visual general (PVG) obtuvo un índice compuesto de 91, con un rango percentil de 27, lo cual lo coloca dentro del promedio para su edad. (Tabla 5 y Fig. 18). Por lo que ahora B, obtuvo una discrepancia de 9 puntos entre el índice compuesto de integración visomotora y el índice de percepción visual con respuesta motriz reducida, lo cual no es clínicamente significativo.

Los resultados anteriores indican que B todavía cuenta con la madurez necesaria en materia de coordinación e integración visomotora, lo que le permite tener un adecuado desempeño dentro del promedio para lo esperado para su edad en el área de la lectoescritura.

Tabla 5. Resultados de B obtenidos en las subpruebas del DTVP-3 en la evaluación post-tratamiento.

Compuesto	Índice Compuesto	Rango percentil	Rango descriptivo
Índice de Integración Visomotora (IVM)	109	73	Promedio
Índice de percepción visual general (PVG)	91	27	Promedio
índice de percepción visual con respuesta motriz reducida (PVRMR)	100	50	Promedio

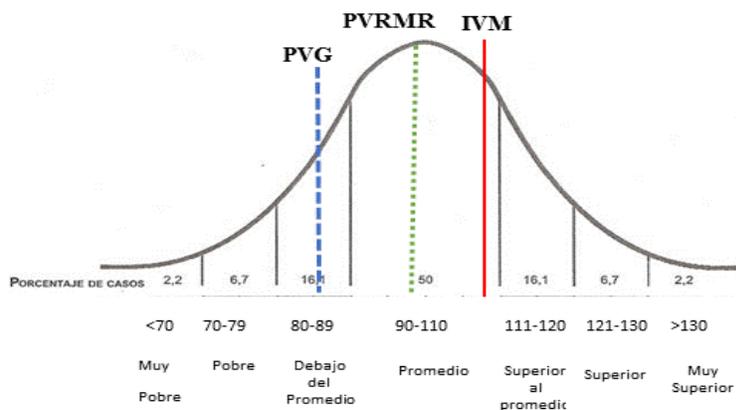


Figura 18.- Representación diagnóstica de los resultados de B obtenidos en los índices compuestos del DTVP-3 en la evaluación post- tratamiento.

Área Intelectual

B obtuvo un Coeficiente Intelectual Total (CIT) de 97, en el percentil 45, con un intervalo de confianza de 93-103, situándose dentro del promedio para su grupo de edad. En el índice de comprensión verbal (ICV), el desempeño de B se encuentra dentro del rango promedio alto en relación a lo esperado para su edad, con un índice compuesto de 114, situándose en el percentil

82, con un intervalo de confianza de 106-120. En el índice de velocidad de procesamiento (IVP), se ubica dentro del rango promedio para lo esperado para su edad, con un índice compuesto de 97, situándose en el percentil 42, con un intervalo de confianza de 88-106, al igual que en el índice de comprensión verbal (IRP), el desempeño de B se encuentra dentro del rango promedio esperado para su edad, con un índice compuesto de 90, situándose en el percentil 25, con un intervalo de confianza de 83-98. Mientras que el índice de memoria de trabajo (IMT), se encuentra dentro del rango promedio bajo respecto a lo esperado para su edad, con un índice compuesto de 86, situándose en el percentil 18, con un intervalo de confianza de 79-95 (Tabla 6 y Fig. 19).

Tabla 6. Resultados de B obtenidos en los índices compuestos del WISC-IV en la evaluación post-tratamiento.

Compuesto	Índice compuesto	Rango Percentil	Intervalo de confianza	Término descriptivo
● Índice de Comprensión Verbal (ICV)	114	82	106-120	Promedio Alto
● Índice de Razonamiento Perceptual (IRP)	90	25	83-98	Promedio
● Índice de Memoria de Trabajo (IMT)	86	18	79-95	Promedio bajo
● Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP)	97	42	88-106	Promedio
● CI TOTAL	98	45	93-103	Promedio

