



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

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

**FORTALECIMIENTO DEL *SELF* PARA DISMINUIR EL
IMPACTO DE UN AMBIENTE FAMILIAR ADVERSO**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :
KARLA PATRICIA BRITO GUADARRAMA**

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

**MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

MÉXICO, D. F., OCTUBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*“Todas las personas mayores
fueron al principio niños, aunque
pocas de ellas lo recuerdan”.*

– Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme de nuevo sus puertas, por ser el lugar que me ha enseñado y formado, donde aprendí a amar lo que hago.

A CONACYT, por el apoyo económico que hizo posible la realización de esta maestría.

A la Dra. Emilia Lucio, por confiar en mí y darme la oportunidad de seguir aprendiendo.

A la Mtra. Rocío Nuricumbo, por guiarme en este camino, por compartir sus conocimientos y apoyarme a lo largo de estos dos años.

A la Dra. Paulina Arenas, por su guía, consejos y retroalimentación, no sólo para la realización de este trabajo, sino para mi formación.

A mis profesoras y miembros del comité agradezco sus conocimientos, tiempo y apoyo a lo largo de este proceso.

Al Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes", por ser el lugar que me vio convertirme en psicoterapeuta infantil, una ardua pero muy gratificante profesión.

A todos los niños, adolescentes y padres con los que tuve la oportunidad de trabajar, gracias por permitirme acompañarlos y aprender juntos. ¡Sin duda fue una gran experiencia!

Mi infinito agradecimiento...

A mi mamá, por su eterno amor y cariño, por creer en mí, por echarme porras, por preocuparte, por tu gran paciencia, porque desde hace más de 27 años me has amado incondicionalmente, ¡te amo, ma!

A mi papá, por su gran fortaleza, por ser mi ejemplo a seguir, por su incansable esfuerzo por verme feliz y el apoyo interminable para hacer mis sueños realidad, ¡te amo, pa!

A Mariana, por ser mi pequeña hermana favorita, mi compañera de aventuras, alegrías y peleas, por tu risa y espontaneidad, sin ti no sería igual, ¡te quiero frito!

A mis amigos, por estar siempre conmigo y compartir un sinfín de risas y aventuras. En especial a Den, Karen, Dinoh y Esmé, por una amistad sin igual, porque aunque no las vea ¡sé que siempre están ahí!

A mis psicólogas favoritas, Daris, Liz, Lauris, Haz, Fer, Ana, por tantas locuras y carcajadas, ¡las quiero mucho!

A las personas que se tomaron un poco de su tiempo para leer este trabajo, ¡gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iii
CAPÍTULO 1. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO	4
Desarrollo cognitivo	5
Desarrollo motriz.	9
Desarrollo del lenguaje y comunicación.....	13
El desarrollo del <i>self</i> en la infancia y la niñez	16
Infancia y niñez temprana.....	18
Niñez intermedia.....	19
Niñez tardía.....	21
Autoconcepto y autoestima.....	22
Desarrollo emocional	24
Desarrollo de la autonomía.	28
Importancia de la familia en el desarrollo emocional del niño	30
Relación padres-hijo.	31
Interacciones familiares negativas: maltrato infantil.	35
Desarrollo social	38
Otros contextos de interacción.....	42
Factores de riesgo y protección en el desarrollo del niño	44
CAPÍTULO 2. TERAPIA DE JUEGO PARA FORTALECER EL <i>SELF</i>	49
Terapia de juego Gestalt	51
Sentido de sí mismo o del <i>self</i>	52
Fortalecer el <i>self</i> o sí mismo.	55
Proceso terapéutico.	59
El papel del juego en la terapia de juego Gestalt.	62
Terapia de juego cognitivo conductual	64
El concepto de <i>self</i> en la TCC.....	66
Proceso terapéutico.	68
El juego en la TCC.....	70

Propiedades específicas de la TJCC.	71
Aplicaciones clínicas y apoyo empírico.	72
Terapia de juego integrativa	74
Generalidades de la terapia de juego integrativa.	75
Poderes terapéuticos del juego subyacentes al modelo.....	76
Rol del terapeuta y de los padres.	77
Aplicaciones clínicas y evidencia empírica.	78
Dificultades en la implementación de la terapia de juego integrativa.	78
CAPÍTULO 3. MÉTODO	80
Planteamiento del problema	80
Justificación	81
Pregunta de investigación	82
Objetivos	82
General.....	82
Específicos.	82
Tipo de estudio	83
Participante	83
Escenario	83
Instrumentos	84
Procedimiento	84
CAPÍTULO 4. CASO CLÍNICO	86
Ficha de identificación del menor	86
Ficha de identificación de la madre	86
Ficha de identificación del padre	86
Descripción clínica del menor	87
Conducta en el juego.....	88
Descripción clínica de la madre	89
Descripción clínica del padre	89
Actitud de los padres hacia la terapeuta.....	90
Genograma: estructura, dinámica e historia familiar	91
Motivo de consulta	95
Historia de desarrollo	97
Evaluación psicológica	99

Técnicas e instrumentos aplicados.....	99
Conclusiones de la evaluación.....	106
Formulación de caso clínico	108
Selección del tratamiento más adecuado	113
Plan de tratamiento: objetivos y metas.....	116
Resumen del proceso terapéutico	118
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO.....	120
Fases del proceso terapéutico.....	121
Fase inicial.....	122
Fase intermedia.....	127
Fase de cierre.....	143
Análisis por objetivos.....	150
Análisis del papel desempeñado por la terapeuta a lo largo del proceso.....	168
Sesiones de orientación a padres	171
Seguimiento del caso	173
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	175
Conclusiones	188
Limitaciones y sugerencias.....	192
REFERENCIAS.....	195
ANEXOS.....	207
Anexo 1. Pruebas aplicadas en la evaluación	208
Anexo 2. Guía para la evaluación del proceso terapéutico en la terapia de juego Gestalt	219
Anexo 3. Técnicas empleadas a lo largo del proceso terapéutico	234

RESUMEN

El objetivo del presente reporte fue analizar, a partir de la presentación de un caso clínico, cómo la terapia de juego integrativa, desde la postura de integración asimilativa (aplicando el enfoque gestáltico como base, con apoyo de la terapia cognitivo-conductual), pudo fortalecer el *self* de un menor que había vivido inmerso en un ambiente familiar caracterizado por rechazo, hostilidad, negligencia y relaciones violentas. Se presenta el caso de R., un menor de nueve años que fue atendido en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”. El motivo de consulta referido por la madre fueron conductas oposicionistas, dificultad en el manejo de emociones y problemas de lecto-escritura en R.; por su parte, el paciente expresó sentirse triste por las discusiones constantes entre sus padres. En la evaluación se encontró un importante retraso visomotriz que explicaba las dificultades de aprendizaje y en la lecto-escritura, además, se identificó que el entorno familiar había sido un factor predisponente para los sentimientos de abandono, inseguridad, desvalimiento y desesperanza, la expresión inadecuada de emociones y las dificultades de contacto que mostraba R. El proceso terapéutico se llevó a cabo en cincuenta y nueve sesiones dentro de las cuales se encuentran las de evaluación, de trabajo individual con el menor, de juego familiar, de orientación a padres y de cierre. En el análisis del proceso se identificaron cambios positivos tanto en R. como en sus padres, por lo que se puede concluir que el enfoque de integración asimilativa permitió fortalecer el *self* del menor, dándole la oportunidad de contactar consigo mismo y con su entorno de una manera positiva. No obstante los logros con R., la problemática de pareja que vivían los padres los imposibilitaba para implicarse con mayor profundidad en el proceso de su hijo, lo que superaba la labor terapéutica en este caso.

Palabras clave: psicoterapia infantil, terapia de juego integrativa, enfoque gestáltico, fortalecimiento del *self*, ambiente familiar adverso.

ABSTRACT

The objective of this report was to analyze, through the presentation of a clinical case, how integrative play therapy, specifically the assimilative integration proposal (applying the Gestalt approach as a base, with the support of cognitive-behavioral therapy), could strengthen the sense of *self* of a boy who had lived immersed in a family environment characterized by rejection, hostility, negligence and violent relationships. The case of R., a nine-year-old boy who attended the Community Center of Psychological Attention “Los Volcanes”, is presented. The reason for consultation referred by the mother were oppositional behaviors, problems to handle his emotions adequately and reading and writing difficulties; on the other hand, the patient expressed feeling sad due to the frequent quarrels between his parents. After the evaluation, a significant visual-motor coordination delay was found, which explained the learning and literacy difficulties; besides, it was detected that the family environment in which R. had lived, has been a predisposing factor for the sentiments of neglect, insecurity, helplessness and despair, inadequate expression of emotions and trouble of contact showed by R. The therapeutic process was accomplished in fifty-nine sessions of which thirty-seven were individual sessions with the child and eighteen orientation sessions with both parents. Based on the analysis of the process, positive changes were identified both in the patient and in his parents, so it can be concluded that the assimilative integration approach allowed to strengthen the child’s sense of *self*, by giving him the opportunity to contact with himself and his environment in a positive and adaptive way. Despite the achievements in the child, the parent’s unsolved couple issues made it really hard for them to involve genuinely in the therapeutic process of their son, which exceeded the therapeutic work in this case.

Key words: child psychotherapy, integrative play therapy, Gestalt approach, one’s sense of *self*, adverse family environment.

INTRODUCCIÓN

Mucho se ha hablado acerca de la importancia que tiene la familia, especialmente la relación con los padres, en el desarrollo psicológico de los pequeños. Esa primera relación que se establece con el o los cuidadores principales, ayudará al niño a adquirir una serie de competencias que posibilitarán su exitosa adaptación al entorno (Heredia, 2014). Sin embargo, cuando esto no sucede así, y se encuentran presentes otros factores de riesgo, el curso normal del desarrollo puede verse alterado.

Durante la práctica clínica realizada como parte del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil, se identificó que un factor común en los diversos casos atendidos es el impacto que tiene el sistema familiar en el desarrollo de la psicopatología infantil. Esto puede observarse a través de distintas cuestiones, por ejemplo, en las prácticas parentales negativas empleadas, los conflictos que existen en la dinámica familiar y la imposibilidad para comprender y satisfacer las necesidades de los menores.

Para ilustrar las dificultades que ofrece el trabajo con familias que manifiestan este tipo de características se presenta el caso de R., un niño de nueve años, para quien su familia, más que un factor protector, ha sido un factor de riesgo, incluso previo a que el menor naciera. Este caso demuestra lo que puede llegar a ocurrir cuando existe un déficit en la crianza, lo que ha influido de manera importante en la forma en que R. ha aprendido a interpretar las experiencias a lo largo de su vida y en la dificultad que ha tenido para construir relaciones positivas con su entorno. También, se intenta ejemplificar el papel que juega la psicoterapia infantil en casos en los que, debido a la presencia de un entorno hostil, el objetivo es fortalecer al menor para que pueda enfrentar las adversidades, empleando sus propios recursos, de la mejor manera posible.

Para hacerlo, se presentan dos capítulos teóricos en los que, de manera general, se

habla acerca del desarrollo psicológico normal en la infancia, los factores de riesgo y protección asociados a la psicopatología infantil y los métodos terapéuticos que permiten el fortalecimiento del *self*. En capítulos posteriores se presenta el caso clínico con mayor detalle, el abordaje que se hizo a partir de un enfoque integrativo de intervención, así como el análisis del proceso terapéutico y las conclusiones a las que se llegó.

De esta forma, el presente reporte constituye un esfuerzo por integrar los conocimientos no sólo teóricos sino prácticos adquiridos durante la estancia en la Residencia en Psicoterapia Infantil.

CAPÍTULO 1. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

*“El amor es lo único que crece
cuando se reparte”.*

Antoine de Saint-Exupéry

El término desarrollo se refiere a los procesos por los cuales un organismo crece y cambia a lo largo del tiempo (Smith, Cowie, & Blades, 2003), así como los cambios que se producen en el cuerpo, el pensamiento y otras conductas (Craig & Baucum, 2001). Se ha encontrado, a través del estudio del desarrollo humano, que dichos cambios se deben, por un lado, a la biología, y, por otro, a la experiencia. Todo lo que una persona es, siente o hace se explica por estas dos causas básicas, las cuales interactúan para determinar el desarrollo (Craig & Baucum, 2009).

Cuando los profesionales observan o evalúan el desarrollo del niño suelen considerar la manera en que el niño logra los distintos aspectos de las distintas áreas y etapas del ciclo vital. Landy (2009) menciona siete aspectos que suelen ser considerados: motricidad gruesa, motricidad fina, aspecto cognitivo, lenguaje y comunicación, autonomía, desarrollo emocional, y desarrollo social. Cuando el desarrollo de alguna de dichas áreas se ve comprometido, se pueden generar dificultades que afecten la habilidad del menor para funcionar de manera adecuada en otras áreas.

Son diversas las teorías que han intentado comprender el curso del desarrollo. Éstas difieren de manera significativa en el énfasis que colocan, por un lado, a los procesos biológicos y, por el otro, a las experiencias de vida del niño, el papel que juega el niño (ya sea activo o pasivo) en la promoción del desarrollo (Landy, 2009) y los factores y circunstancias que pueden afectar el desarrollo, como la presencia de un ambiente familiar adverso, relaciones interpersonales negativas y un bajo nivel socioeconómico (Oros & Vogel, 2005; Rutter, 1983).

Desarrollo cognitivo

El cerebro no sólo crece y cambia en función del desarrollo, también mantiene una plasticidad considerable a lo largo de la vida. Una vez que las estructuras que conforman el cerebro están desarrolladas y las conexiones entre éstas se han establecido, el cerebro continúa interactuando consigo mismo y con el ambiente, adaptándose para lograr un estado de funcionamiento óptimo (Couperus & Nelson, 2008).

Esta constante adaptación es llamada plasticidad, la cual puede definirse como la capacidad para cambiar y adaptar, en respuesta a los cambios en el cerebro mismo y el ambiente. Algunos cerebros tienen mayor plasticidad que otros, además de que pueden ser más plásticos en momentos específicos del desarrollo. Por ejemplo, el sistema visual es más plástico en las etapas tempranas del desarrollo, pero una vez establecido, su plasticidad disminuye. Por el contrario, las áreas de asociación del lenguaje pueden detener su plasticidad a lo largo de la niñez intermedia (Couperus & Nelson, 2008).

Los primeros años de vida están marcados por un sorprendente aumento en el conocimiento del niño. Entre los dos y siete años de edad, el niño aprende cientos de palabras, son capaces de reconocer los estados mentales y emocionales de otras personas, son capaces de predecir las trayectorias de objetos que se mueven en el espacio, aprenden a contar, entre otras muchas cosas; algunos, incluso, se vuelven expertos en algún tema en particular. Todo este aumento en el conocimiento les permite desarrollarse en otros ámbitos, como el social (Gelman, 2008).

Un aspecto al que se le ha dado gran importancia en el desarrollo cognitivo tiene que ver con el papel que juega la experiencia a lo largo de la vida del niño, pues a través de las interacciones cotidianas con el mundo es que el menor puede adquirir

oportunidades para probar las hipótesis respecto al funcionamiento del mundo y lograr así un mejor entendimiento de éste (Gelman, 2008).

La cognición se refiere a los procesos interrelacionados a través de los cuales se obtienen y utilizan los conocimientos del entorno; abarca el pensamiento, memoria, aprendizaje y percepción. Así pues, el desarrollo cognoscitivo tiene que ver con el crecimiento y perfeccionamiento de dichos procesos (Craig & Baucum, 2009).

Se habla de un rol activo del infante en el desarrollo cognoscitivo, especialmente desde la postura de J. Piaget. Este autor plantea que el hombre es un ser activo, creativo y alerta, que posee estructuras mentales o esquemas, los cuales procesan y organizan la información (Medina, 2007). El desarrollo se da a través de etapas que, si bien pueden iniciar en edades diferentes, tienen la misma secuencia (Santrock, 2006).

El periodo sensorio-motor es el nombre que Piaget da a la primera etapa de desarrollo. El autor plantea que los patrones conductuales básicos, o reflejos, en un inicio permiten al menor elaborar los esquemas a través de la asimilación (incorporación de nueva información a su conocimiento) y la acomodación (adaptación de los esquemas según la nueva información y experiencias). Durante este estadio la comprensión del mundo se da gracias a la conjunción de experiencias sensoriales, acciones físicas y motoras (Rafael, 2008). En este periodo, los esquemas preexistentes como observar, seguir un objeto con la vista, succionar y llorar son las estructuras básicas del desarrollo cognoscitivo (Craig & Baucum, 2001).

Posteriormente, aparece la etapa pre-operacional que comprende de los dos a los siete años. Esta etapa se divide en dos periodos:

a. Periodo pre-conceptual: Caracterizado por la aparición de la función simbólica, la cual permite representar de manera mental un objeto que no está presente;

es evidente el uso de símbolos de complejidad creciente y de juego simbólico o de simulación.

b. Periodo intuitivo: El niño quiere saber las respuestas de una gran cantidad de preguntas y conoce muchas cosas aunque no hace uso del pensamiento racional (Craig & Baucum, 2009; Santrock, 2006).