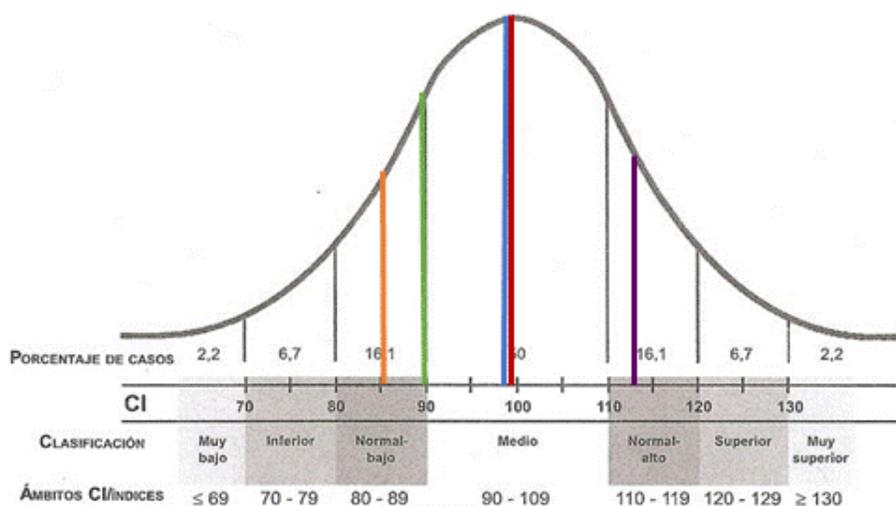


Figura 19. Representación diagnóstica de los resultados de B en los índices compuestos del WISC-IV obtenidos en la evaluación post-tratamiento.

Por lo anterior podemos concluir que existieron cambios en el rendimiento intelectual en B, debido a que en la evaluación pre-tratamiento su CIT se situaba en la categoría diagnóstica "promedio bajo" y actualmente se encontró en la categoría "promedio", por lo que B cuenta con mejores habilidades para adaptarse a su entorno.

Se observaron mejorías principalmente en habilidades relacionadas con el razonamiento de la información de manera adecuada al poder procesar la información verbal y de hacer uso de su conocimiento adquirido a través de la experiencia y adecuada integración visomotriz posiblemente debido al uso de lentes ya que de manera inicial no los utilizaba. Sin embargo se observan dificultades en la retención de la información de manera temporal en la memoria.

Área socioafectiva

B continúa presentando una inadecuada integración del esquema corporal debido a que respecto a su autoimagen se percibe como una persona de complexión robusta.

En el área de identificación y expresión de emociones ha mejorado, debido a que ya identifica emociones básicas y complejas en él mismo así como en las demás personas y es capaz de diferenciar emociones, principalmente el enojo y la tristeza, que de igual ha logrado expresar, por lo cual se observan mejorías en esta área debido a que en la evaluación pre-tratamiento esta era un área de oportunidad ya que presentaba supresión emocional y un control de impulsos rígido. Aunado a que ahora ha disminuido su ansiedad, por lo que muestra mayor consistencia para regular sus emociones, lo cual ha impactado en la disminución de la sintomatología de acumulación, onicofagia y la ansiedad por separación.

Respecto a su ambiente familiar B continúa percibiéndolo con falta de comunicación y distanciamiento emocional. Sin embargo ahora percibe al bloque parental en primer lugar, considera a la estructura familiar con mayor estabilidad en el establecimiento de reglas y límites, lo cual también le ha permitido mejorar su regulación emocional.

EXPERIENCIA COMO TERAPEUTA INFANTIL

Respecto a mi experiencia personal obtenida durante el trabajo en la Residencia en Psicoterapia Infantil, en relación al caso clínico presentado, considero que me proporcionó muchos aprendizajes y retos, debido a que este caso clínico fue uno de los primeros en los que tuve la oportunidad para iniciar mi formación como terapeuta infantil.

De manera inicial me planteaba muchas dudas sobre cómo intervenir pero con la ayuda de mi supervisor y tutora poco a poco fueron aclarando mis dudas y guiándome a través de su experiencia clínica y teórica, aunado a mi análisis personal. Siendo uno de los retos con este caso clínico la parte de la investigación, debido a la limitada información reportada de casos clínicos en población infantil con Trastorno de Acumulación, por lo cual me dí a la tarea de continuar investigando y leyendo más sobre esta temática que me pareció novedosa y en la cual hace falta proporcionar mayor información sobre todo en el área de los modelos de evaluación e intervención.

Otro de los retos planteados en este trabajo fue el trabajo con los padres debido a que en un inicio me sentía confundida por su discurso por lo cual también tuve que hacer uso del recurso del análisis personal para sobrellevar y entender de mejor manera la transferencia parental. Por lo que de esta manera fui nutriendo mi experiencia en el trabajo con los niños y también con sus padres lo que considero que también me permitió generar mayor empatía con ellos y de esta manera fortalecer la alianza terapéutica.

Para finalizar quisiera hacer mención de las clases impartidas por las distintas profesoras dentro de la Residencia, debido a que me permitieron ampliar mis conocimientos sobre los distintos enfoques teóricos existentes y de esta manera obtuve mayores herramientas para realizar un proceso terapéutico basado en un enfoque integrativo, quienes me inculcaron la pasión por la psicoterapia infantil y gracias a estos aprendizajes comprendí que tengo que continuar actualizándome para poder brindar la mejor atención posible a los pacientes y lograr su bienestar.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue intervenir desde la psicoterapia integrativa en un escolar con sintomatología de acumulación para fomentar la conciencia, expresividad y regulación emocional. Debido a que se ha asociado el uso de estrategias de regulación desadaptativas cuando se presenta la necesidad de acumular objetos con la finalidad de regular los estados emocionales, por ejemplo, disminuyendo la ansiedad, lo que conlleva a creencias de apego más fuertes hacia dichas posesiones pero refuerza negativamente la conducta de acumulación (Taylor, 2017) lo cual le sucedía a B.

Por otro lado se ha descrito que la conducta de acumulación suele ser una estrategia de compensación para encontrar formas alternativas de encontrar un apego seguro, mediante la utilización de la regulación emocional orientada a objetos compensatorios, satisfaciendo de esta manera sus necesidades de pertenencia y seguridad, que las personas significativas en su vida no satisfacen (Nozick, 2016). Ante esto se ha visto comorbilidad de un 7% entre el Trastorno de Acumulación y el Trastorno de Ansiedad por Separación debido a que en ambos casos comparten la presencia de un estilo de apego ansioso ambivalente que repercute en la autonomía del niño (Pacheco y Ventura, 2009), lo cual también se encontraba presente en B cuando se separaba de su figura materna, mostrando en estas circunstancias el esquema desadaptativo de abandono y pérdida y de igual manera una forma de afrontamiento mediante la regulación desadaptativa; es por esto que dentro de los focos de intervención se centró en la regulación emocional.

Respecto a la intervención que se llevó a cabo con B y sus padres, fue basado en un enfoque integrativo asimilativo, tal como lo propuesto por Opazo (2004) este tipo de integración ofrece un puente entre el eclecticismo técnico y la integración teórica; que se ajusten mejor a las necesidades del paciente, una vez que se percata de las limitaciones de su enfoque. Por lo que la intervención de este estudio se centró en el Modelo Cognitivo Conductual considerando integraciones técnicas de la Terapia Gestalt, la Terapia Narrativa y el Trabajo con Padres.

Para lo cual de manera inicial en el proceso terapéutico con B y sus padres se trabajó con el fomento de la alianza terapéutica para facilitar su expresión de emociones y pensamientos, debido a que como menciona Opazo (2004) la psicoterapia integrativa plantea en uno de sus postulados básicos que si existe una adecuada alianza terapéutica será potenciadora de los efectos de las estrategias clínicas desplegadas durante el tratamiento.

En relación al entendimiento del Trastorno de Acumulación desde el Modelo Cognitivo Conductual propuesto por Stekeete & Frost (2006), dicho trastorno es considerado un problema multifacético donde influyen las experiencias tempranas, las creencias distorsionadas acerca de la naturaleza de las pertenencias que conducen a respuestas emocionales negativas generando malestar y dificultad para deshacerse de los objetos por lo que se tiende a adquirir de manera excesiva evitando la experiencia emocional negativa al presentarse placer al momento de acumular, es por esto que se conduce al reforzamiento de la manifestación de los síntomas de este trastorno, que en el caso de B cuando sus padres llegan al pedir ayuda psicológica no cumplía con todos los criterios diagnósticos de este trastorno, porque los padres no reportaron un abarrotamiento excesivo de sus zonas habitales, por ejemplo de su habitación.

Pero si estaban presentes indicadores como la angustia y presencia de rabietas para deshacerse de sus objetos lo que daba lugar a que continuara acumulando, por lo cual únicamente presentaba sintomatología asociada al Trastorno de Acumulación. Sin embargo, en algunas ocasiones la madre de B infringía miedo en el niño comentando que si continuaba acumulando basura le aparecerían arañas y/o golpeándolo por lo que en una de las primeras sesiones B reporta que por eso había dejado de acumular, ante esto pareciera que el niño había internalizado el discurso de la madre debido a que ella fue quien le transfiere este miedo, creencia que impacta en su forma de afrontamiento desadaptativo ante la problemática de acumulación, ya que este tipo de respuestas por parte de los padres se ha relacionado con un estilo de crianza autoritario observado en este caso en la madre lo cual también influyó en la supresión emocional y la disregulación emocional del niño (Gross, 2014).