El mayor logro de la etapa preoperacional es la habilidad para representar las acciones mentalmente, ya no sólo físicamente. En esta etapa los pequeños puede pensar acerca de y referirse a objetos que no están cercanos a ellos, debido a que pueden representarlos en sus mente. Así mismo, pueden hablar acerca de actividades que hicieron el día anterior, a diferencia de los niños en la etapa sensoriomotriz. El uso de símbolos¹ a esta edad es aún concreto, por lo que los símbolos más abstractos, como el concepto de justicia, aún están fuera de la comprensión del niño en la etapa preoperacional (Levine & Munsch, 2016).

Las habilidades lingüísticas y de solución de problemas que se desarrollan en esta etapa, permiten a los niños ampliar el conocimiento del mundo. Así mismo, se forman conceptos estables y disminuyen las creencias mágicas (Hernández, 2006).

Durante el periodo preoperacional se presentan algunas limitaciones en el pensamiento, ya que éste se caracteriza por ser concreto, irreversible, egocéntrico y centrado en un solo aspecto o dimensión; limitaciones que pueden observarse en las tareas de conservación descritas por el propio Piaget (Medina, 2007), las cuales implican comprender que la cantidad, volumen o masa de algún objeto no cambia, aún si su apariencia lo hace (Levine & Munsch, 2016).

Posteriormente, de acuerdo con Piaget, hacia los siete años y hasta los once, los menores se encuentran en la etapa de operaciones concretas, la cual les permite hacer

¹ Un símbolo se refiere a cualquier cosa que represente algo más que no está presente (Levine & Munsch, 2016).

operaciones mentales para dar solución a problemas tangibles. Es posible el pensamiento lógico relativo a las operaciones físicas, pues tienen la capacidad de considerar varios aspectos de una misma situación (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2013).

Piaget describe tres importantes avances cognitivos durante la etapa de operaciones concretas: reversibilidad, clasificación y seriación. De acuerdo con Levine y Munsch (2016) la reversibilidad es la habilidad de volver a punto de partida o situación inicial cuando se realiza una acción física o mental, la clasificación es la destreza de organizar objetos en categorías conceptuales jerárquicas y por último, la seriación es la capacidad de ordenar las cosas por peso, altura u otra cualidad. Las autoras plantean que una vez que los pequeños desarrollan estas tres habilidades cognitivas, son capaces de resolver exitosamente problemas de conservación.

El pensamiento en esta etapa se caracteriza por ser flexible, reversible, multidimensional, menos egocéntrico y no se encuentra limitado en el aquí y el ahora; los niños hacen uso de inferencias lógicas y buscan relaciones causales (Rafael, 2008).

Los niños durante la etapa de operaciones concretas comienzan a formular hipótesis respecto al mundo que los rodea, logran prever lo que puede suceder y luego poner a prueba dichas ideas. Todos estos cambios no ocurren de manera inmediata, por el contrario, requieren que el niño manipule los objetos y materiales a su alrededor y experimente con ellos (Craig & Baucum, 2001).

Si bien los niños en este periodo pueden pensar de manera lógica, más que mágica, sus habilidades aún son limitadas, pues su pensamiento es concreto, más que abstracto (Levine & Munsch, 2016).

Posteriormente, alrededor de los doce años comienza la etapa de operaciones formales, en la cual aparece el pensamiento abstracto; lo que permite el pensar sobre el

pensar. De igual manera, es posible el razonamiento complejo y el planteamiento de hipótesis, así como la comprobación sistemática de éstas (Medina, 2007).

Desarrollo motriz.

La infancia representa una época de gran descubrimiento perceptual y motor. Los bebés aprenden a reconocer alimentos, rostros y rutinas; exploran su cuerpo y el entorno que los rodea (Craig & Baucum, 2009).

Cuando el sistema nervioso central, los huesos y los músculos han madurado lo suficiente, y el ambiente promueve las oportunidades necesarias para la práctica y exploración; los bebés sorprenden a quiénes los rodean con la gran rápida adquisición de nuevas habilidades (Papalia, Duskin, & Martorell, 2012).

Si bien el desarrollo motriz sigue una secuencia prácticamente universal, su ritmo puede responder a algunos factores culturales, pues mientras en algunos contextos se alienta el desarrollo precoz de habilidades motrices, en otros se desalienta (Papalia, et al., 2013).

Hitos del desarrollo motriz.

El desarrollo motriz está marcado por ciertos hitos o logros que se presentan sistemáticamente, pues cada habilidad que el bebé logra dominar lo preparará para pasar a la siguiente. En un primer momento, se aprenden habilidades simples que posteriormente se combinan en sistemas de acción más complejos que brindan la posibilidad de desarrollar movimientos más amplios y exactos, lo que se refleja en un mayor control sobre el ambiente (Papalia, et al., 2012). En la tabla 1 se presentan los hitos del desarrollo motriz.

Por otra parte, el recién nacido cuenta con algunos reflejos básicos que constituyen mecanismos de supervivencia que están determinados genéticamente. Por ejemplo: se puede observar el reflejo de succión, de giro de la cabeza, de Moro y de prensión, entre otros. Todos ellos desaparecen entre el segundo y tercer mes de vida para ser reemplazados por acciones voluntarias (Craig & Baucum, 2009).

Tabla 1.

Hitos del desarrollo motriz

Habilidad	Edad promedio (en meses)
Rodar	5
Tomar una sonaja	4
Sentarse sin soporte	7
Pararse	8
Tomar algo con pulgar e índice	10
Ponerse de pie solo	13
Caminar	15
Construir torre de dos bloques	20
Subir escaleras	21
Saltar en su lugar	24
Copiar un círculo	48

Fuente: Papalia, et al. (2012).

Habilidades motoras gruesas.

Las habilidades motoras gruesas implican una vasta cantidad de actividades a nivel muscular, como mover el brazo y caminar. Como otras muchas actividades, éstas requieren cierto control de la postura (Santrock, 2006).

Santrock (2006) plantea que los recién nacidos no son capaces de controlar su postura de manera voluntaria, aunque al cabo de algunas semanas son capaces de mantener la cabeza recta y alrededor de los seis meses logran sentarse por sí solos. Durante el segundo año de vida los pequeños adquieren mayores habilidades motoras, lo que se ve reflejado en una mayor movilidad e independencia, siendo esta etapa un periodo vital para el adecuado desarrollo del niño.

Los preescolares hacen grandes progresos en sus habilidades motoras gruesas, pueden correr, saltar y trepar cada vez más lejos (Papalia, et al., 2012). Aunque aún les queda un largo camino por recorrer, son extraordinariamente capaces. A los tres años comienzan a mostrar signos de automaticidad (capacidad de ejecutar actividades motoras sin pensar en ellas) y pueden pedalear un triciclo, coger una pelota grande, dar saltos con ambos pies y coger una pelota botando (Santrock, 2006).

A los cuatro años pueden variar el ritmo de su carrera, patear una pelota y atraparla, saltar sobre un solo pie y botar la pelota. A los cinco años corren más rápido, cargan hasta siete kilogramos, patinan y pueden andar en bicicleta con el apoyo de dos ruedas (Craig & Baucum, 2009).

Durante la etapa escolar los niños adquieren un mayor dominio sobre los movimientos controlados y propositivos, y ya dominan habilidades como correr y saltar. El desarrollo motor en esta etapa se vuelve mucho más gradual y coordinado (Santrock, 2006).

De acuerdo con Santrock (2006) los niños escolares son capaces de saltar la cuerda, escalar, nadar, andar en bicicleta, entre otras cosas. Así mismo, aumenta el control que tienen sobre su cuerpo, lo que les permite permanecer sentados y prestar atención por periodos de tiempo más largos.

Habilidades motoras finas.

Estas habilidades implican la capacidad de realizar movimientos delicados. Es necesaria una adecuada coordinación percepto-motora, es decir, entre el ojo la mano y músculos pequeños, para que el bebé pueda coordinar el agarre de diversos objetos (Santrock, 2006).

A los dos y tres años, el niño puede ponerse y quitarse algunas prendas simples, sube y baja cierres, y aprender a usar la cuchara. Entre los tres y cuatro años abrocha y desabrocha botones grandes, corta papel comienza a hacer círculos. A los cinco años puede vestirse y desvestirse solo, aprende a usar cubiertos, a atarse las agujetas y empieza a escribir su nombre. A los seis años dibuja su mano y reproduce letras y copia dos palabras (Craig & Baucum, 2009).

En la etapa escolar mejoran las habilidades motoras finas. Pueden usar sus manos como si fueran herramientas. A los siete años el pulso se vuelve más firme y prefieren el uso de lápices que de crayones, se reduce el tamaño de las letras y la inversión de grafías. Entre los ocho y diez años pueden utilizar sus manos de manera independiente con gran control y precisión, ya no reproducen sólo letras, sino que son capaces de escribir con un tamaño de letra más regular. Luego, entre los diez y doce años muestran destrezas de manipulación de objetos muy parecidas a las de los adultos y son capaces de controlar movimientos complejos y rápidos, por ejemplo: para tocar un instrumento (Santrock, 2006).

El control y dominio de su cuerpo fomenta también el sentimiento de competencia y autoestima. Además, les ayuda a obtener la aceptación de sus compañeros, pues los niños torpes o con una coordinación deficiente son, con frecuencia, excluidos de actividades de grupo o deportivas (Craig & Baucum, 2009).

Desarrollo del lenguaje y comunicación.

El lenguaje consiste en un sistema de comunicación que se basa en las palabras y la gramática. Una vez que los menores conocen las palabras, son capaces de usarlos para representar objetos y acciones; de reflexionar acerca de personas, cosas y lugares, así como de comunicar necesidades, ideas y sentimientos (Papalia, et al., 2012).

Craig y Bacum (2009) mencionan que “aún los recién nacidos se comunican” (p.154). Estos autores explican que los infantes encuentran maneras para hacer saber a sus padres y otras personas cómo se sienten. Alrededor del primer año de vida la mayoría de los bebés pronuncia su primera palabra; cerca de los dieciocho meses ya pueden unir dos o más palabras, y hacia los dos años de edad ya son capaces de dominar más de 100 palabras y establecer pequeñas conversaciones. En la tabla 2 se observan los hitos en el desarrollo del lenguaje durante la infancia.

En lo referente a los procesos de aprendizaje del lenguaje, se enfatizan cuatro componentes: la imitación, el condicionamiento, las estructuras innatas del lenguaje y el desarrollo cognitivo (Papalia, et al., 2012).

Posteriormente, durante la etapa preescolar se amplía de manera rápida el vocabulario del niño, así como el uso que hace de las formas gramaticales y su comprensión del lenguaje como una actividad social (Craig & Baucum, 2009).

Brown (en Craig & Baucum, 2009) plantea cinco etapas a lo largo del desarrollo del lenguaje. En una primera etapa, las frases suelen ser de dos palabras, a manera de

habla telegráfica. En una segunda etapa, el niño preescolar logra generalizar algunas reglas gramaticales, mostrando gran comprensión de las reglas para conjugar verbos, formar plurales y posesivos. En la tercera etapa el menor aprende a modificar oraciones simples; crea formas negativas e imperativas, hace preguntas que demandan una respuesta dicotómica y hace uso de verbos auxiliares y negativos intercalados en una oración. Finalmente, en las etapas cuatro y cinco los menores aprenden a manipular elementos más complejos del lenguaje; hacen uso de oraciones subordinadas y fragmentos dentro de oraciones compuestas y complejas; además, son capaces de entender la sintaxis de manera correcta.

Durante la etapa escolar, o niñez media, los pequeños logran perfeccionar las habilidades del lenguaje tanto oral como escrito. Conforme su vocabulario se expande, aumenta el dominio de estructuras gramaticales complejas y hacen uso de un habla más elaborada, por ejemplo, comprenden y aprenden a usar la voz pasiva (Papalia, et al., 2012).

De igual manera, durante esta etapa se consolidan las habilidades relacionadas con la lectura y la escritura, es decir, el proceso de alfabetización. Mientras el niño preescolar se centra en comprender y producir el lenguaje hablado, el niño en la etapa escolar se concentra en aprender a leer y escribir (Craig & Baucum, 2009).

La lectura tiene que ver con aprender la fonética y la decodificación del alfabeto; la escritura, por su parte, implica la mejora de las habilidades motoras finas que se demandan para el trazo de las letras. La lectura implica la habilidad de inferir un significado a través de un texto impreso, mientras la escritura requiere de habilidades para transmitir un significado a través del texto impreso (Papalia, et al., 2013).

Tabla 2.

Hitos en el desarrollo del lenguaje durante la infancia

Edad (meses)	Conducta lingüística
Al nacer	Lloran, dan respuesta a los sonidos y perciben el habla
2	Se ríen y producen sonidos de arrullo
3	Sonríen cuando le hablan y emiten sonidos de arrullo
4	En respuesta a la voz humana voltean la cabeza
5	Emiten sonidos vocálicos, reconoce secuencias sonoras que escucha con frecuencia.
6	Pasan del arrullo al balbuceo; reconocen fonemas de su lengua materna.
8	Repiten algunas sílabas; balbucean vocales y consonantes.
12	Usan gestos sociales; no distinguen sonidos que no son de su lengua materna; comprenden algunas palabras y reproducen algunas.
18	Reproducen hasta cincuenta palabras; usan verbos y adjetivos.
24	Emplean frases de tres a cinco palabras; se acelera su comprensión; ya no balbucean.
30	Continúan empleando frases de hasta cinco palabras; cometen errores gramaticales.
36	Vocabulario alrededor de 1000 palabras y cometen errores sintácticos
48	Dominan aspectos básicos del lenguaje.

Fuente: Craig y Baucum (2009) y Papalia, et al. (2012).

Es a través de la comunicación simbólica que el niño aprende a relacionarse con su mundo exterior, pensamientos y sentimientos. Ambos procesos, la lectura y la escritura, son el resultado de las crecientes habilidades lingüísticas del menor. La adquisición de la lecto-escritura es un proceso complejo y multidimensional que se da dentro de un contexto sociocultural. La adquisición de los conocimientos implicados se da a través de la interacción con padres, hermanos, profesores y pares (Craig & Baucum, 2009).

El desarrollo del *self* en la infancia y la niñez

El interés en los procesos del *self* ha crecido en distintas áreas de la psicología debido a diversas razones. En el área de la psicología del desarrollo cognitivo se ha prestado atención a los cambios normativos que se dan en el desarrollo del sentido del *self*. Aquellos interesados en el desarrollo de los procesos de memoria han descrito cómo el *self* se crea a través de construcciones narrativas que proveen la base para la memoria autobiográfica. Los teóricos contemporáneos del apego han centrado su atención en cómo las interacciones con los cuidadores principales pueden moldear las representaciones del *self* y de los otros. Desde la tradición psicodinámica, se ha contribuido para entender cómo las experiencias tempranas de socialización dan estructura y contenido a las evaluaciones que la persona hace del *self*, las cuales pueden contribuir a la presencia de psicopatología en alguna etapa de desarrollo (Harter, 2008).

Para Harter (2008), el concepto de *self* puede ser entendido como una construcción cognitiva y social. De acuerdo con la visión cognitiva, el *self* se desarrolla a lo largo del tiempo, al igual que los procesos cognitivos propios de cada etapa del desarrollo. Así pues, las habilidades y limitaciones cognitivas de cada fase determinarán la forma en que la persona se concibe a sí misma.

Por otra parte, el *self* visto como construcción social tiene que ver con la manera en que las experiencias de socialización del niño influyen en el contenido de las representaciones del *self* o sí mismo²; dependiendo de dichas experiencias las evaluaciones que la persona hace de sí mismo pueden ser favorables o no. Además, las reacciones que tienen otras personas, pueden determinar que el niño se perciba a sí mismo como un ser competente o incompetente, merecedor o no de afecto, así como influir en su nivel de autoestima (Harter, 2008).

Se han identificado dos aspectos distintos pero íntimamente relacionados del *self*: 1. *I-self* o *self* como sujeto; y, 2. *Me-self* o *self* como objeto. El *self* como sujeto hace referencia al actor o conocedor, lo que implica los procesos biológicos, perceptuales y cognitivos que permiten la construcción del *self* como objeto; este último se refiere al objeto del conocimiento sí mismo o bien, a la idea de uno mismo (Lewis, 1997). De esta manera, los cambios en el desarrollo cognitivo en los procesos del *I-self* afectarán de manera directa la naturaleza de la teoría del *self*, o sí mismo, que construye el niño. Sin embargo, el *I-self* en su papel de constructor del *Me-self*, no posee durante la niñez la capacidad de crear un sistema organizado y jerárquico de postulados que sean internamente consistentes, organizados de manera coherente, que puedan ser probados o validados de manera empírica. Es hasta la adolescencia tardía y adultez temprana que aparecen las habilidades cognitivas para construir un retrato de sí mismo que sea válido (Lewis, 2003).

² En el presente trabajo los términos yo y sí mismo son entendidos como equivalentes del *self*.