Mientras que en otras ocasiones los padres optaron por abstenerse de desechar artículos y permitir que B acumulara artículos para evitar la angustia y rabietas del niño, dando lugar a un fenómeno conocido como acomodación familiar (Park, McGuire & Storch, 2014), sin embargo se ha visto que esta postura familiar incrementa la conducta de acumulación, entonces al observar esta dificultad en los padres en función de cómo responder ante la problemática de B es que se decidió incluirlos en el proceso terapéutico.

Retomando la cuestión de la supresión y disregulación emocional en B, se decidió realizar lo planteado por Bunge, Gomar, & Mandil (2009) quienes proponen que se inicia con actividades relacionadas con psicoeducación para el reconocimiento de emociones debido a que muchos niños no son capaces de diferenciar emociones como era el caso de B, por lo cual necesitaba acercarse primero a la identificación y expresión a partir de un nivel cognitivo para posteriormente expresar sus emociones de una manera más auténtica.

Por lo que en la primera fase de intervención se obtuvieron resultados en función a que B logró identificar y diferenciar emociones básicas y secundarias, principalmente la tristeza, el enojo y la ansiedad; asimismo aprendió a identificar los pensamientos asociados a sus emociones y sus respuestas fisiológicas. Entonces una vez que se obtuvieron estos avances en B se decidió continuar con técnicas gestálticas debido a que se continuaban observando dificultades en su expresión emocional de emociones negativas, además porque se ha asociado a la acumulación con la evitación de experiencias internas no deseadas, como por ejemplo: sensaciones corporales, emociones, pensamientos y recuerdos (De la Cruz, 2018). Lo cual le estaba sucediendo a B y por lo cual requería intervención en esta área.

Para esta fase se consideró lo planteado por Oaklander (2014) en función de que los niños necesitan oportunidades para encontrar la fuerza dentro de sí mismos a fin de liberarse de las restricciones que inhiben su capacidad de aceptar y expresar sus distintas emociones, por lo cual se recurrió a la utilización de materiales como play doh y dactilopintura en donde mi labor como terapeuta consistió en ayudar a B en darse cuenta de sus propias sensaciones, emociones y conductas a través de reflejos, ya que como propone Blom (2006) a partir de que el niño se da

cuenta de su mundo exterior mediante ejercicios sensoriales fomenta que el niño se situó en el presente y tome contacto con su mundo interno, lo cual favorece su expresividad emocional.

Dentro de los resultados en esta fase de expresión emocional obtenidos fue que se pudo observar el mecanismo de defensa denominado confluencia que como refiere Blom (2006) ocurre cuando no hay límites entre el niño y su ambiente, lo que implica la pérdida de la identidad del niño, es decir, carecen de un sentido del yo que los distinga del entorno. Esto posiblemente podría estar relacionado incluso en relación con la ansiedad que manifestaba B que también se observaba en la madre, por lo cual el niño mostraba dificultades para diferenciar sus propias emociones de las emociones parentales. De esta manera debido a que B se da cuenta de estas dificultades se favoreció su expresión emocional.

Así como también se reflejó la introyección de la supresión emocional del enojo, debido a que como se plantea dentro de los principios de la Terapia Gestalt (Blom, 2006; Monrós, 2000) el niño toma los mensajes provenientes de figuras significativas y las incorpora sin digerirlos, pudiendo ser nutritivos o dañinos para él y en este caso se observaba supresión emocional en el padre de B, posiblemente asociadas a cuestiones de género y a estilos de crianza que de igual manera se identificó en B.

Por lo que en esta fase B se dió cuenta de sus dificultades para contactar con sus emociones negativas ya que a través de la expresión de la felicidad ocultaba emociones negativas, por lo que poco a poco fue logrando mayor contacto con la emoción de enojo principalmente, expresando sus pensamientos de manera espontánea e incluso se observó mayor manifestación verbal, gestual y corporal pero de manera descontrolada, por lo que se continuó con estrategias cognitivo conductuales para regular sus estados emocionales y además porque se ha descrito que la incorporación de estrategias de relajación en la intervención para los pacientes con sintomatología de Trastorno de Acumulación reduce los síntomas (Tolin, et al., 2018).

Además los logros obtenidos en relación al contacto y expresividad emocional aunado a la adecuada alianza terapéutica pudieron haber influido en que B pudiera verbalizar y reconocer que para él la conducta de acumulación era un problema, que quizá no pudo haberla reconocido

con anterioridad debido a la falta de insight acerca de esta conducta como problemática que también se ha presentado en otros niños con sintomatología de Trastorno de Acumulación (Park, McGuire & Storch, 2014; Plimpton et al., 2009) aunado a la presencia de emociones negativas como la pena, la ansiedad y el descontrol.