Infancia y niñez temprana.

El desarrollo del *self* durante la infancia y niñez temprana está estrechamente relacionado con las capacidades cognitivas del niño y el rol que juegan diversos agentes socializadores (Higgins, 1991).

Durante esta etapa los pequeños solo pueden construir representaciones cognitivas concretas acerca de características observables del *self* (p.e. “puedo contar hasta el 100”, “vivo en una casa grande”). Los niños en esta etapa de desarrollo conciben el sí mismo como atributos separados y taxonómicos que son físicos, activos, sociales o psicológicos; suelen hablar de habilidades particulares más que de generalizaciones del *self*. Con frecuencia, las descripciones conductuales son seguidas de demostraciones de sus habilidades, lo que sugiere que en esta etapa las representaciones del sí mismo están directamente relacionadas con la conducta; el niño durante la niñez temprana se define a sí mismo a través de sus preferencias. Debido al desarrollo cognoscitivo en esta etapa, los pequeños no son aún capaces de representar categorías de orden superior para definir el *self*, es decir, aún no tienen la posibilidad de pensar en conceptos ni de analizar según reglas lógicas (Harter, 2008).

Case (1992), denomina el periodo de la infancia y niñez temprana como la etapa *Interrelacional*, pues los menores crean relaciones rudimentarias a manera de estructuras discretas entre las dimensiones física, conductual y actividades habituales. Por su parte, Fischer (1980) denomina a dichas estructuras como *Representaciones simples*, pues los pequeños no son capaces de integrarlas en un autorretrato de sí mismos.

Los niños pequeños aún no pueden formular un autoconcepto ideal diferenciado del autoconcepto real, ya que la habilidad de hacer uso de la comparación social aún no se encuentra del todo desarrollada en esta etapa. Por otra parte, el pensamiento

dicotómico característico de esta fase de desarrollo está relacionado con la tendencia a que sus evaluaciones sean irrealmente positivas. A pesar de esto, se ha encontrado que los niños pequeños (alrededor de los tres y cuatro años), manifiestan su autoestima a través de su conducta, es decir, su autoestima se basa en las conductas que pueden hacer de manera exitosa, así como en sus características físicas (Harter, 2008).

Harter (2008) menciona que los niños pueden detectar el hecho de que su conducta evoca una reacción en los otros, especialmente en sus padres, lo que genera efectos psicológicos en el *self*. Estas experiencias permiten moldear el sí mismo hasta el punto en que los pequeños lleven a cabo conductas para complacer a sus padres.

Se sabe que antes de los dos años los niños anticipan las reacciones de los adultos, buscando generar respuestas positivas en los otros. Finalmente, los menores en esta etapa son capaces de incorporar las opiniones que otras personas tienen acerca de ellos, en evaluaciones realistas que pueden llegar a ser verbalizadas (Fischer, 1980).

Harter (2008) menciona que muchas de las limitaciones cognitivas de este periodo pueden servir como factores protectores en la medida que ayudan a los niños a mantener percepciones bastante positivas del *self*, aún si éstas son poco realistas.

Finalmente, se sabe que un trato negativo, abusivo y crónico por parte de los cuidadores principales puede tener un impacto negativo en la formación del *self* (Harter, 2008).

Niñez intermedia.

Durante la niñez intermedia, entre los cinco y siete años, los niños comienzan a hacer referencia a diversas competencias; así, las habilidades sociales, cognitivas y relacionadas con talentos atléticos suelen ser empleados para describirse a sí mismos (Harter, 1999). A diferencia de etapas anteriores, a esta edad los niños comienzan a

mostrar habilidades rudimentarias para interrelacionar los conceptos que previamente dividían en categorías, sin embargo, aún persiste el pensamiento dicotómico. Así, se denomina a esta etapa *Pensamiento unidimensional* (Case, 1992).

Un nuevo proceso cognitivo aparece en esta etapa: la habilidad para unir o relacionar categorías en formas de opuestos, p.e. alto y bajo, gordo y flaco. Aún no conciben la posibilidad de ser buenos y malos, al menos no al mismo tiempo, lo que puede verse reflejado en la idea “soy bueno y por lo tanto no puedo ser malo”, sin embargo, sí son capaces de reconocer a los otros como *malos* en ciertas habilidades, p.e. “conozco niños que son malos para jugar fútbol, ¡pero yo no!”. El desarrollo cognitivo de esta etapa lleva al niño a sobrediferenciar los atributos tanto positivos como negativos, por lo que persisten descripciones del *self* cargadas de virtuosismo (Harter, 2008).

Harter (2008) explica que lo antes mencionado también puede observarse en el entendimiento de las emociones durante la niñez intermedia, etapa en la que los niños no pueden integrar emociones de valencias opuestas, como feliz (positiva) y triste (negativa). Un avance que se presenta respecto a etapas previas, es que los niños en este periodo reconocen que pueden experimentar dos emociones de igual valencia al mismo tiempo (positivas o negativas), lo que se puede observar en la frase “me siento contento y emocionado de ver a mis papás”. Sin embargo, aún no conciben las emociones positivas y negativas como parte de un mismo set representacional, lo que son vistas como conceptos opuestos e incompatibles.

La incapacidad para reconocer que una persona puede tener atributos tanto positivos como negativos, así como experimentar emociones positivas y negativas (en momentos distintos), representa una característica propia del nivel de desarrollo cognitivo en esta etapa. A diferencia de etapas de desarrollo anteriores, gracias a las

habilidades lingüísticas y cognitivas desarrolladas, los pequeños son capaces de expresar de manera verbal su firme convicción de que una persona no puede tener características positivas y negativas al mismo tiempo, como lo expresó un niño de cinco años, “no, no hay manera de que seas listo y tonto al mismo tiempo, sólo tienes una mente” (Harter, 2008, p. 228).

Durante esta etapa el ambiente socializador juega un papel muy importante. Los niños se dan cuenta que quienes los rodean tienen un punto de vista particular (más que una simple reacción) hacia ellos y su comportamiento (Higgins, 1991). Como lo señala Selman (1980), en esta etapa aparecen habilidades de toma de perspectiva que permiten que los menores se den cuenta de que los otros realizan una evaluación activa del *self*; empero, aún no internalizan esta evaluación como para tomar una postura al respecto.

Existe evidencia que demuestra que los niños en esta etapa se centran, primordialmente, en comparaciones temporales (mis habilidades ahora, en comparación a cuando era más pequeño) y las normas de edad, más que en comparaciones individuales con sus iguales; dichas comparaciones temporales resultan bastante gratificantes para los niños en esta etapa. Si bien se pueden observar formas elementales de comparación social, ésta más bien la usan para determinar si han recibido una recompensa justa, no con propósitos de autoevaluación (Ruble & Frey, 1991).

Niñez tardía.

Durante la niñez tardía, entre los ocho y once años de edad, los niños continúan describiéndose a sí mismos en términos de sus competencias (p.e. inteligente, tonto). Sin embargo, los atributos referentes al *self* son primordialmente de carácter interpersonal, pues las relaciones con otros, especialmente con los pares, se convierten en una dimensión cada vez más sobresaliente del sí mismo (Harter, 2008).

Como Harter (2008) lo establece, conforme avanza el desarrollo cognitivo, aparecen las generalizaciones de orden superior, las cuales permiten la integración de características de comportamiento específicas del *self*. Aparecen tres habilidades cognitivas:

- a. La habilidad de hacer uso de la comparación social;
- b. La habilidad para diferenciar las auto-percepciones reales de las ideales; y,
- c. Mayores habilidades que permiten tomar una perspectiva social.

Las habilidades de comparación social permiten que el niño en esta etapa tenga una opinión de sí mismo más real, al considerar los aspectos positivos y negativos de sí mismo y de los otros. Por ello, en esta etapa las auto-percepciones se vuelven más negativas en comparación con las auto-evaluaciones tan positivas de la mayoría de los niños más pequeños (Harter, 1999).

Posteriormente, el periodo de adolescencia representa una transición dramática en el desarrollo, dados los cambios físicos de la pubertad, los avances en el desarrollo cognitivo y las cambiantes expectativas sociales (Harter, 2008).

Autoconcepto y autoestima.

El autoconcepto se refiere a la imagen total que tiene una persona de sus rasgos y capacidades (Papalia, et al., 2012). Puede ser concebido como una construcción cognitiva constituida por representaciones descriptivas y evaluativas del sí mismo (Harter, 1996).

Papalia, et al. (2012) plantean que el autoconcepto se desarrolla a medida que aumenta en los niños la conciencia de sí mismos, haciéndose más claro conforme aumentan sus capacidades cognoscitivas y hacen frente a las distintas tareas y retos que plantea cada etapa del desarrollo.

En la etapa escolar el niño aprende algunas actitudes generalizadas acerca de sí mismo, comienza a compararse con las personas a las que desea parecerse y su autoevaluación puede considerarse un reflejo de lo que la gente piensa de él (Craig & Baucum, 2009).

Conforme el niño crece, se forma una imagen más estable de sí mismo, por lo que los juicios en relación a su persona se vuelven más conscientes, equilibrados y realistas. En esta etapa los niños se comparan con otros de su misma edad, aprenden los estereotipos de género y sus preferencias personales al respecto (Papalia, et al., 2012).

Craig y Baucum (2009) plantean que, distinto al autoconcepto, el cual tiene que ver con quién es una persona y lo que puede hacer, la autoestima incluye un elemento evaluativo; es decir, el juicio que hacen los pequeños respecto a su valor general (Papalia, et al., 2012). La autoestima tiene su base en la capacidad cognitiva que van adquiriendo los niños para describirse y definirse a sí mismos. evaluación al respecto, ya sea positiva o negativa (Papalia, et al., 2012).

La autoestima tiene su origen durante la etapa preescolar, en la que las experiencias de éxito y fracaso, así como la relación con los padres, tienen un impacto importante (Craig & Baucum, 2009). De manera general, se sabe que los niños tienen la capacidad de expresar un concepto de autovalía alrededor de los ocho años, por lo que los niños más pequeños demuestran dicho concepto a través de su conducta. Entre los cinco y los siete años la autoestima no está basada necesariamente en la realidad, por lo que los pequeños tienden a sobreestimar sus capacidades; esto debido a que suelen aceptar como verdaderos los juicios y retroalimentación de los adultos, que suelen ser positivos. Conforme los menores realizan evaluaciones respecto a su competencia basadas en la internalización de estándares sociales y de sus padres, comienzan a estimar su valía de una manera más realista (Papalia, et al., 2012).

La formación de la autoestima puede considerarse un proceso circular, pues los niños que tienen éxito en lo que hacen se sienten seguros de sus capacidades, fortaleciendo la sensación de éxito y por lo tanto, su autoestima (Craig & Baucum, 2009).

Tanto una alta autoestima como un autoconcepto adecuados son considerados factores de gran relevancia para el bienestar de los niños. Una elevada autoestima se ha relacionado con mayor iniciativa propia y conductas prosociales (Santrock, 2006), mientras que una autoestima baja ha sido asociada con ansiedad y depresión (Sowislo & Orth, 2013), así como con conducta agresiva y antisocial (Trzesniewski, et al., 2006).

Desarrollo emocional

Cualquier persona que haya estado cerca de un niño puede darse cuenta que son seres emocionales. No sólo se observa la expresión de emociones, sino también la variación del temperamento; si son tímidos o extrovertidos, activos o pasivos. El desarrollo emocional en la infancia 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. Sus esfuerzos diarios por controlar emociones intensas, especialmente las negativas, refleja la consciencia que tienen de la necesidad de respetar los convencionalismos sociales y culturales. La aparición de emociones que implican la autoconsciencia, como la culpa, el orgullo y la vergüenza, reflejan la importante conexión que existe entre la vida emocional de los niños y el desarrollo del sentido de sí mismo. Cada uno de estos logros está estrechamente relacionado con las experiencias y relaciones que vive el niño, de las cuales aprende acerca de las emociones, sus causas y consecuencias. El desarrollo

emocional contribuye así al crecimiento de las competencias sociales del menor (Thompson & Lagattuta, 2008).

Las emociones tienen influencias tanto a nivel biológico como ambiental. Por ejemplo, las expresiones faciales de emociones tienen una fuerte base biológica. Dicha base implica el desarrollo del sistema nervioso, pues se sabe que las emociones están relacionadas con el desarrollo temprano de ciertas regiones del sistema nervioso. Si bien la evolución biológica ha permitido que los seres humanos sean seres emocionales, ha sido la inmersión en la cultura y las relaciones con otros las que brindan diversidad en las experiencias emocionales (Santrock, 2006).

Desde etapas muy tempranas el bebé transmite un abanico rico de emociones que incluye la alegría, la tristeza, el miedo, el enojo y la sorpresa. En los meses siguientes al nacimiento, las expresiones emocionales del niño se vuelven mucho más organizadas y comienzan a transmitir una amplia variedad de mensajes emocionales de manera sutil (Thompson & Lagattuta, 2008).

Las bases para que el niño sea capaz de comprender las emociones de otros, se forman durante la infancia temprana. De hecho, antes de que el niño sea capaz de hablar acerca de ellas, desarrollan la habilidad de identificar las expresiones emocionales a nivel facial y vocal, así como reconocer que las emociones que las personas experimentan están relacionadas con sus acciones. Como resultado, los niños comienzan a prestar más atención a las expresiones emocionales de las personas con las que conviven, lo que ayudará a guiar su conducta en situaciones similares (Thompson & Lagattuta, 2008).

Es en el primer año de vida que se desarrolla la consciencia de cómo se ven o se escuchan las distintas emociones (Bornstein & Arterberry, 2003). Alrededor de los cinco meses, los bebés reaccionan de manera diferenciada ante emociones positivas y

negativas que son expresadas de manera verbal, tendiendo a reaccionar con un afecto positivo y vocalizaciones en señal de aprobación (Fernald, 1996).

Posteriormente, entre los nueve y doce meses los infantes saben que las emociones que una persona experimenta suelen estar dirigidas hacia objetos, individuos o eventos en el entorno, pues transmiten información acerca de cómo responder ante ellos (Woodward & Guajardo, 2002). Esto constituye uno de los rasgos distintivos en el camino hacia la comprensión de los estados mentales de otras personas, es decir, lo que otros quieren, desean, saben, piensan o sienten.

Entre los nueve y los doce meses los niños se interesan más en la evaluación emocional que otras personas hacen respecto a objetos o eventos, lo que puede observarse en su mayor sensibilidad a la dirección de la mirada de otras personas o en sus gestos de señalar un objeto para llamar la atención hacia ellos. Cuando el niño no presenta estas conductas, podría pensarse en la posibilidad de algún retraso en el desarrollo que requiere atención profesional (Wellman & Lagattuta, 2000).

Algunos meses después, cerca del año y medio de edad, los niños alcanzan un nivel superior en el entendimiento emocional, pues comienzan a darse cuenta de que no todos reaccionan de la manera en que ellos lo hacen. Estos avances en el desarrollo constituyen la base para que el niño no sólo reconozca, sino hable acerca de los estados mentales y emocionales de otras personas, y se desarrolle así la autoconciencia y otras emociones más compleja (Thompson & Lagattuta, 2008).

En los años posteriores, se dan cambios de gran importancia respecto al desarrollo emocional; durante esta etapa los niños hacen un mayor uso del lenguaje emocional y de la comprensión de las emociones propias y de otros. En la etapa preescolar, los niños pueden hablar con mayor facilidad de las emociones; entre los dos y tres años aumentan de manera considerable el número de palabras que emplean para

describir las emociones, además de aprender acerca de las causas de éstas. También son capaces de clasificar de manera correcta las emociones simples tanto en sí mismos como en los otros, pueden hablar sobre experiencias pasadas, presentes y futuras y utilizan el lenguaje emocional dentro del juego imaginario (Craig & Baucum, 2009).

Alrededor de los cinco años, muestran mayor habilidad para reflejar verbalmente sus emociones, lo que permite comprender que ciertas situaciones pueden provocar sentimientos distintos según la persona y que los sentimientos pueden persistir tiempo después de ocurrido el hecho que los produce. Además, tienen una conciencia cada vez mayor para poder controlar y manejar sus emociones de acuerdo a los estándares sociales (Santrock, 2006).

Es también durante la infancia temprana que surgen competencias relacionadas con la regulación emocional (Cole, Martin, & Dennis), las cuales consisten en ayudas externas y estrategias internas que permiten manejar la excitación emocional. Los niños tienen distintas razones para manejar sus emociones, por ejemplo, para sentirse mejor en circunstancias estresantes, obtener apoyo, manejar el miedo y actuar de manera valiente, afirmar las relaciones que tiene o cumplir con reglas sociales, por mencionar algunas (Thompson & Lagattuta, 2008).

Posteriormente, durante la niñez intermedia, es decir, durante la etapa escolar, los niños muestran una mayor capacidad para entender emociones complejas como el orgullo y la vergüenza, las cuales se interiorizan para integrarse como parte del sentido de responsabilidad de la persona; comprenden que se puede experimentar más de una emoción ante determinadas situaciones, consideran cada vez más los hechos que generan ciertas reacciones emocionales, mejoran su capacidad para ocultar reacciones emocionales negativas y emplean estrategias personales para reconducir sus

sentimientos (Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, 2015).