Así como también este reconocimiento del problema pudo haberse presentado por la presencia de violencia, ocurrido días antes en la familia, lo cual pudo haber sido percibido por B como un evento estresante que ha sido considerado un factor de riesgo para la aparición de la conducta de acumulación (Cromer, 2007; Dozier, Ayers, 2017).

Posteriormente se continuó con la expresión del problema mediante técnicas narrativas como el dibujo, donde se observó que B se sintió con mayor libertad y espontaneidad para expresar los pensamientos y emociones asociadas a la conducta de acumulación separando el problema de su identidad, lo cual también amplió sus estrategias de afrontamiento, tal como lo planteado por Ledo, González & Calzada (2012) mediante técnicas de autoinstrucciones como por ejemplo hizo uso de la herramienta del espía, contestarle a robod acumulador y hacerlo divertido de una manera ridiculizada, lo que también le permitió realizar su ritual de despedida sacando a robod de acumulador de su carpeta de terapia y desapareciendo. De esta manera B fue capaz de regular efectivamente su comportamiento y de esta manera también se redujo la conducta de acumulación (Ale et al., 2014; Child Mind Institute, 2018; Gallo et al., 2013; Park, McGuire & Storch, 2014), por lo cual se decidió finalizar con el proceso terapéutico.

Sin embargo, cabe resaltar que no se puede considerar un alta de la terapia, como un punto final del apoyo terapéutico, si no como una continuación del crecimiento tanto de padres como hijos, en donde se acompañen y escuchen de manera mutua. Debido a que el proceso terapéutico, les ofrece la oportunidad de comprender que, tras la desaparición de un síntoma, es necesario continuar con el trabajo de consolidación de mejores formas de vida, de relación con el otro y consigo mismos (Gómez-Maqueo & Heredia, 2014).

Por lo que a continuación concluiré con los resultados obtenidos a partir del trabajo con padres. De primera instancia las sesiones de seguimiento y orientación permitieron que principalmente la madre redujera su ansiedad y sirvió para aclarar las dudas que ambos padres tenían, lo que se relaciona con lo planteado por Gómez (2006). Al iniciar incluyendo sesiones de psicoeducación emocional con los padres me percaté que el padre al igual que B presentaba limitada expresividad emocional de emociones, negaba constantemente experimentar emociones como el enojo o la tristeza, lo cual lo cual pudiera estar presente debido a estereotipos de género (Cuervo, 2009). Mientras que la madre expresaba ansiedad por lo que por medio del modelamiento de la estrategia de relajación muscular diafragmática logró regular su ansiedad.

Y por otra parte al incluir psicoeducación sobre estilos de crianza permitió que los padres pudieran poner reglas y límites en casa, principalmente fue logrado por la madre de B, debido a que inicialmente presentaba un estilo de crianza autoritario y esto influía en el reforzamiento negativo la conducta de acumulación de B. Mientras que el padre de B se incluyó en actividades en casa como por ejemplo, acompañando a B para dormir mientras le contaba un cuento lo que permitió que el niño se fuera adaptando a dormir solo en una habitación independiente de sus padres, por lo cual ya no se presentó el colecho. Sin embargo el padre continuaba respaldándose en su rol de padre proveedor de la economía en casa por lo que no se mostraba involucrado en su parentalidad.

Una de las intervenciones significativas fue la inclusión de los padres de manera lúdica y metafórica para que conocieran la conducta de acumulación por medio del dibujo de robod que realizó B. Por lo que de esta manera su inclusión permitió que se involucrarán en esta actividad mediante el espionaje ante la aparición de robod acumulador y las herramientas de afrontamiento que pudieran utilizar ante su aparición, debido a que de esta manera los padres observaron al niño de una manera separada del problema (Ledo, González & Calzada, 2012).

En conclusión de los principales cambios observados en B se relacionan con el reconocimiento de la conducta de acumulación como una problemática para él, lo que permitió que pudiera expresar su problema de manera proyectiva a través del dibujo y de esta manera

diferenciar el problema de su identidad y trabajar sobre esta problemática incluso con estrategias de afrontamiento.

Además B al finalizar el proceso terapéutico se lograron los focos de intervención planteados por ejemplo en relación a que B pudo identificar, expresar y regular sus emociones lo que posiblemente también tuvo impacto en la expresión de su problema y reducción de la sintomatología de acumulación por lo que también se logró otro foco de intervención en relación al generar estrategias de afrontamiento adaptativas ante la problemática de acumulación. Asimismo se observó regulación de la ansiedad ya que B no presentaba onicofagia y había disminuido la ansiedad por separación ya que incluso los padres reportaban que ya es más autónomo porque ha logrado dormir solo y aunque en los resultados de las pruebas aún se observe retraimiento en B, los padres reportan que también ha disminuido la dificultad para relacionarse con sus compañeros de la escuela.