Al igual que otros aspectos el desarrollo emocional en los niños depende en gran medida de sus cuidadores principales y otros adultos con quienes convive. Algunos autores sostienen que los seres humanos durante la infancia pueden funcionar de manera adecuada únicamente si cuentan con un cuidador con el cual puedan establecer una relación que les proporcione apoyo (Esquivel, 2010).

Desarrollo de la autonomía.

Conforme los niños maduran, tanto física, como cognitiva y emocionalmente, aumenta su motivación para, poco a poco, independizarse de los adultos que cuidan de ellos (Papalia, et al., 2012).

Alrededor del primer año de vida, el menor ya ha aprendido algunas conductas que son aceptables en el entorno en que se desenvuelve. Luego, durante el segundo año, el niño vive un conflicto debido a su mayor necesidad de autonomía, a pesar de que sus habilidades aún son limitadas (Craig & Baucum, 2009).

Erikson (en Papalia, et al., 2012) identifica el periodo que abarca entre los dieciocho meses y los tres años, como autonomía frente a vergüenza y duda. Este periodo se caracteriza por la transición del control externo al autocontrol. La virtud que resulta de esta etapa es la voluntad. Los menores necesitan aún de adultos que establezcan límites seguros, por lo que la vergüenza y la duda los ayudan a reconocer dichos límites.

El niño preescolar se ve inmerso entre una creciente necesidad de autonomía y la dependencia que tiene respecto a sus padres. Surge entonces un nuevo sentido de autonomía: producto de la convicción de que puede hacerlo (aunque no necesariamente sin la ayuda de otras personas). Mientras que durante la infancia los niños son, por lo

general, bastante cooperativos, hacia los dos años pueden volverse poco cooperativos, expresando su deseo de independencia con un “¡no!” (Craig & Baucum, 2009).

De acuerdo con Erikson (en Santrock, 2006), el niño preescolar atraviesa por la fase de iniciativa frente a culpa. En esta etapa el menor está convencido de que es una persona por sí sola, aunque aún no descubre qué tipo de persona será. Se identifican en buena medida con sus padres, que aún le parecen maravillosos, aunque a veces irracionales y desagradables.

Craig y Baucum (2009) plantean que el conflicto entre iniciativa y culpa representa una extensión de la lucha del menor por lograr la autonomía. La culpa en un grado excesivo puede frenar la iniciativa del niño deteriorando la confianza en sí mismo, lo que puede generar timidez y miedo.

Gracias a su iniciativa logran ampliar su mundo social, aunque dicha iniciativa y entusiasmo pueden traer tanto recompensas como castigos. El que un niño pueda superar esta etapa con un sentimiento de iniciativa, más que de culpa, dependerá de la manera de responder de los padres ante las iniciativas del niño (Santrock, 2006).

Finalmente, en la etapa escolar, los niños se encuentran en la cuarta fase propuesta por Erikson: productividad frente a inferioridad. Los menores necesitan aprender las habilidades que son valoradas en su sociedad (Papalia, et al., 2013).

Cuando el entorno apoya y motiva los esfuerzos del niño por construir, trabajar y crear, se fomenta su sentido de productividad. Por el contrario, cuando los padres o maestros consideran que los esfuerzos del niño son sólo travesuras o cosas sin importancia, se puede propiciar un sentimiento de inferioridad. Más allá de la familia, el mundo social del menor influye de manera importante en esta etapa (Santrock 2006).

La virtud que puede resultar de la exitosa resolución de esta etapa, es la competencia, que implica que el menor se siente capaz de dominar ciertas habilidades y tareas (Papalia, et al., 2013).

Importancia de la familia en el desarrollo emocional del niño

Si bien son muchos los factores que impactan en el desarrollo del niño, para poder entender su conducta es de gran importancia considerar el contexto en el que se desenvuelve. Su primer contacto social se da dentro de la familia, por lo que el tipo de relaciones que se establezcan dentro de ésta impactará directamente en el desarrollo del menor (Heredia, 2014). Es ahí donde los pequeños experimentan por primera vez emociones positivas y negativas, en el contexto donde son, o deberían ser, protegidos y cuidados.

Gullota (2008) plantea que, desde el punto de vista de la biología social, la principal función de la familia es alcanzar la reproducción y perpetuación de la especie humana. Desde la teoría del funcionamiento estructural, el papel de la familia tiene que ver con el establecimiento de reglas adecuadas que permitan que ésta funcione de manera armoniosa. La teoría del intercambio social plantea que dichas reglas deberían generar un equilibrio entre pérdidas y ganancias, favoreciendo que éstas últimas sean mayores. Sin embargo, un factor más que resulta esencial dentro de la definición de la familia, son los hijos. El autor explica que la familia proporciona un marco estructural en el que los individuos comparten tanto la residencia como los recursos económicos. Es dentro de la familia y otras instituciones donde los niños aprenden a socializar, adquieren valores y son protegidos.

Bowen (1978) habla de cuatro patrones de relación que pueden alterar el funcionamiento familiar. Estos patrones son: conflicto marital, retos emocionales o

conductuales que enfrenta uno o ambos padres, discapacidad de uno o más hijos y distancia emocional entre los miembros de la familia.

El conflicto marital ha sido asociado con problemas de conducta en los niños y con el empleo de prácticas parentales negativas. Los niños tienden a mostrar niveles elevados de sintomatología tanto internalizada como externalizada, generando tensión en los padres y otras problemáticas dentro del sistema familiar, lo que puede afectar el proceso de desarrollo del niño dentro del sistema familiar (Williams-Washington, Melon, & Blau, 2008).

La importancia de los patrones de interacción que se dan en la familia se debe a la influencia de éstos en el nivel de competencia social e intelectual de los niños. Se sabe que el desarrollo de competencias sociales e intelectuales permite a los niños intentar alcanzar sus propias metas y objetivos de manera tan efectiva como les es posible. Así pues, la calidad de las interacciones padre-hijo puede variar de manera sustancial entre las familias; estas variaciones pueden alterar de manera sustancial la trayectoria de desarrollo del niño, especialmente durante la infancia temprana. De hecho, la combinación de ciertos estresores y factores de riesgo tanto ambientales como psicosociales pueden generar patrones de interacción negativos (Belsky & Fearon, 2002).

Relación padres-hijo.

Las relaciones entre padres e hijos se encuentran entre las relaciones más cercanas que los individuos establecen a lo largo de su vida. Su importancia se debe a que esta relación provee uno de los contextos más importantes que permiten al niño desenvolverse como individuo y como un miembro funcional dentro de la sociedad (Hartup & Laursen, 1991).

Como Mussen, Conger y Kagan (2009) plantean, las personas desempeñan dos papeles muy importantes en el desarrollo temprano del infante. Por un lado, los adultos pueden ayudar al infante a aliviar el malestar que experimenta, al ofrecerle oportunidades de interacción para ayudarlo a desarrollar una relación emocional con las personas que cuidan de él, relación a la que se le denomina apego. Por otra parte, la interacción con otras personas fomenta el desarrollo cognoscitivo y social.

Resulta innegable que, durante el primer año de vida, los infantes generan una relación especial con aquellas personas que cuidan de ellos, que los alimentan, les hablan, juegan con ellos, los acarician y los mecen; estas personas le brindan al menor la seguridad para enfrentar situaciones desconocidas. Así, los adultos le proporcionan al pequeño oportunidades para el desarrollo de una relación emocional con quienes cuidan de él, lo que a su vez fomentará el desarrollo cognoscitivo y social (Mussen, et al., 2009).

Bowlby (en Heredia, 2014) considera que cuando no existe un apego seguro en los primeros años de vida, o no hay amor en la crianza de los niños, éstos generan esquemas cognitivos negativos que pueden persistir e influir en la manera en la que el niño interprete experiencias posteriores. En caso de experimentar pérdidas durante la niñez, puede pensar que no es capaz de generar relaciones positivas duraderas.

Dependiendo de la edad del niño, se puede establecer una correlación directa entre la influencia parental y ciertos resultados en el desarrollo. Entre más grande es el niño, mayor influencia tiene sobre su ambiente social, reduciéndose así la influencia que ejercen los padres. Lo contrario ocurre con niños más pequeños, sobre quienes los padres influyen en prácticamente todos los aspectos de su desarrollo; el niño es como una esponja que absorbe toda la información que le es presentada. Posteriormente, cuando se alcanza la etapa adolescente, se recibe mayor estimulación de otros contextos,

lo que puede generar conflictos con los puntos de vista de los padres (Williams-Washington, et al., 2008).

La importancia de considerar la perspectiva tanto de los padres como del niño dentro de la relación padre-hijo se debe a la complejidad y multidimensionalidad de la relación, la cual varía a través del tiempo e incluso de una situación a otra. De esta manera, se habla de la bidireccionalidad y co-construcción de esta relación, lo que implica que las características de los padres y los niños se conjuntan y contribuyen de igual manera en el surgimiento, mantenimiento y posibles dificultades que llegan a presentarse en el curso de la relación (Russell, Mize, & Bissaker, 2004).

Conforme los padres o cuidadores comunican ciertos valores a los niños, éstos incorporan la nueva información con los valores ya existentes; no se trata de una mera “absorción” de la información, sino de una integración al cuerpo de conocimiento existente (Bush & Peterson, 2008).

Dentro de la relación padres e hijos, influyen los denominados estilos parentales, los cuales son definidos como el resultado final de la conjunción de diferentes conductas parentales (Chao, 2001). Estos estilos pueden afectar diversas áreas del desarrollo infantil, como la conducta del niño, el desempeño escolar y el sentido de autonomía (Craig & Baucum, 2009).

Baumrind (2005) distingue tres estilos parentales: autoritario, permisivo y autoritativo. Los padres autoritarios consideran que sus hijos no deberían cuestionar a las figuras de autoridad y esperan de ellos respeto y obediencia; los castigos por no acatar las reglas suelen ser punitivos. Se ha encontrado que estos niños tienen una pobre opinión acerca de sí mismos y muestran un pobre desempeño académico.

Los padres permisivos establecen formas pasivas de interacción con sus hijos. No usan el castigo con frecuencia ni esperan un comportamiento impecable; las reglas

son discutidas de manera abierta, prestando especial atención a los deseos del niño, ante los que el padre se muestra complaciente. Este estilo parental se ha relacionado con conductas delictivas, poco interés por la escuela y problemas de conducta (Heredia, 2014).

Finalmente, el estilo autoritativo es empleado por padres que establecen la disciplina con base en el ejemplo. Existe un equilibrio entre la comprensión de la autonomía del niño y la obediencia, brindando explicaciones para las reglas implementadas (Baumrind, 2005). Este estilo se ha asociado con un menor número de problemas de conducta y mejores resultados en el ámbito escolar (Williams-Washington, et al., 2008).

Por su parte, en relación con los estilos parentales poco saludables, Harter (2008) explica la existencia de tres patrones de relación insegura que pueden observarse en los niños. El primero de ellos, el estilo ansioso-evitativo, puede causar que el niño perciba a su madre como no disponible cuando la necesita o que no cuida de él; se relaciona con no sentirse querido o que no es capaz de encontrar la manera para que otros satisfagan sus necesidades. Esto a su vez genera en el niño periodos de enojo y hostilidad hacia sus cuidadores, así como sentimientos de ser ineficiente en el ámbito social.

De acuerdo con Harter (2008), el niño ansioso ambivalente o *resistente*, percibe a su madre como inconsistentemente disponible, por lo que no puede predecir, y, por tanto, confiar en que alguien satisfaga sus necesidades básicas y afectivas. El niño experimenta estrés pues su madre no está presente para apoyarlo en el desarrollo y perfeccionamiento de nuevas habilidades.

Finalmente, el estilo desorganizado-desorientado puede observarse en el menor a través de signos de miedo o confusión, llanto y depresión que son reflejo de perturbaciones importantes en el *self* (Harter, 2008).

Por otra parte, la aprobación y el apoyo parental son factores críticos en el dominio de auto-competencia y adecuación del menor, así como en su autoestima global y en su sentido de ser digno de amor (Oliva , Parra, & Sanchez, 2002). Se ha encontrado que los padres de niños con una adecuada autoestima tienden a:

- a. Ser más afectivos e interesarse en las actividades de sus hijos.
- b. Hacen cumplir las normas de manera consistente e impulsan a los niños a mantener los estándares de conducta establecidos.
- c. Prefieren el uso de prácticas disciplinarias no coercitivas.
- d. Consideran la opinión del niño en las decisiones familiares (Harter, 2008).

Así pues, los agentes socializadores (principalmente los padres) que proveen cuidado, aprobación y disponibilidad emocional, así como apoyo a los intentos de dominio del niño, favorecerán que éste internalice dicho apoyo a manera de auto-evaluaciones positivas. Por el contrario, los cuidadores que carecen de sensibilidad, cuidado, estimulación y aprobación, y que por el contrario rechazan, son punitivos o negligentes, propiciarán en el menor imágenes *empañadas* de sí mismo, sentimientos de incompetencia, poca valía y no ser digno de ser amado (Bretherton, 1991).

Interacciones familiares negativas: maltrato infantil.

Si bien la familia juega un papel fundamental para el sano desarrollo emocional de los menores, los patrones de interacción que se dan dentro de ésta no siempre resultan los más benéficos para los pequeños.

Cuando las habilidades parentales no son las adecuadas y las interacciones familiares se caracterizan por la tensión y agresión, es común que los menores lleguen a ser víctimas de maltrato infantil. Éste es definido por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010) como abusos y desatención de la que son objeto menores de 18 años. Incluye malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia; es decir, cualquier acto que ocasione daño real o potencial a la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas [UNICEF] (1995, p.30), por su parte, establece que “los menores víctimas del maltrato y el abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”.

El maltrato infantil se ha clasificado en cuatro categorías según sus causas y características (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública [CESOP], 2005): maltrato físico, sexual, psicoemocional y por abandono o negligencia.

El maltrato físico es la agresión física que produce lesiones corporales en el menor. Este tipo de maltrato se ha relacionado con consecuencias en los menores como actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, culpa, sentimientos de ser malo. En el ámbito escolar puede ocasionar ausentismo y bajo rendimiento (García, 2006).

El maltrato o abuso sexual se refiere a cualquier tipo de contacto sexual por parte de un familiar o cualquier adulto con la finalidad de obtener excitación y/o

gratificación sexual; puede variar desde la exhibición de genitales y los tocamientos, hasta la violación. Entre las consecuencias se habla de miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo, autodevaluación, entre otras (Ampudia, Santaella, & Eguía, 2009).

El maltrato psicoemocional tiene que ver con las actitudes dirigidas a producir daño a la integridad emocional de los menores, a través de gestos o expresiones verbales que lo humillen o degraden. Dentro de las consecuencias de este tipo de maltrato se encuentra el deterioro cognitivo, autodevaluación, bajo rendimiento escolar, retraimiento, depresión, aislamiento social, sentimientos de soledad y rechazo, y bloqueo emocional (Craig & Baucum, 2009).

Finalmente, el abandono o negligencia se define como cualquier conducta que prive al menor de la supervisión o atención necesarias para su desarrollo. Puede generar retraimiento, apatía, ausentismo escolar, bajo rendimiento escolar e indiferencia ante el medio que le rodea. Se sabe que la negligencia familiar hacia alguno de los hijos es una de las tipologías de maltrato que se detecta con mayor frecuencia en nuestro país; así mismo, el impacto negativo que tiene sobre el desarrollo de los menores no es necesariamente menos severo que el del maltrato físico, ya que suele generar secuelas a nivel tanto físico como emocional (Ruiz & Gallardo, 2002).

El abandono o negligencia puede darse porque los cuidadores no cuentan con las capacidades necesarias para satisfacer las necesidades del menor, o bien, por el desinterés en el bienestar del menor. Se pueden distinguir varios tipos de maltrato por negligencia: física, educacional y de seguridad (Garzón, 2009).

Por otra parte, Harter (2008) plantea que el maltrato y abuso por parte de agentes socializadores puede impactar de manera negativa en el desarrollo del *self*. Ante situaciones crónicas y severas de abuso, los menores pueden emplear estrategias de

afrontamiento como la disociación, en la que el menor hace un esfuerzo cognitivo por separar el hecho traumático de la conciencia.

Dada la tendencia de los niños a pensar en términos opuestos, consideran a las personas como completamente buenas o completamente malas, lo que puede llevarlos a la conclusión equivocada de que en realidad son ellos totalmente malos (y por ello merecen el trato que se les da) o que su percepción está equivocada. Esto ocurre especialmente cuando son los padres quienes ejercen el maltrato, llegando a pensar que, dado que su conducta no es la correcta, merecen ser castigados. Esto puede contribuir a un profundo sentimiento de *ser* malos, lo que a su vez puede perjudicar el sentido de autoestima global de los menores. Como resultado de una baja autoestima, pueden presentarse síntomas depresivos y conducta autolesiva (Harter, 2008).