Y en relación al rendimiento cognitivo se observaron diferencias principalmente asociados con su CI Total debido a que en la evaluación pre-tratamiento su CIT se situaba en la categoría diagnóstica "promedio bajo" y actualmente se encontró en la categoría "promedio", por lo que B cuenta con mejores habilidades para adaptarse a su entorno.

Mientras que en los padres los principales cambios se asocian a su consciencia en los estilos de crianza y cómo esto influía en la conducta de B, por lo que hubo un mayor involucramiento de manera asertiva en la conducta de acumulación, lo que posiblemente también influyó en la disminución de la sintomatología.

Limitaciones y sugerencias

Dentro de las primeras limitaciones referentes al Trastorno de Acumulación se relacionan con su diagnóstico debido a que actualmente se encuentra considerada dentro de una nueva categoría diagnóstica independiente del TOC en el DSM-5, lo cual resulta controversial debido a su separación del apartado de los Trastornos de Ansiedad como anteriormente era considerado en el DSM-IV porque pareciera que excluye la presencia de síntomas de ansiedad en el Trastorno de Acumulación, lo cual interfiere y crea limitaciones en el proceso de intervención.

Por otro lado se encuentran limitaciones en relación a la escasez de instrumentos de evaluación validados en población mexicana respecto al Trastorno de Acumulación en la infancia. Así como la limitada información reportada acerca de casos clínicos que permitan una mayor guía a los profesionales en el área psicológica sobre esta problemática. Por lo que se sugiere la creación de instrumentos de evaluación validada en población infantil para que esto nos permita definir un diagnóstico preciso acerca de la gravedad de los síntomas y de esta manera saber cómo poder intervenir en este tipo de casos en población infantil.

En relación al proceso terapéutico implementado se encuentran limitaciones referentes al trabajo con padres, principalmente en el involucramiento del padre de B en la implementación de reglas y límites debido a que aún continúa en una posición periférica.

Por otra parte con B se requiere continuar con el fortalecimiento de su autoestima y fomento de habilidades sociales debido a que en la evaluación post-tratamiento se observaban dificultades en su percepción de su esquema corporal. Así como también otra de las limitaciones que se presentaron durante el proceso terapéutico fue la falta de comprensión de la psicodinamia del niño, en relación a la identificación que B presentaba con sus padres, por lo que se sugiere incluir intervenciones basadas desde un modelo psicodinámico.

Debido a lo anterior se realizó un primer seguimiento telefónico tres meses después de la finalización del proceso terapéutico para conocer el estado psicológico del niño donde los padres comentaron que B no había presentado dificultades, sin embargo se sugiere continuar con los

seguimientos telefónicos que se les planteó a los papás cada tres meses y si fuera necesario retomar el proceso de terapia para fortalecer los puntos anteriormente mencionados.

Referencias

- Ale, C.M., Arnold, E. B., Whiteside, S.P.H. & Storch, E. A. (2013). Family-Based Behavioral Treatment of Pediatric Compulsive Hoarding: A Case Example. *Clinical Case Studies*, 13(1), 9–21.
- Aldwin, C. M. (2007). Stress, coping and development. An integrative perspective. New York: Guilford Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2014). Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1103.
- Barudy, J. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Barcelona: Gedisa.
- Bender, L. (1938). Test Gestáltico Visomotor. México: Paidós.
- Bisquerra, R. (2011). Educación emocional: propuestas para educadores y familias. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blom, R. (2006). The handbook of gestalt play therapy: practical guidelines for child therapists. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. 2a Edición. USA: Basic Books.
- Bradley, S. J. (2000). Affect regulation and the development of psychopathology. New York: Guilford.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2009). Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos. Buenos Aires: Librería akadia editorial.
- Chazan, S. (2002). Profiles of play. Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy. London & New York: Kingsley Publishers.
- Chen, D., et al. (2017). Parental bonding and hoarding in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 73 (s.d.), 43-52.
- Chou, C. Y., Tsoh, J., Vigil, O., Bain, D., Uhm, S. Y., Howell, G., & Mathews, C. A. (2017). Contributions of self-criticism and shame to hoarding. *Psychiatry Research*. 262(s.d.), 488-493.

- Cuervo, M., A. (2009). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 6(1). 11-121.
- Child Mind Institute (2018). Transforming children's lives. New York. Obtenido de: <https://childmind.org/guide/hoarding-disorder/other-disorders/>
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wads Worth, E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Crenshaw, D.A. & Stewart, A.L. (2015). Play therapy: a comprehensive guide to theory and practice. New York: The Guilford Press.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behaviour Research and Therapy*, 45 (11), 2581–2592.
- Dio Bleichmar, E. (2005). Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. México: Paidós.
- Doménech-Llaberia, E., Noorian, Z., Corbella, T., Romero, K., Ferreira, E. (2012). Cuestionario de acumulación autoadministrado para adolescentes: CUAC-A. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*. 29 (3). 52-60.
- Dozier, M. & Ayers, C. (2017). The etiology of hoarding disorder: a review. *Psychopathology*. 50 (s.f.) 291-296.
- Drewes, A.A, Bratton, S.C & Schaefer, C.E. (2011). Integrative play therapy. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Esquivel, A.F. (2010). Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos. México: El Manual Moderno.
- Esquivel, A. F., Heredia y Ancona Ma. C. & Gómez M.L.E. (2017). Psicodiagnóstico Clínico del niño. México: Manual Moderno.
- Feldman, L.B, Gross J.J, Conner, T.C. & Benvenuto M. (2010). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*. 15(6). 713-724.
- Fernández de la Cruz, L., Landau, D., Lervolino, A., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S & Mataix-Cols, D. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 27(2). 204-209.

- Fernández, H.A. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia: manual práctico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fontenelle, L.F. & Grant, J. E. (2014). Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(1), 28-39.
- Freeman, J., Epston, D. & Lovobits, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*.
- Freud, S. (1908). *Collected papers*. (5 Vols.). Oxford, England: Basic Books.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14(2), 119- 133.
- Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Fromm, E. (1974). *Man for himself: An inquiry into the psychology of ethics*. New York: Rinehart.
- Frost, R. O., Hart, T.L. Christian, R., & William, N. (1995). The value of possessions in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*. 33(8), 897-902.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 341–350.
- Frost, R. O., Kim, H., Morris, C., Bloss, C., Murray-Close, M., & Steketee, G. (1998). Hoarding, compulsive buying, and reasons for saving. *Behaviour Research and Therapy*, 36, (7)657–664.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in Hoarding Disorder. *Depression and Anxiety*. 28(10), 876–884.
- Frost, R. O., Steketee, G., (2014). *Handbook of hoarding and acquiring*. New York: Oxford University Press.
- Gallo, P.K., Wilson, A.S., L. & Comer, S. J. (2013). Treating hoarding disorder in childhood: A case study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2 (s.d.), 62-69.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Meerum Terwogt, M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 16(1), 1-9.
- Garrido, R.L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(3). 493-507.

- Gil, E. (2015). *Play in family therapy*. New York: The Guilford Press.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 41(1), 97-116.
- Gómez, A.A. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. Pensamiento Psicológico y tratamiento de los problemas infantiles. México: Manual Moderno.
- Gómez-Maqueo, E.L. & Heredia, M.C. (2014). Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles. México: Manual Moderno.
- Grisham, R.J. & Barlow, H.D. (2005). Compulsive Hoarding: Current Research and Theory. *Journal of Pshychopathology and Behavioral Assessment*. 27(1). 45-42.
- Grisham, J. R., Steketee, G., & Frost, R. O. (2008). Interpersonal Problems and Emotional Intelligence in Compulsive Hoarding. *Depression and Anxiety*, 25(s.d).63-71.
- Grishman, J.R., Martyn, C., Kerin, F., Baldwin, P.E. & Norberg, M.M. (2018). Interpersonal functioning in Hoarding Disorders: An examination of attachment styles and emotion regulation to interpersonal stress. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 16(s.d.). 43-49.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3). 271-299.
- Gross, J. J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Haltigan, J., Roisman., G., Cauffman, E., & Booth-Laforce. (2017). Correlates of Chilhood vs Adolescence Internalizing Symptomatology from Infancy to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. 46(1). 197-212.
- Hammil, Donald D., Pearson, Nils A. & Vores, Judith K. (2016). DTVP-3: método de evaluación de la percepción visual de Frostig: manual del examinador. México: Manual Moderno.
- Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., Serlachius, E., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Chang, Z., Rück, C. (2013). Prevalence, Comorbidity and Heritability of Hoarding Symptoms in Adolescence: A Population Based Twin Study in 15-Year Olds. *Plos One*, 8(7), e69140.
- Jenike, A.M., Baer, L. & Minichiello, W. (2001). *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico*. Madrid: Harcourt.
- Knell, S.M. (2017). Terapia de juego cognitiva conductual. En *Manual de terapia de juego*. 2ª edición. (103-112). México: Manual Moderno.