Desarrollo social

Cada vez es más el tiempo que pasan los niños en centros de cuidado fuera de familia inmediata, lo que ha aumentado el número de investigaciones respecto al desarrollo social.

Tronick (2009) plantea que las relaciones sociales que establecen los niños con quienes se encuentran en su entorno, junto con los factores genéticos y el tipo de experiencias a las que son expuestos, resultan fundamentales para el desarrollo. El autor explica que las interacciones sociales normales conducen a emociones positivas, curiosidad sobre lo que ocurre en el mundo y la capacidad para afrontar el estrés. Por otra parte, los menores que perciben interacciones poco saludables, pueden experimentar enojo, tristeza, aislamiento, ansiedad, dificultades para establecer relaciones cercanas y problemas de empatía.

Landy (2009) plantea que desde el nacimiento los infantes demuestran interés por otras personas, sintiéndose más atraídos hacia las caras humanas que otros objetos y buscando el contacto visual con otros. Durante los primeros meses los bebés sonríen de manera indiscriminada a otras personas. Conforme la relación de apego se establece, muestran preferencia por sus cuidadores principales, así como, manifiestan molestia y temor ante los extraños.

La autora explica que alrededor de los seis meses, los bebés responden ante otros infantes, sonriendo y vocalizando hacia ellos. Aunque estas interacciones aún no pueden considerarse cooperativas, indican interés por los otros. Se pueden encontrar signos tempranos de empatía, pues los recién nacidos pueden llorar ante el llanto de otros; a los seis meses pueden tratar de confortar a otros. Hacia el final del primer año, pueden ofrecer juguetes y comida a otros bebés.

De acuerdo a lo planteado por Levine y Munsch (2016), entre el primer y segundo año de vida, los niños pequeños disfrutan estar alrededor de otros niños y jugar cerca de ellos, aunque su juego es esencialmente solitario; las interacciones con los pares, suelen orientarse en búsqueda de posesiones y espacio de juego. Aún recurren a sus cuidadores principales de manera continua durante el juego. Durante el segundo año puede llamar la atención de otros hacia algo que les atrae; de igual manera, sigue la mirada de otros y comparte su interés por algún evento. A esta edad pueden responder y copiar emociones de otros, incluyendo la capacidad de confortar a niños y adultos. Pueden compartir algunas de sus pertenencias, especialmente cuando son motivados por un adulto.

Ulteriormente, entre los dos y tres años de edad aumentan las habilidades de cooperación durante el juego, lo que facilita el trabajo colaborativo con un objetivo y la resolución de conflictos. Aumenta la iniciativa para interactuar con otros, así como el

juego imaginario y de roles; lo anterior, facilitado por la creciente habilidad de entender las perspectivas de otros. Los conflictos suelen presentarse con frecuencia; si bien los menores tienen mayor disposición para resolverlos, aún requieren la presencia del adulto para lograrlo (Levine & Munsch, 2014).

Durante el tercer año de vida los niños son más capaces de entender las emociones de otros sin sentir las necesariamente en ese momento; continúan confortando a otros de distintas maneras. Además, se vuelven más conscientes de los estándares de comportamiento social y pueden enojarse fácilmente si estas reglas se rompen (Smith, et al., 2003).

A los cuatro años de edad, las amistades se vuelven un poco más estables y los amigos se vuelven figuras importantes para los niños y gracias al progreso de habilidades sociales, pueden resolver conflictos por ellos mismos. Así mismo, tienen una mejor habilidad para tomar la perspectiva de otros y entender que sus pensamientos, ideas y sentimientos son distintos a los propios. Esto les permite ser más empáticos al momento de relacionarse (Craig & Baucum, 2009).

Posteriormente, entre los cinco y seis años de edad aparecen los juegos de reglas, aunque en este periodo, los niños suelen cambiar las reglas a su conveniencia; pueden incluso planear un juego con anticipación. En esta edad se identifican con personas tanto dentro como fuera de la familia y pueden jugar a ser alguien más. Además, entienden con mayor claridad los sentimientos de otros y responden de manera más apropiada ante ellos (Santrock, 2006).

Durante la etapa escolar, los niños requieren adaptarse a las sutilezas que implica la amistad, a la autoridad que representan los profesores, a los roles de género y a una gran cantidad de normas sociales. Una forma de hacerlo es a través de la socialización directa, es decir, la recompensa de la conducta correcta y el castigo de la

conducta no deseada por parte de profesores y adultos. Otra forma, es la observación e imitación de modelos de socialización (Craig & Baucum, 2009).

Entre los seis y los doce años los niños valoran mucho tener un mejor amigo, relación que se basa en el compromiso y confianza con el otro. Sin embargo, las amistades pueden variar según el nivel de lealtad, compromiso, apertura y conflicto (Levine & Munsch, 2016).

Otro concepto importante al respecto es el de estatus social, que permite identificar a los niños populares y a los que son rechazados por el grupo de pares. Se sabe que los niños pueden ser aislados por características como ser agresivos, molestos o no contar con las habilidades sociales adecuadas (Levine & Munsch, 2014).

Son muchos los aspectos del desarrollo que contribuyen al nivel de competencia social de los niños escolares, como es la capacidad de comunicación recíproca, la capacidad de regulación emocional y conductual (especialmente de conductas negativas), la habilidad para incluirse en el juego imaginario y asumir varios roles, el nivel de desarrollo moral y el tener una relación de apego seguro con sus cuidadores principales (Landy, 2009).

En general, las personas dan sentido al comportamiento de sí mismos y de otros a través de la referencia a estados psicológicos internos, como las emociones, pensamientos y deseos, gracias al desarrollo de la cognición social. Ésta puede definirse como los procesos neurobiológicos, psicológicos y sociales, que permiten percibir, reconocer y evaluar los eventos sociales y, así, construir representaciones de la relación entre uno mismo y los otros, lo cual, guía el comportamiento social (Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, 2015).

Los niños más grandes (en la etapa escolar) y los adultos muestran un claro entendimiento a través del uso del lenguaje, el cual les permite hacer referencia a los

estados psicológicos y a las actividades que ellos mismos y los otros realizan. Sin embargo, aún antes del establecimiento del lenguaje, los infantes revelan cierto entendimiento a través de su interés en la conducta de otras personas. Dicho interés depende de las formas tempranas de la cognición social (Moore, 2010).

Se sabe que el conocimiento del entorno social por parte de los menores, está relacionado con la capacidad de éstos para interactuar con quienes los rodean, por lo que resulta necesario para los niños conocer el camino que deben seguir para conseguir la amistad de otros niños. Así pues, se habla de cinco etapas al momento de procesar la información proveniente del medio social: decodificación de señales sociales, interpretación de éstas, búsqueda de una respuesta, selección de la respuesta óptima e implementación de la misma (Santrock, 2006).

Otros contextos de interacción.

Si bien la familia juega un papel esencial en el desarrollo emocional del menor, existen otros contextos que impactan de manera importante, como es la interacción con los pares, tanto dentro como fuera del contexto escolar.

La influencia que tienen los pares en el desarrollo socioemocional del menor, comienza a tomar mayor importancia en la etapa escolar, momento en el que comienzan a mantenerse relaciones más sostenidas y estrechas con los otros. Además, los cambios a nivel cognitivo que se dan en esta etapa facilitan el establecimiento de relaciones satisfactorias con los otros. Poco a poco, los vínculos son más fuertes y duraderos; así mismo, la influencia del grupo de pares incrementa con el tiempo (Mussen, et al., 2009).

Una de las funciones más importantes del grupo de iguales tiene que ver con proporcionar una fuente de información y comparación respecto al mundo fuera de la familia. Los menores reciben información acerca de habilidades de su grupo de iguales,

lo que les permite evaluar su conducta respecto a la de los otros. Se afirma que relaciones sociales satisfactorias son necesarias para un desarrollo social adecuado (Santrock, 2006).

Se habla de cuatro fuentes importante de apoyo durante la niñez:

- a. Padres.
- b. Profesores.
- c. Compañeros de clase.
- d. Amigos cercanos.

El apoyo de amigos cercanos suele manifestarse a través de la empatía, el cuidado, la sensibilidad ante las emociones y los problemas personales. Por su parte, el apoyo de los compañeros a través de la aprobación puede ser una retroalimentación más objetiva acerca de las competencias, suficiencia y valía de una persona (Harter, 2008).

Hartup y Abecassis (2004) plantean que los amigos suponen intermediarios a nivel cognitivo y emocional durante la infancia y a lo largo de toda la vida, pues ayudan a fomentar la autoestima y la sensación de bienestar. Los pares pueden suponer un factor que promueve el desarrollo, siempre y cuando sean personas que provean apoyo y cuenten con habilidades sociales adecuadas. Por el contrario, las amistades coercitivas o que promueven la existencia de conflicto no benefician el desarrollo.

Sin embargo, cuando un niño no cuenta con las habilidades sociales adecuadas para interactuar con sus iguales, puede ser ignorado por éstos y por lo tanto aislarse de dichas interacciones. Los niños ignorados que apenas interactúan con sus compañeros suelen ser considerados como tímidos, así mismo, pueden presentar problemas de adaptación en diversas áreas de su vida (Santrock, 2006).

Por su parte, los niños introvertidos, que en ocasiones son rechazados por sus iguales o victimizados, tienen mayor riesgo de sufrir de depresión (Sandstrom & Zakriski, 2004).

En relación a los hermanos, éstos juegan un papel crítico en la socialización de los niños. A través de la interacción con sus hermanos, los niños desarrollan patrones de relación y habilidades de entendimiento social que pueden ser generalizadas con otros niños. Así mismo, estas relaciones proveen un contexto para que el niño pueda practicar habilidades sociales que ha aprendido en otros contextos. Por su parte, los hermanos mayores pueden ejercer funciones como supervisores o tutores de los pequeños (Parke, Leidy, Schofield, Miller, & Morris, 2009).

Factores de riesgo y protección en el desarrollo del niño

En las últimas cuatro décadas el estudio de la vulnerabilidad y la resiliencia ha jugado un papel de gran relevancia en el desarrollo de la psicopatología dentro de un marco integrativo para la comprensión de los factores que influyen en la adaptación tanto positiva como negativa. El interés por el estudio de la vulnerabilidad y la resiliencia surgen de las diferencias observadas en cómo las personas se adaptan a los retos que plantea la vida. La vulnerabilidad se refiere a la predisposición o susceptibilidad de algunas personas para presentar alteraciones en el desarrollo o trastornos específicos como resultado de experiencias negativas. Por su parte, la resiliencia tiene que ver con una adaptación positiva que se manifiesta ante situaciones o experiencias de carácter negativo (Masten & Gewirtz, 2008).

Los factores de riesgo son variables que se relacionan con el surgimiento de problemas conductuales y emocionales, dificultades en el desarrollo de la inteligencia y complicaciones físicas o de salud en los niños. Suelen dividirse en cuatro rubros:

- a. Características del niño
- b. Variables parentales o de interacción
- c. Historia parental y funcionamiento actual
- d. Factores sociodemográficos (Landy, 2009).

En cuanto a las características del niño, se sabe que un nacimiento prematuro y un bajo peso al nacer, especialmente cuando existen otras complicaciones médicas, son de los principales factores de riesgo en los infantes relacionado con dificultades de aprendizaje, atencionales y académicas (Pinto-Martin, et al., 2004; Rose, Feldman, Jankowski, & Van Rossem, 2005).

Por su parte, las condiciones médicas crónicas se han asociado con dificultades psicosociales posteriores (Stuber & Shemesh, 2006). Las dificultades temperamentales, como la impulsividad y una baja autorregulación, puede desafiar las habilidades parentales y derivar en interacciones severas y coercitivas entre padre e hijos (Deater-Deckard, & Cahill, 2006; Kim-Cohen & Moffitt, 2004). El estudio de la vulnerabilidad genética ha revelado que la estructura genética hereditaria puede afectar de manera significativa las secuelas de situaciones adversidad en etapas tempranas de la vida (D'Alessio, 2009).

Respecto a las variables parentales, diversas investigaciones sugieren que el estilo de interacción de los padres y las prácticas disciplinares, son las variables que ayudan a predecir con mayor precisión los resultados en el desarrollo del niño (Deater-Deckard & Petrill, 2004; Scaramella & Leve, 2004).

En lo que respecta a la calidad de la relación de apego, se habla de la influencia del grado de sensibilidad de los padres a las necesidades de sus hijos y de la sintonía que establezcan con éstos. Cuando el apego se caracteriza por ser inseguro, puede ocasionar dificultades socioemocionales en el niño (Heredia, 2014).

Las prácticas de crianza duras, punitivas e inconsistentes pueden conducir a la presencia de sintomatología internalizada y externalizada en los menores (Shaw, Gilliom, Ingoldsby & Nagin, 2003). Por último, la falta de conocimiento por parte de los padres respecto al desarrollo y estrategias de crianza, puede ocasionar dificultades en la disciplina y falta de estimulación del lenguaje y otras áreas del desarrollo (Landy, 2009).

En lo que se refiere a la historia de los padres y funcionamiento actual, se habla principalmente del abuso de alcohol y otras drogas (Maluccio & Ainsworth, 2003). Dependiendo del grado de abuso, sus efectos en la inteligencia, funcionamiento académico, así como desarrollo social, emocional y conductual, pueden ser devastadores (Dube, et al., 2001).

Otros factores de riesgo son un nivel de inteligencia bajo, antecedentes delictivos de alguno de los padres o alguna condición psiquiátrica (Brenan, Grekin, Mortensen, & Mednick, 2002). Al respecto, se ha encontrado que la depresión, especialmente de la madre, y la presencia de ansiedad significativa durante el embarazo, pueden aumentar la vulnerabilidad del menor a desarrollar ansiedad, depresión o algún trastorno de conducta (Field, Hernandez-Reif & Diego, 2006; Goodman & Gotlib, 2002). Variables como la propia experiencia de crianza de los padres puede afectar de manera dramática sus habilidades parentales (Schechter, 2004).

Finalmente, en lo concerniente a los factores sociodemográficos, son diversos los factores que pueden influir en el desarrollo del niño, pues de cierto modo la crianza de los hijos es más complicada de lo que era en el pasado; la modificación del estilo de vida ha resultado en una mayor diversidad de arreglos de vivienda, incluyendo hogares monoparentales y familias reconstituidas (Landy, 2009). Se ha visto que los niños que viven en situación de pobreza con frecuencia se desarrollan en entornos violentos. En

este contexto, los padres no suelen fomentar interacciones de crianza saludable, y no es raro que experimenten sentimientos de desesperanza y depresión (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar en cooperación con Aldeas Infantiles SOS Internacional, 2010).

Por su parte, la disfunción familiar severa y el conflicto extremo entre los padres puede conducir al niño a experimentar ansiedad, depresión y problemas de conducta (Sturge-Apple, Davies & Cummings, 2006). El aislamiento y la falta de apoyo social puede resultar en ambientes poco enriquecedores, lo que contribuye a dificultades a nivel social (Barra, 2004). Los efectos de eventos adversos durante la infancia y niñez temprana pueden tener consecuencias a largo plazo en el desarrollo del niño (Landy, 2009).

A pesar de que son muchas las variables que se han relacionado con dificultades a lo largo del crecimiento, son muchos los caminos que puede seguir el desarrollo de los niños y distintos los procesos que determinarán su grado de adaptación (Rutter, 1983; Spencer, et al., 2006).

Una de las razones de dichas diferencias tiene que ver con la influencia de los factores de protección, cuya interacción con los factores de riesgo e influencias genéticas es bastante compleja. Los factores de protección suelen ser descritos como lo opuesto a los factores de riesgo; en ese sentido, pueden ser organizados de la misma manera (características del niño, variables parentales, historia de los padres y factores sociodemográficos) [Landy, 2009].

Los investigadores que han estudiado la resiliencia en niños han identificado algunas condiciones que pueden mejorar la resistencia a los factores de riesgo y así, contribuir a una adaptación exitosa. Estas condiciones pueden dividirse en tres categorías:

- a. Características personales del niño, como un nivel adecuado de inteligencia, habilidades sociales adecuadas y cualidades positivas del temperamento.
- b. Relación con cuidadores principales y habilidad de éstos para proveer un contacto seguro, cálido y empático.
- c. Un entorno social y comunitario que refuerce y apoye los esfuerzos positivos del niño (Landy, 2009).

CAPÍTULO 2. TERAPIA DE JUEGO PARA FORTALECER EL SELF

*“Jugar para un niño es la posibilidad
de recortar un trocito de mundo y
manipularlo”.*

Francesco Tonucci

La Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) define la Terapia de Juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Association for Play Therapy, s.f.).

Los terapeutas de juego intentan reconocer, admitir y hacer uso de los poderes curativos del juego; también llamados mecanismos de cambio, los cuales ayudan a los clientes a superar sus problemas psicosociales y a lograr un desarrollo positivo. Los poderes terapéuticos del juego pueden ser clasificados en ocho categorías: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización. El juego brinda a los niños la posibilidad de aprender a tolerar la frustración y a regular sus emociones, así como practicar nuevas habilidades sin los límites que supone el mundo de los adultos o la necesidad de usar el lenguaje verbal (Schaefer, 2012).

La terapia de juego puede ser llevada a la práctica en diversos formatos. El terapeuta busca que el niño tenga la oportunidad de expresar sus emociones de manera adecuada, así como brindarle sentido de control sobre la relación terapéutica. El espacio de juego puede variar dependiendo del escenario, las necesidades propias del caso y la orientación teórica del terapeuta. En cuanto a las etapas de la terapia, se habla de tres principales: construcción del rapport, etapa de trabajo y terminación. Por su parte, los

clientes pueden variar desde bebés y niños pequeños, hasta estudiantes de secundaria y preparatoria (Schaefer & Drewes, 2009).

Dentro de la terapia de juego existen diversos enfoques, como la terapia de juego psicoanalítica, la terapia de juego centrada en el niño, la terapia de juego narrativa, la terapia de juego familiar, entre varios otros. En este trabajo se presentan los enfoques empleados para la comprensión del caso que se presenta, a saber, la terapia de juego integrativa, en la que se emplearon fundamentos teóricos y técnicas de la terapia de juego Gestalt y del modelo cognitivo conductual.

Terapia de juego Gestalt

“Los niños se construyen un mundo de fantasía porque encuentran difícil vivir en su mundo real”.

Violet Oaklander

La terapia Gestalt es un enfoque orientado hacia el proceso, interesándose por el funcionamiento saludable e integrado del organismo como un todo, es decir, de los sentidos, el cuerpo, las emociones y el intelecto. Los orígenes se encuentran en el trabajo de autores como Fritz y Laura Perls, quienes tienen sus raíces en diversas teorías, como la psicoanalítica, Gestalt y humanista, además de integrar aspectos de la fenomenología, el existencialismo y la terapia corporal reichiana (Schaefer, 2012).

La terapia Gestalt es un enfoque psicoterapéutico que se centra en el presente inmediato. Su objetivo es ayudar al cliente a mejorar las percepciones de sus experiencias en su totalidad. También se presta atención a la consciencia en el aquí y el ahora y en la autorregulación orgánica a través del darse cuenta o la consciencia de las cosas. Desde esta perspectiva describir las emociones no es suficiente; por el contrario, deben ser experimentadas para poder alcanzar los objetivos. Así pues, la terapia Gestalt es considerada como un acercamiento existencial, fenomenológico y holístico, que busca mejorar la forma en que las personas se hacen conscientes de las decisiones que pueden tomar respecto a su comportamiento y así encontrar el significado de sus vidas.

La terapia Gestalt, considera que el ser humano tiene la capacidad de autorregularse y está orientado al crecimiento, por lo que ni la persona, ni su conducta sintomática puede ser entendida fuera de su entorno. De acuerdo con Perls (Blom, 2006), el hombre ha aprendido a separar la psique del cuerpo, lo que resulta en la

fragmentación de la persona. Por ello, uno de los objetivos de la terapia Gestalt es restablecer la armonía intrínseca del individuo, a través de la integración del *self* o sí mismo.

Sentido de sí mismo o del *self*.

Uno de los constructos centrales dentro de la terapia Gestalt es el sentido de sí mismo o del *self*. Oaklander (2012a) plantea que, para poder lograr un contacto adecuado con el mundo, es necesario hablar de funciones de contacto como: mirar, escuchar, tocar, saborear, oler, moverse, expresar sentimientos, ideas y pensamientos. Todo ello constituye el *self* o sí mismo. Sin embargo, algunos niños que presentan trastornos emocionales suelen aislarse de una u otra manera; “anestesian sus sensaciones restringen su cuerpo, bloquean sus emociones y cierran su mente” (p. 23). Lo anterior puede afectar de manera importante el desarrollo sano e incluso acrecentar sus problemas, pues no pueden establecer un contacto adecuado con el entorno y el sí mismo. Esto debido a situaciones de trauma o problemáticas de la vida.

Se plantea que el niño tiene la capacidad de hacer uso pleno de sus sentidos, su cuerpo, sus expresiones emocionales y su intelecto, pues es un ser sensorial; el bebé manifiesta distintos estados afectivos desde el momento en que nace. Conforme va creciendo emplea todos sus sentidos para conocer el mundo, su cuerpo se encuentra en movimiento constante. Así mismo, aprende a hablar, pregunta y explora su entorno, como si quisiera saberlo todo (Oaklander, 2012a).

La persona, conformada por los sentidos, el cuerpo, el intelecto y la expresión emocional, está programada para funcionar de manera integral. Sin embargo, son distintas las cuestiones que pueden interferir con el desarrollo sano; “los sentidos se

anestesian, el cuerpo se restringe, las emociones se bloquean y el intelecto no es lo que podría ser” (Oaklander, 2012a, pág. 24).

Ello ocurre debido a la presencia de situaciones adversas o traumáticas (como el abuso, rechazo, abandono, divorcio, entre otras) que pueden dar como resultado el retraimiento por parte del niño, lo que parece ser una reacción instintiva para protegerse de lo que ocurre a su alrededor (Oaklander, 2012a).

Además, existe una sucesión de etapas del desarrollo y factores sociales que pueden ocasionar que el niño se inhiba a sí mismo, se bloquee o se limite. Oaklander (2012a) explica que los factores del desarrollo son los que se describen a continuación:

- **Confluencia:** Se refiere a la unión del niño con su madre, pues es a partir de esta relación que irá construyendo su sentido de sí mismo y resulta fundamental para su bienestar. En etapas posteriores el niño deberá separarse de su madre, aunque cuando no se forma un lazo entre la madre y su hijo, ello puede generar ansiedad en el menor.
- **Egocentrismo:** Los niños son por naturaleza egocéntricos, pues aún no comprenden qué son las experiencias separadas, ni cómo una persona puede experimentar el mundo de una manera distinta a ellos. Para los niños las experiencias de otros son pensadas como las mismas que las de ellos y viceversa. Esto puede generar que el niño se culpe a sí mismo por todo lo malo que sucede a su alrededor. Es importante que durante el proceso terapéutico se identifique cómo el egocentrismo puede estar afectando la vida del niño.
- **Introyectos:** Son los mensajes que se reciben acerca de uno mismo y que llegan a formar parte de lo que es una persona. Debido al desarrollo cognitivo de los niños, no tienen la capacidad para discriminar qué tan válidos son estos mensajes, llegando a considerar como verdadero todo lo que escuchan acerca de

ellos mismos, aún si existe evidencia en contra. Los introyectos suelen aparecer cuando la persona enfrenta una situación estresante, por lo que es importante que la persona aprenda a reconocerlos y manejarlos.

- Satisfacción de necesidades: El niño pequeño depende por completo de los adultos para poder sobrevivir. Además de las necesidades básicas, el menor experimenta necesidades de amor y aprobación, aunque no siempre encuentra la manera de obtener aquello que necesita y en ocasiones desarrolla formas de protegerse que pueden llegar a desunir aspectos de su *self*.
- Autorregulación orgánica: En un intento por mantener la homeostasis, el organismo se regula a sí mismo, buscando satisfacer diversas necesidades a nivel biológico, emocional, cognitivo y espiritual.
- Rabia: El organismo se encuentra en una constante lucha por dar salida al sentimiento de ira, aunque no siempre lo hace a través de formas adecuadas. El niño necesita liberar esa energía de alguna manera. Las conductas conflictivas pueden ser vistas como resistencias o perturbaciones en el menor, aunque en realidad son la forma que el niño encuentra para protegerse a sí mismo y hacer frente a las situaciones que enfrenta.
- Establecimiento de límites y expectativas culturales: Si bien el establecimiento de límites es necesario, es importante considerar la manera de hacerlo. Si bien la intención al hacerlo puede ser fomentar la independencia y naturaleza exploratoria de los niños, esto no siempre ocurre así. Por otro lado, los niños aprenden a través del contexto en el que se desenvuelven lo que se espera de ellos.
- Sistemas que afectan el desarrollo del niño: Se suele culpar al sistema familiar de lo que ocurre con el niño, sin embargo, éste también se encuentra sujeto a la

influencia de otros sistemas, como el escolar, el jurídico, el eclesiástico, el de bienestar social y el político.

Fortalecer el *self* o sí mismo.

Desde el punto de vista del enfoque de terapia Gestalt, el niño se distingue a sí mismo del ambiente a través del límite del contacto, que es el punto en el que hace una distinción entre lo que es parte de sí mismo y lo que se encuentra fuera de él, por lo que el sentido de sí mismo es central para su desarrollo (Blom, 2006).

Empero, los niños requieren ayuda para sentirse capaces de expresar las emociones que han bloqueado, especialmente debido a algún trauma, como puede ser el abuso, el maltrato, la muerte de alguien cercano y la separación de sus padres. Aunado a esto, los pequeños suelen asimilar una gran cantidad de introyectos negativos que pueden derivar en la fragmentación del *self* y la inhibición de un crecimiento, lo que a su vez puede generar una actitud de desaprobación hacia sí mismo y baja autoestima (Oaklander, 2012b).

Para favorecer la construcción del sentido de sí mismo por parte del niño, se requiere que tenga la oportunidad de entrar en contacto con los aspectos perdidos del *self*. Oaklander (2012a) plantea que los niños que asisten a terapia presentan alguno de los siguientes problemas; no se sienten bien consigo mismos o tienen dificultades para relacionarse adecuadamente con otros.

Cuando se ayuda al niño a desarrollar un fuerte sentido de sí mismo, se le permite vivenciar una sensación de bienestar y un sentimiento positivo del yo, además de experimentar la fuerza interna necesaria para expresar emociones que se encuentran bloqueadas. Oaklander (2012a) plantea algunos aspectos importantes para lograr el fortalecimiento del *self* en el menor.

- Los sentidos y el cuerpo: Es importante dar al niño la oportunidad de experimentar a través de los sentidos, paso importante para la definición del *self*. Ya que muchos de los niños que han sufrido algún trauma a lo largo de su vida tienden a bloquear sus sentidos como una forma de protegerse, las experiencias de ver, escuchar, tocar, saborear y olfatear, lo ayudan a recobrar la consciencia de sus sentidos. El terapeuta debe mostrarse atento al uso que el niño hace de su cuerpo y darle la oportunidad de ser más consciente de él. Es elemental ayudar al niño a encontrar la conexión corporal que tiene cada una de las emociones que experimenta.
- Definir el yo: Es necesario conocerse a sí mismo para ser capaz de fortalecerse. Por ello, se invita al niño a hablar de sí mismo para que aprenda a discernir lo que sí es de lo que no es, así como a expresar sus pensamientos, opiniones, ideas, deseos, gustos, etcétera. Mientras más se le ayude a definirse a sí mismo, más se fortalecerá el yo y podrá tener un desarrollo más sano.
- Elecciones: Es importante dar al niño opciones para que pueda fortalecerse de manera interna. Son varios los niños que temen elegir algo, por intrascendente que sea, por miedo a equivocarse. Desde un inicio, el terapeuta debe proveer al niño con diversas alternativas que no le resulten amenazantes. De igual modo, en el trabajo con los padres se les invita a que permitan a sus hijos elegir tanto como sea posible.
- Dominio o maestría: Todos los niños tienen la necesidad de sentir que pueden dominar los problemas en sus vidas, por lo que se deben fomentar situaciones que lo promuevan. La sensación de dominio refuerza la autoconfianza y autoestima del menor. Se suele dar a los niños el mensaje de que sólo serán aceptados o queridos por sus padres si son buenos niños, inteligentes o un buen

ejemplo para los demás. Al ser introyectado este mensaje, el pequeño siente que será aceptado siempre y cuando satisfaga por completo ciertas expectativas. Así pues, su sentido de sí mismo se ve debilitado. Es importante reconocer el esfuerzo que hace el niño y no valorar únicamente el desempeño. Se busca dar al niño la fortaleza que requiere para tomar decisiones en su vida diaria.

- Reconocer proyecciones: Con frecuencia el niño expresa representaciones metafóricas de su vida. Cuando es capaz de reconocer los aspectos de sí mismo en las proyecciones, se fomenta la toma de consciencia y los límites se intensifican. Esto se logra a través de la conexión que el terapeuta le ayuda a establecer entre sus creaciones y su vida actual.
- Fronteras y límites: Parte importante de la crianza tiene que ver con el establecimiento de límites claros y apropiados al desarrollo del menor, dándole así la oportunidad de experimentar, conocer y probar sus propios límites. Ante la falta de éstos, el niño puede sentirse ansioso o inquieto, quebrantando su sentido de sí mismo. Por ello, durante las sesiones existen límites claros que se cumplen en cada una de ellas; también es importante respetar su necesidad de limitarse en algunas ocasiones.
- Jugueteo, imaginación y humor: Los niños tienen una tendencia innata al juego y la imaginación, pues ésta aún no ha sido inhibida. El juego imaginativo es parte esencial del desarrollo infantil, el cual suele estar bloqueado en niños que han sufrido algún trauma, así como la capacidad imaginativa o para reír. Es importante que en la terapia se dé la oportunidad de juegos imaginativos, que permiten al niño liberar su yo.
- Poder y control: Conforme los niños establecen una relación de confianza con el terapeuta, comienzan a tomar el control de las sesiones, lo que es reflejo de

cierto progreso. A través del juego el niño adquiere la experiencia de control sobre su entorno, fortaleciendo su sentido de sí mismo. Esto es importante debido a que la mayoría de los niños que asisten a terapia tienen en realidad poco control sobre su propia vida.

- **Energía agresiva:** Oaklander (2012a) hace uso del término agresivo para referirse a “una persona que se destaca por su fuerte energía o iniciativa” (p. 49). En algunos casos, como es el de los niños tímidos o retraídos, se observa la ausencia de energía agresiva debido a que presentan un yo frágil. Lo mismo ocurre con niños agresivos que golpean o atacan a otras personas. Es importante brindar al niño experiencias que le permitan sentirse cómodo con la energía agresiva, para luego expresar las emociones que se encuentran bloqueadas. Se busca que el niño encuentre la fuerza dentro de sí para poder liberarse de las restricciones que bloquean su capacidad de expresión emocional.
- **Expresión emocional:** Es importante centrarse en qué son las emociones, qué emociones existen y cómo reacciona el cuerpo ante cada una de ellas. La expresión emocional es un indicador importante del proceso del niño. Entre más se le permita reconocer y experimentar sus emociones, así como darse cuenta de que éstas son parte natural del ser humano, más fácil será para el niño aprender habilidades para expresarlas de una manera saludable y socialmente aceptable. El terapeuta le otorga la oportunidad de experimentar, proyectar y expresar las emociones a través de diversas técnicas de juego en las que se le enseñen estrategias para lidiar con las emociones de manera adaptativa (*Blom, 2006*).
- **Autocuidado:** Se busca que el niño aprenda a aceptar las partes de su cuerpo que no le agradan, y así promover sentimientos que fomenten su valía personal. Implica enseñarle habilidades que deriven en un buen trato hacia sí mismo. Para

lograrlo, es necesario descubrir las partes de sí mismo que al niño le parecen detestables, las cuales suelen estar relacionadas con introyectos negativos asimilados desde los primeros años de vida. A través de diversas técnicas se invita al niño a hablar al respecto, lograr que exprese la agresión que siente hacia el exterior, no hacia él mismo. Esto es la base para que pueda encontrar un elemento de cuidado dentro de sí mismo y lograr así la aceptación.

Proceso terapéutico.

No se trata de un proceso rígido; por el contrario, en la mayoría de las ocasiones el terapeuta deberá adecuar el trabajo a las características y necesidades del niño. Uno de los objetivos centrales es llevar al niño a un estado de consciencia que le promueva su habilidad para vivir en el aquí y el ahora, así como enseñarle a aceptar la responsabilidad por él mismo y así facilitar el logro de la integración personal o del *self* (Blom, 2006).

La relación *yo-tú* constituye la base del proceso terapéutico y se considera que puede ser terapéutica en sí misma, por lo que el objetivo de las primeras sesiones tiene que ver con la construcción de la relación. El desarrollo de la relación y la capacidad del niño para el contacto son considerados prerequisites para la terapia (Blom, 2006).

Aunque soy una perpetua optimista respecto al potencial sano del niño que veo en mi consulta, no me genero expectativas sobre él. Lo acepto tal cual es, en cualquier forma que se presente ante mí. Respeto su ritmo y, de hecho, intento unirme a éste; estoy presente y contactada. De esta manera, nuestra relación florece (Oaklander, 2012a, pág. 37).

La capacidad para establecer contacto con otra persona tiene que ver con estar presente de manera plena en una situación particular, haciendo uso de los sentidos, la consciencia, el cuerpo, la expresión emocional y el intelecto. Cuando algo de esos aspectos se encuentra restringido, el contacto adecuado puede ser afectado; por ello, los niños que presentan alguna problemática suelen inhibirse y bloquear así la sana expresión. Un contacto adecuado también implica ser capaz de retirarse en el momento adecuado, sin embargo, esto no siempre sucede así (Oaklander, 2012a).