- Koszegi, N., O'Connor, K. & Bodryzlova, Y. (2017). Etiological Models of Hoarding Disorders. *Journal of Psychological and Clinical Psychiatry*. 7(5). 1-3.
- Lazarus, R.S & Folkman S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Maccoby, E.E., y Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent- child interaction. En E. M. Hetherington & P.H. Mussen (Eds), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development*. (pp.1-101). New York: Wiley.
- Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N., & Heyman, I. (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (7), 773–778.
- Monrós, R.R. (2000). La psicoterapia Infantil Gestáltica. *Información Psicológica*.74(s.d.). 37-39.
- Morris, J. (2015). DSM-5: guía para el diagnóstico clínico. 1ª edición. México: Manual Moderno.
- Nozick, K. (2016) An Attachment-Based Model of Compulsive Hoarding (Tesis de Maestría). University of Manitoba, Canadá.
- Norcross, J.C. & Golfried, M.R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. 2a edition. New York: Oxford University Press.
- Nordsletten, A.E., Reichenberg, A., Hatch, S.L., De la Cruz, L.F., Pertusa, A., Hotopf, Matthew & Mataix-Cols, D. (2013). Epidemiology of hoarding disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 203(s.d). 445-452.
- Oaklander, V. (2014). Ventanas a nuestros niños. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2016). El tesoro escondido: la vida interior de los niños y adolescentes, terapia infanto juvenil. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- O'Connor, J.K., Schaefer, E.C., & Braverman, D.L. (2017). Manual de terapia de juego. 2ª edición. México: Manual Moderno.
- Park, McGuire & Storch (2014). Compulsive Hoarding in children. En Frost, R. O., Steketee, G., *Handbook of hoarding and acquiring*. (2-17). New York: Oxford University Press.
- Papalia, E.D., Feldman, R.D. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.

- Plimpton, E.H., Frost, R.O., Abbey, B.C., & Dorer, W. (2009). Compulsive Hoarding in Children: Six Case Studies. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2(1). 88- 104.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, (s.d).51:10-3.
- Richaud De Minzi, M.C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 37(1), 47-58.
- Rosa, A., & Rodríguez, O.J. (2012). El trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rosado, R.M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*. 1(2). 42-50.
- Salcedo, M., Vásquez, R. & Calvo, M. (2011). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.(40)1.131-144.
- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K. Y., et al. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 836–844.
- Santiago, C.A. (2016). El hoarding desde una mirada psicoanalítica hoard: el tesoro escondido. *Revista Affectio Societatis*, 13(24). 100-114.
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D. & Leckman, J.F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6). 844-852.
- Silva, J.C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 43(3), 201-209.
- Stallard, P. (2007). Pensar bien, sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes. España: Desclée de Brouwer.
- Storch, E.A, Muroff, J., Lewin, A.B., Geller, D., Ross, A., McCarthy K., Morgan, J., Murphy, T.K., Frost, R. & Steketee G. (2011). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of the Children's Saving Inventory. *Child Psychiatry & Human Development*. 42(2). 166-182.
- Storch, E., Rahman, O., Park, J., Reid, J., Murphy, T. y Lewin, A. (2011). Compulsive Hoarding in Children. *Journal of Clinical Psychology*. 67(5), 507-516.

- Taylor, J. (2017). The role of emotion regulation in compulsive hoarding. (Tesis de Doctorado). University of Technology. Australia.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2), 25-52.
- Thompson, R.A., & Lagattuta, K.H. (2008). Feeling and Understanding: Early Emotional Development. En K.McCartney & D. Phillips (Edits.), *Early Childhood Development* (págs.317-337). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Timpano, K. (2009). The association between self-regulation and hoarding symptoms: an experimental investigation. (Tesis de Doctorado).Florida State University.
- Tolin, D., Levy, H., Wootton, B., Hallion, L. & Stevens, M. (2018). Hoarding disorder and difficulties in emotion regulation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 16 (s.d). 98-103.
- Tomás, J. & Casas, M. Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y en la adolescencia. Barcelona: Laertes.
- Tompkins, M. (2015). Clinician's Guide to Severe Hoarding. Springer: New York.
- Ulloa, R.E. et al., (2004). Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown del trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 32(4). 216-221.
- Villalobos, G. AM. (1999). Desarrollo psicosexual. *Adolescencia y Salud*. 1(1). 73-79.
- Wheaton, M.G. (2016). Understanding and treating hoarding disorder: A review of cognitive-behavioral models and treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 9(s.d.). 43-50.
- Wechesler, D. (2007) Manual técnico. Escala Wechsler de Inteligencia para niños-IV. México: Manual moderno.