Suele ocurrir que en momentos específicos del tratamiento los niños rompan el contacto, como si su energía desapareciera y dejaran de participar en la actividad. Lo anterior puede ser reflejo de que se está tratando un tema que hace sentir al niño incómodo; es importante que el terapeuta respete la resistencia cuando ésta surja, pues es la forma que tiene el niño para protegerse a sí mismo, ya que es un indicador de que su *self* no tiene la fortaleza que requiere para continuar en un momento dado. “La resistencia es la aliada del niño; es su manera de protegerse. Yo espero y respeto la resistencia. Me sorprende más cuando no existe que cuando aparece” (Oaklander, 2012a, pág. 40).

La proyección suele ser una herramienta de trabajo muy útil en el trabajo con los niños, pues, de acuerdo con Oaklander (2012b), todo lo que una persona hace puede ser considerado como una proyección, es decir, es resultado de una experiencia propia. Así, creaciones del niño como dibujos o cuentos, contienen aspectos de sí mismo; cuando el niño reconoce esos aspectos se fortalece su *self*.

La evaluación en la terapia de juego Gestalt se realiza en el aquí y el ahora. Es importante no generar prejuicios ni interpretaciones antes de conocerlo, pues lo realmente importante es la manera en la que el menor se presenta a sí mismo dentro de la situación terapéutica. Si bien no se realiza una evaluación formal ni se establece un

plan de tratamiento, es importante contar con una directriz que permita estipular las intervenciones que se requerirán a lo largo del proceso (Blom, 2006).

Para hacerlo, se sugiere elaborar un plan de tratamiento que considere aspectos como la relación, las funciones para establecer contacto, la capacidad de expresión, las capacidades cognitivas, el sentido del *self*, entre algunos otros. El terapeuta debe evaluar la manera en que dichos aspectos se presentan en el niño y si éstos son acorde a la etapa del desarrollo del menor. Luego, con base en ello se pueden bosquejar cuestiones que se consideren importantes trabajar a lo largo del proceso (Oaklander, 2012b).

Cuando se evalúe el proceso terapéutico de un niño, es importante recordar que su proceso tiene que ver con la manera en que ellos se presentan a sí mismos ante el mundo y lograr satisfacer sus necesidades (Blom, 2006).

Se considera que los niños no deberían permanecer en terapia por un periodo de tiempo prolongado, aunque la duración de la terapia puede variar dependiendo de las características únicas del niño y el entorno en el que se desenvuelve. “Los niños llegan a una meseta en la terapia, y éste puede ser un buen lugar de detención” (Oaklander, 2001, pág. 199). Entonces, se requiere dar al niño una oportunidad para que pueda integrar y asimilar los cambios que se han generado a través del proceso terapéutico.

Se habla de algunos aspectos que permiten saber cuándo es momento de concluir la terapia. Por un lado, se observan cambios en la conducta del niño no sólo en el ambiente terapéutico, sino en otros escenarios como la casa o la escuela. Además, el menor comienza a involucrarse en otras actividades con las cuales la terapia parece interferir. Finalmente, es importante buscar pistas en el mismo proceso terapéutico, es decir, en el material que se ha presentado durante las sesiones.

En este enfoque terapéutico, el terapeuta toma un papel activo. Además, debe evaluar las necesidades que presente el niño en cada sesión, así como plantear las

actividades adecuadas para permitir al menor nuevas experiencias para encontrar y recuperar los aspectos perdidos del *self* (Oaklander, 2012b). El terapeuta debe actuar de manera congruente y tratar al niño con respeto y sin juzgarlo, creando un ambiente seguro (Blom, 2006).

En caso de ser posible, se sugiere reunirse con los padres del menor una vez al mes. Es importante que comprendan los principios del enfoque de terapia Gestalt. Además, se les pueden dejar tareas derivadas de sugerencias para el manejo del menor en casa (Oaklander, 2012b).

El papel del juego en la terapia de juego Gestalt.

Se asume que el niño, a través del juego, puede representar sus problemas de forma simbólica y a través de éste aprenderá a canalizar sus emociones positivamente, así como a establecer relaciones de confianza con otras personas, lo que permite que la conducta desviada se normalice. Blom (2006), explica que la terapia de juego Gestalt puede ser considerada como una técnica psicoterapéutica que usa los principios y técnicas de la terapia Gestalt a través del juego con el niño. A través del desarrollo de la relación terapéutica y el establecimiento del contacto, el niño tiene la posibilidad de confirmar su sentido de sí mismo tanto de manera verbal como no verbal, para poder expresar sus pensamientos y nutrirse a sí mismo. Diversas técnicas de juego son empleadas dependiendo de la etapa en la que se encuentre el proceso.

La experiencia de jugar implica ser parte de la experiencia “como si”, lo que permite al niño jugar con reglas distintas a la realidad normal y estar dispuesto a obtener un resultado incierto (Mortola, 2010).

A lo largo del proceso terapéutico, se hace uso de experiencias lúdicas. Para ello, Oaklander (Mortola, 2010) plantea la importancia de que las sesiones tengan un tono

relajado en el que la diversión y la risa tienen un papel de gran importancia, además de crear un ambiente seguro que invite al niño a correr algunos riesgos. Así pues, los medios deben ser lúdicos; para ello puede hacerse uso de una gran cantidad de materiales como la arcilla, la arena, miniaturas de personas y animales, títeres, instrumentos musicales, colores y cualquier material que fomente el aspecto imaginativo. Otro aspecto importante para estimular el juego, es trabajar con los objetos que los mismos niños crean para construir la historia o metáfora a través de dichas creaciones. Finalmente, se promueve la expresión e integración de aspectos sensoriales, imaginativos y emocionales del ser, a través de la experiencia vivencial.

Terapia de juego cognitivo conductual

“Los hombres no se perturban por las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”.

Epicteto, 55-135 d.C.

La psicoterapia cognitivo conductual supone un modelo de tratamiento psicológico con orígenes filosóficos y psicológicos amplios que acoge distintas perspectivas y explicaciones sobre el ser humano que han ido evolucionando desde sus orígenes (Caro, 2011). Está basada en el modelo cognitivo, el cual plantea que son las percepciones que se generan acerca de los eventos las que influyen en las emociones y conductas de una persona. Los sentimientos no los determina la situación en sí, sino la forma en que los individuos interpretan dichos eventos; “no es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten” (Beck, 2009, pág. 29).

La terapia cognitivo conductual (TCC) plantea la existencia de cinco elementos que se encuentran íntimamente relacionados y deben ser considerados para realizar la conceptualización de las dificultades psicológicas que puede presentar un individuo. Éstos son el contexto tanto interpersonal como ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y las cogniciones de una persona. Todos estos interaccionan mutuamente para generar así un sistema dinámico y completo (Friedberg & McClure, 2014).

Los síntomas, ya sean cognitivos, conductuales, emocionales y/o fisiológicos, pueden presentarse tanto a nivel interpersonal como ambiental. De esta manera, el modelo incluye de forma explícita las cuestiones asociadas con los contextos sistémicos, interpersonales y culturales. En términos generales, desde este enfoque el terapeuta interviene a nivel cognitivo conductual para poder modificar los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal, sin dejar de lado el contexto

sociocultural (Alford & Beck, 1997). Así mismo, es importante considerar la sintomatología infantil en relación con las circunstancias ambientales que rodean al niño, así como las características personales que pueden originar exacerbar y mantener los síntomas.

Un concepto importante dentro de la teoría cognitiva, es el de esquemas cognitivos, los cuales constituyen estructuras nucleares de significado que guían la atención, la codificación y el recuerdo, así como las operaciones y los productos cognitivos. De esta manera, los esquemas son el reflejo de las creencias más básicas que tiene una persona. Sin embargo, el contenido de éstos es relativamente inaccesible hasta que algún estresor llegue a activarlo. Esta teoría considera que los esquemas pueden predisponer a los niños al malestar emocional y son considerados un factor de vulnerabilidad.

Los esquemas se desarrollan desde la infancia y son reforzados a lo largo de la vida, consolidándose durante la adolescencia y primeros años de la etapa adulta, debido a experiencias repetidas de aprendizaje; pueden contener tanto imágenes no verbales como material verbal (Young & Klosko, 2001). Se ha planteado que cada estado emocional puede estar asociado con cogniciones específicas, como en el caso de la ansiedad y la depresión.

Desde este enfoque terapéutico, se considera que los esquemas mentales que los niños tienen acerca de sí mismos, sus relaciones con otros, sus experiencias cotidianas y el futuro, influyen en la manera en que interpretan diversos eventos y determinan en gran medida sus reacciones emocionales, las cuales pueden llegar a ser inadecuadas o patológicas. Por ello, dichas interpretaciones constituyen en eje central de intervención durante el proceso terapéutico. Esto, debido a que los niños no reaccionan de manera pasiva ante eventos ambientales; por el contrario, elaboran activamente la información,

a través de la selección, codificación y explicación de las cosas que les suceden a sí mismos y a los demás (Friedberg & McClure, 2014).

Otro aspecto al que se ha prestado gran atención dentro del enfoque cognitivo conductual, son las distorsiones cognitivas, las cuales son una manifestación de los procesos cognitivos. Éstas modifican la información que se obtiene del entorno con el fin de preservar los esquemas cognitivos como resultado del proceso de distorsión.

Si bien la terapia cognitiva debe ser adaptada a las características únicas de los niños, varios de los principios que se aplican con adultos también pueden aplicarse a la psicoterapia infantil (Knell, 2004). Ya que los niños están orientados a la acción, muestran cierta predisposición innata para aprender haciendo. Por esto, algo que facilita que los niños presten atención, recuerden información y ejecuten conductas deseadas, es la conexión que se establece entre las habilidades de afrontamiento y ciertas acciones concretas, lo que debe fomentarse en la terapia (Friedberg & McClure, 2014).

Además, debido a que el niño se desenvuelve en diversos contextos, es importante que el tratamiento considere las características de éstos, pues en ellos se pueden estar reforzando o extinguiendo ciertas habilidades de afrontamiento positivas. Es fundamental considerar la edad del niño y su nivel de desarrollo, con el fin de realizar las adaptaciones oportunas en la intervención terapéutica. De lo contrario, puede dar la impresión de que los niños son resistentes, evitativos o incompetentes, por ejemplo: cuando las exigencias de la tarea exceden sus capacidades (Friedberg & McClure, 2014).

El concepto de *self* en la TCC.

Dentro de la clínica, el concepto de *self* es relevante por su implicación en diferentes trastornos. Debido a que el principal objetivo de la terapia es redefinir la

forma en la que el paciente se acepta a sí mismo, el reconocimiento del *self* cobra gran importancia. Así pues, el *self* puede ser conceptualizado como los procesos cognitivos autorreferentes, donde la autoeficacia juega un papel central (Oblitas, 2008).

Al hablar del concepto de *self* en la TCC es necesario hablar de los esquemas del *self* o autoesquemas, los cuales pueden ser entendidos como una organización de las representaciones de experiencias con sentido personal, que se constituye por los supuestos que tiene cada persona respecto a distintas áreas o dominios concretos de sí mismo (Brito, 2014). Los esquemas del *self* “organizan y guían el procesamiento de la información acerca del *self* contenida en las experiencias sociales del individuo” (Markus, 1977, p. 64), por lo que resultan los esquemas más relevantes en la psicoterapia.

Dichos esquemas son generalizaciones relativamente estables que filtran la información, seleccionando los datos disponibles, abstrayendo su significado e integrándolo con los conocimientos almacenados sobre el *self*. Este proceso tiene especial relevancia para el autoconcepto y la conducta especial, pues los esquemas del *self* definen el sentido de identidad de la persona, jugando un papel esencial en la personalidad y procesos interpersonales (Feixas & Miro, 1993).

Por su parte, Kelly (1991) habla de un sistema de constructos personales o estructura cognitiva global organizada de manera jerárquica; en los niveles supraordenados se encuentran los esquemas nucleares acerca del *self* que definen la identidad de la persona y dan sentido a los acontecimientos. Si bien cambiarlos supone una transformación de la identidad de la persona, esto puede ser más sencillo en el caso de los niños debido a que los esquemas en esta etapa aún se encuentran en desarrollo (Pedroza, 2015).

Desde esta perspectiva, las emociones, conductas y pensamientos de una persona, son parte del sí mismo (Feixas & Miro, 1993). Los esquemas del *self* de la persona son puestos a prueba, a manera de hipótesis, a través de su conducta, donde la experiencia puede ser vista como el proceso que permite construir y revisar el significado y, así, la hipótesis que ha construido el sujeto acerca de su *self* puede ser validada o invalidada. Así, la conducta o acción pone a prueba los significados personales (Feixas & Miro, 1993).

Proceso terapéutico.

La terapia de juego cognitivo conductual (TJCC), de manera similar a otros modelos, se divide en diversas etapas, las cuales son: introducción u orientación, evaluación, fase media y fase de terminación. En la primera de ellas se explica al niño y a sus padres en qué consiste la terapia de juego. Durante la evaluación, se busca un entendimiento de los problemas a través de un diagnóstico claro; el plan de tratamiento se desarrolla durante las primeras etapas de proceso. Una vez desarrollado el plan de tratamiento, durante la etapa media, el objetivo central es aumentar el autocontrol y sentido de logro del menor, además de que éste aprenda respuestas más adaptativas para lidiar con situaciones específicas. Las técnicas específicas serán seleccionadas con base en la problemática que presente el menor. La generalización y prevención de recaídas son consideradas durante esta etapa. Finalmente, en la fase de terminación tanto el niño como su familia se preparan para concluir la terapia (Knell, 2009).

El desarrollo de una relación terapéutica positiva resulta crucial para la psicoterapia y es considerado uno de los mejores predictores para resultados positivos del tratamiento. Axline (2003) considera que el terapeuta debe promover una relación

calurosa y amistosa con el niño, además de generar un rapport adecuado tan pronto como sea posible.

Contrario a otros enfoques terapéuticos, en los que la dirección por parte del terapeuta no es aceptada, en la TJCC se establecen objetivos de intervención y se busca alcanzarlos de manera activa, lo cual constituye parte integral del tratamiento. La elección de dirigir el proceso terapéutico puede estar basada en la iniciativa del niño o el conocimiento de la situación que experimenta el niño obtenido a través de una fuente externa (Knell, 2004).

Las intervenciones cognitivo conductuales pueden ser categorizadas en conductuales o cognitivas. Es importante que el terapeuta identifique los factores que refuerzan y mantienen la conducta problemática para que puedan ser modificados. Por otro lado, los métodos cognitivos buscan lograr cambios en el pensamiento. Debido a que los pensamientos irracionales pueden generar conductas inadecuadas, se espera que los cambios en el pensamiento modifiquen el comportamiento (Knell, 2009).

El papel del terapeuta consiste en involucrar al menor en el tratamiento a través del juego. “La tarea del terapeuta es escuchar con oídos y ojos, para oír y ver lo que el niño comunica a través del juego” (Knell, 2012, p. 322).

Una consideración fundamental del tratamiento con los niños es incluir a los padres o adultos significativos en el proceso terapéutico, aunque esto deberá considerarse acorde al caso específico. Además de considerar la naturaleza del problema, es importante considerar si los padres necesitan orientación para modificar las interacciones que tienen con su hijo y si para lograrlo es necesario un tratamiento independiente (Knell, 2012).

La mayoría de las intervenciones cognitivo conductuales con niños de todas las edades incluyen alguna especie de modelamiento, el cual es un componente esencial del

juego. Se usa para demostrar habilidades de afrontamiento adaptativas, con un juguete que demuestra la conducta que se desea el niño aprenda. También puede modelarse a través de cuentos o películas.

Otra técnica que se emplea con frecuencia es el role-playing, el cual permite al niño practicar algunas habilidades con el terapeuta. Esta estrategia de intervención suele ser más efectiva con niños en la etapa escolar.

El juego en la TCC.

Knell (2004) plantea que el juego no es solo una modalidad para el tratamiento, sino también el medio a través del cual el niño y el terapeuta se comunican. A través de éste el terapeuta puede entender no sólo los pensamientos del niño, sino también sus sentimientos y visión del mundo. El juego es la ventana a través del cual se puede observar cómo el niño se ve a sí mismo y a otros, cómo interactúa con el terapeuta, cómo aborda los problemas y cómo comprende el mundo que le rodea. Los niños llevan a la terapia sus conflictos y fantasías; entre menos capaces son de verbalizarlos, más se puede observar a través del juego. De esta manera, a través del juego se busca generar un entorno seguro y de protección para el niño, además de saber que es un espacio positivo en el que puede enfrentarse a sus problemas. La crítica e incertidumbre pueden estar presentes sólo si es el niño quien las expresa como parte de sus preocupaciones o situaciones de conflicto a las que se ha enfrentado. Cuando esto ocurre es labor del terapeuta ayudar al niño a enfrentarse a ellos de una manera que no le resulte amenazante. En la TJCC uno de los usos del juego es enseñar al menor habilidades o conductas adaptativas.

La autora explica que las actividades de juego, así como la comunicación verbal y no verbal, son empleadas para resolver problemas. La TJCC pone gran énfasis en el

involucramiento del niño en el proceso terapéutico, lo cual en otros enfoques no se hace. Por un lado, el empleo de intervenciones conductuales promueve la modificación del comportamiento en virtud de sus propiedades psicológicas. Por otro lado, las intervenciones cognitivas se dirigen a cuestiones como el control, la maestría y la responsabilidad del propio cambio conductual (Knell, 2004).

Propiedades específicas de la TJCC.

De acuerdo con Knell (2004), la eficacia potencial de la TJCC, puede relacionarse con seis propiedades específicas, las cuales se describen a continuación:

1. La TJCC involucra al niño en el tratamiento de manera activa a través del juego. Además, el terapeuta trabaja con la problemática del niño de manera directa, no a través de sus padres o el cuidador principal.
2. La TJCC se enfoca en los pensamientos, sentimientos, fantasías y entorno del niño. De esta manera es posible centrarse en una combinación de los factores específicos para cada situación, así como en los sentimientos generados en el niño por el problema.
3. La TJCC provee habilidades para desarrollar pensamientos y conductas adaptativas. Durante el proceso se enseñan al niño nuevas destrezas para afrontar situaciones y emociones; como resultado, el menor se vuelve capaz de reemplazar estrategias de afrontamiento poco eficientes por otras más adecuadas.
4. La TJCC es estructurada, directiva y orientada hacia las metas.
5. La TJCC incorpora técnicas con evidencia empírica.
6. La TJCC permite realizar un examen empírico del tratamiento; se prefieren técnicas que puedan ser evaluadas.

Aplicaciones clínicas y apoyo empírico.

La TJCC se ha empleado de manera exitosa con distintas poblaciones, como niños con mutismo selectivo, encopresis, ansiedad de separación y fobias (Knell, 2004), o bien en niños que han vivido situaciones traumáticas como la separación de sus padres, el maltrato o el abuso sexual. También pueden beneficiarse de ella niños ansiosos y deprimidos. Así mismo, puede ser benéfica para menores que requieran adquirir habilidades de afrontamiento más adaptativas.

Cuando se considera más benéfico el tratamiento de manera indirecta a través de los padres, se puede enseñar a éstos habilidades para el manejo de sus hijos, las cuales se espera repercutan en un estilo de crianza más apropiado a las características de su hijo.

Este enfoque terapéutico emplea técnicas que cuentan con apoyo empírico, como lo es el modelamiento. La investigación al respecto propone que aprender a través del modelamiento permite adquirir, fortalecer o debilitar conductas de manera eficiente, y, por lo tanto, de adquirir conductas y habilidades (Bandura, 1977 en Knell, 2012).

Pearson (en Drewes, 2012) encontró que los profesores reportaron un aumento significativo en la esperanza y competencia social, además de la disminución de síntomas de ansiedad y retraimiento en un grupo que había recibido una intervención de juego cognitivo-conductual, en comparación con el grupo control.

Así mismo, el desarrollo y aplicación de las terapias cognitivas y conductuales para el trabajo de dificultades de aprendizaje ha aumentado considerablemente en los últimos años, por lo que han sido aplicadas con niños con dificultades cognitivas mostrando éxito (Trapani & Gettinger, 1996). Entre las técnicas empleadas se encuentran, principalmente, las instrucciones verbales y el auto-reforzamiento (Whitman, Scherzinger & Sommer, 1991).

Finalmente, se encuentra evidencia de la eficacia de aplicar la TCC en poblaciones con discapacidad intelectual para tratar problemas como el control del enojo y la depresión (Lindsay, Howells, & Pitcaithly, 1993; Sturmev, 2004).

Terapia de juego integrativa

*No hay una talla única que se
ajuste a todos los problemas que se
enfrentan en la actualidad.*

Charles E. Schaefer

Tomando en cuenta las fortalezas de los modelos previamente expuestos, se considera que dichas fortalezas pueden ser potenciadas al emplear los modelos de manera conjunta, lo cual se puede lograr mediante la terapia de juego integrativa.

Además, como se ha planteado anteriormente, la psicopatología infantil está relacionada con la presencia y/o ausencia de diversos factores de riesgo y protección, lo que demuestra que se trata de un fenómeno complejo y multicausal, generando así la necesidad de contar con un método de tratamiento multifacético. Además, en varias ocasiones el diagnóstico no está definido con claridad, ya que pueden presentarse diversas problemáticas de forma paralela.

Algunos autores plantean que no existe evidencia empírica suficiente que haga pensar que el empleo de un único enfoque teórico pueda generar cambios terapéuticos en los distintos trastornos psicológicos que existen. Desde una perspectiva integradora, se plantea que los distintos aspectos de la experiencia de vida personal de cada paciente se conjuntan para gestar alguna patología, lo que ha llevado a que la psicopatología sea concebida desde un punto de vista multicausal, asignando importancia similar a los diversos aspectos del funcionamiento personal. Aunado a esto, la elección de las intervenciones terapéuticas no debe estar influida por la preferencia personal del terapeuta, sino por la preferencia para emplear prácticas que estén basadas en la evidencia, más que en la opinión personal. Así pues, se plantea la necesidad de que los terapeutas sean más flexibles respecto a los métodos terapéuticos que emplean. Esta

flexibilidad deriva en cambios en el estilo de trabajo, expandir la orientación y buscar enfoques que aborden mejor las necesidades o intereses de un paciente en específico (Schaefer, 2012).

Norcross (2005) resalta algunas razones que expliquen el incremento de las psicoterapias integrativas: a. un considerable incremento en las terapias; b. la ausencia de una teoría única o tratamiento adecuados; c. el aumento de los tratamientos a corto plazo enfocados en el problema; d. el aumento en los tratamientos basados en evidencia empírica que derivan de identificar algunos efectos específicos de la terapia; e. el reconocimiento de la existencia de factores terapéuticos comunes con una contribución considerable en el resultado.

Generalidades de la terapia de juego integrativa.

Existen distintos caminos hacia la creación de un método de tratamiento integrador. Norcross (2005) plantea el eclecticismo técnico, la integración teórica, los factores comunes y la integración asimilativa.

El eclecticismo técnico se refiere a un método normativo que busca elegir el tratamiento más adecuado para la persona y el problema que ésta presente. En este caso, las decisiones que toma el terapeuta están basadas en la investigación de lo que ha funcionado en situaciones similares.

La integración teórica selecciona los elementos óptimos de dos o más perspectivas terapéuticas, combinándolas esperando que el resultado sea más benéfico que si se emplearan las perspectivas por separado. Se busca la integración de las teorías que subyacen a los enfoques teóricos, además de las técnicas correspondientes. De esta manera, se abre camino al establecimiento de nuevas directrices para la práctica y la investigación.

El enfoque de los factores comunes busca identificar las características centrales subyacentes que son compartidas por diferentes enfoques terapéuticos. El objetivo en este caso es generar un tratamiento asequible y perdurable derivado de los aspectos comunes. Se ha encontrado que las categorías comunes a los diversos enfoques tienen que ver con el establecimiento de la alianza terapéutica, la oportunidad de catarsis, el logro y ejercicio de nuevas formas de comportamiento y las expectativas positivas del cliente (Schaefer, 2012).

En el caso de la integración asimilativa el clínico requiere tener una base sólida en un enfoque teórico, a la vez que está dispuesto a integrar, de manera selectiva, prácticas y perspectivas de otros enfoques. “Combina las ventajas de un único sistema teórico coherente con la flexibilidad de una gama mayor de intervenciones técnicas provenientes de múltiples sistemas” (Norcross, 2005, pág. 10). Esta perspectiva de integración es una de las más empleadas por los clínicos debido a que la mayoría de los terapeutas se encuentran entrenados en un único enfoque, por lo que se han visto en la necesidad de incorporar a su práctica clínica puntos de vista de otras posturas teóricas.

Poderes terapéuticos del juego subyacentes al modelo.

Si se revisan los distintos enfoques de integración dentro de la terapia de juego, se encuentra que las habilidades que se desarrollan por medio del juego son el dispositivo de cambio que permiten a los niños superar los problemas psicosociales, conductuales y emocionales que enfrentan (Drewes, 2012). Dependiendo de la perspectiva teórica que se emplee dentro del enfoque integrativo, los poderes terapéuticos inherentes al juego se pueden cambiar.

Sin embargo, se requiere de un mayor número de investigaciones para poder clarificar qué habilidades desarrolladas a través del juego resultan ser las más útiles para

ciertas problemáticas en especial, así como dentro de las distintas combinaciones de modelos y métodos de intervención. Así pues, es de vital importancia que el terapeuta comprenda las habilidades que, derivadas de las interacciones de juego que se dan entre el terapeuta y el niño, permiten que éste último logre vencer las dificultades que enfrenta en su vida.

Rol del terapeuta y de los padres.

El rol del terapeuta puede modificarse según las especificaciones de cada enfoque terapéutico. En algunas ocasiones será necesario que tome un papel no directivo, permitiendo que el paciente tome la iniciativa para guiar el proceso. Por el contrario, en otras ocasiones deberá ejercer un rol más directivo, siendo el encargado de introducir diversos elementos y tareas a lo largo del tratamiento. Estos contrastes en el papel del terapeuta pueden presentarse en una misma sesión, o bien, de manera sucesiva durante el proceso terapéutico. Por ende, el terapeuta de juego requiere de gran flexibilidad tanto a nivel cognitivo como a nivel metodológico (Schaefer, 2012).

Algo similar ocurre en el caso de los padres, cuyo papel puede cambiar según el enfoque empleado. En algunos enfoques de la terapia de juego integrativa se solicita que los padres estén presentes mientras el terapeuta dirige las sesiones con el paciente para que puedan aprender algunas estrategias. En otros casos, los padres se involucran únicamente al final de las sesiones, cuando su hijo comparte con ellos lo que hizo o aprendió durante la sesión, lo que facilita la generalización de habilidades fuera del consultorio. Por su parte, en otros enfoques el terapeuta trabaja únicamente con el niño, por lo que los padres juegan el papel de informantes respecto a los cambios que observan en su hijo, derivados del proceso terapéutico (Drewes, 2012).

Aplicaciones clínicas y evidencia empírica.

La terapia de juego integrativa puede emplearse para el tratamiento de todos los trastornos, independientemente del nivel de desarrollo del niño, pues conjunta distintas teorías y métodos de tratamiento, lo que permite adaptarlo de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Se considera que el enfoque integrativo puede ser visto como un método normativo, pues busca obtener el mejor tratamiento posible para la problemática que presenta el paciente en un momento dado, además de que el seguimiento del plan de tratamiento puede ser flexible. De esta manera, el modelo integrativo puede ajustarse mucho mejor a las necesidades del niño, que si se emplearan otros enfoques terapéuticos de manera aislada (Drewes, 2012).

Dificultades en la implementación de la terapia de juego integrativa.

Si bien en el ámbito de la psicoterapia ha habido un aumento considerable de la modalidad integrativa, aún enfrenta algunos obstáculos. El principal de éstos tiene que ver con aquellos terapeutas que argumentan que el empleo de una única teoría es mejor; como resultado, se encuentra un entrenamiento en terapia integrativa inapropiado (Norcross, 2005).

Además, la oferta de cursos, artículos, libros y talleres que promuevan la integración como modalidad terapéutica, aún es poca. Se sigue creyendo que el tener bases sólidas en un único enfoque teórico es suficiente para la mayoría de los pacientes y problemáticas (Drewes, 2012).

Finalmente, no existe un lenguaje común entre los distintos enfoques terapéuticos, lo que además de las suposiciones respecto a cuestiones como el desarrollo de la personalidad y la psicopatología, acrecienta los obstáculos para el auge de la terapia de juego integrativa (Norcross, 2005).

Es importante generar investigación que permita identificar cuáles son los mecanismos específicos del juego que, de manera conjunta, promueven y optimizan el cambio en el proceso terapéutico (Schaefer & Drewes, 2009).

CAPÍTULO 3. MÉTODO

“A veces las cuestiones son complicadas y las respuestas simples”.

Dr. Seuss

Planteamiento del problema

La población infantil es un grupo de edad vulnerable debido, especialmente, a que para sobrevivir necesitan de un tercero que esté pendiente de satisfacer sus necesidades, no sólo biológicas, sino afectivas; de ello dependerá en gran medida, el ajuste que muestren en etapas posteriores de la vida. Aunado a esto, durante el curso del desarrollo es frecuente la exposición a diversos factores de riesgo, tanto a nivel personal, como familiar y social, los cuales aumentan la probabilidad de que los pequeños lleguen a desarrollar algún tipo de sintomatología (Esquivel, 2010).

Relacionado con lo anterior, la diversidad de los problemas psicológicos que se presentan en la infancia, implican un reto para el psicólogo clínico en la actualidad, pues no existe evidencia que sustente la idea de que el tratamiento psicológico desde un único enfoque permita dar solución a la complejidad de los trastornos psicológicos (Schaefer, 2012).

Si bien es importante implementar intervenciones terapéuticas eficaces que permitan dar solución a la complejidad que plantea la psicopatología infantil, las investigaciones realizadas al respecto, aún son escasas. Por ello, es importante generar más investigaciones al respecto, con el fin de poder identificar los factores específicos de la psicoterapia, desde los distintos enfoques teóricos, que promueven el cambio terapéutico y ayudan a dar respuesta a las distintas problemáticas que presentan los niños (Schaefer & Drewes, 2009).

Dado lo anterior, el propósito del presente reporte es presentar el proceso terapéutico que se realizó con un menor de nueve años desde un enfoque integrativo, cuyo objetivo fue el fortalecimiento del *self* para disminuir el impacto negativo de vivir en un ambiente familiar adverso. Esto con la finalidad de contribuir al cuerpo teórico existente al respecto.

Justificación

A lo largo de su vida el niño se enfrenta a diversas situaciones adversas que pueden llegar a alterar el curso normal de su desarrollo. Algunas de las más importantes están relacionadas con el entorno familiar en el que se desenvuelve.

El caso que se ha elegido presentar es un claro ejemplo de cómo, contrario a lo que se esperaría, el contexto familiar puede afectar el desarrollo infantil en diversas esferas de funcionamiento, como son la emocional, cognitiva y social. El ambiente familiar en el que ha vivido el menor ha estado caracterizado por relaciones hostiles, agresivas, ambivalentes y de rechazo; además, ha sido víctima de negligencia por parte de sus padres y de violencia tanto física como psicológica.

Lo anterior ha generado la desintegración del *self* del menor, repercutiendo en la manera en que éste se desenvuelve en los entornos familiar, escolar y social.

A través de la presentación del caso se busca, por un lado, ejemplificar lo que puede llegar a ocurrir cuando la familia, en especial los padres, más que ser figuras positivas en la vida del niño obstaculizan su sano desarrollo. Por otro, se pretende contribuir al tratamiento terapéutico de casos en los que ante la poca disponibilidad de los padres para generar cambios en la dinámica familiar, el principal recurso sea fortalecer al niño brindándole las herramientas necesarias para adaptarse al entorno adverso en el que vive de la mejor manera posible.

Pregunta de investigación

¿De qué manera la terapia de juego integrativa puede fortalecer el *self* de un menor de nueve años para disminuir el impacto negativo de vivir en un ambiente familiar adverso?

Objetivos

General.

Identificar, mediante el proceso terapéutico de R., cómo la terapia de juego integrativa puede fortalecer el *self* de un menor de nueve años, para disminuir el impacto negativo de vivir en un ambiente familiar adverso.

Específicos.

Realizar la evaluación psicológica para conocer el nivel de desarrollo del menor en el momento en que la madre solicita la atención.

Plantear hipótesis clínicas que permitan explicar la dinámica de la problemática de R.

Generar un plan de tratamiento cuyos objetivos den respuesta a la problemática planteada.

Realizar un proceso terapéutico con base en el modelo de terapia de juego integrativa para poder alcanzar los objetivos planteados.

Realizar sesiones de orientación con los padres del menor de manera paralela.

Realizar un seguimiento de los avances y obstáculos que puedan interferir con el logro de los objetivos previamente planteados.

Realizar el análisis del proceso terapéutico para conocer los alcances y limitaciones del trabajo realizado.

Generar conclusiones del proceso terapéutico considerando sugerencias para el trabajo en casos similares, con base en el análisis del proceso planteado.

Tipo de estudio

Estudio de caso.

Participante

Un menor de nueve años al inicio del proceso psicoterapéutico; el cual concluyó a la edad de diez. Para fines del presente trabajo y con la intención de mantener la confidencialidad del menor y su familia, se identificará a cada miembro de la familia con una letra.

Escenario

El proceso terapéutico que se presenta en este reporte se llevó a cabo en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, el cual se encuentra al sur de la ciudad y al cual acuden, en su mayoría, personas de un nivel socio-económico y cultural bajo. Dicho centro es una de las sedes donde se realizan las prácticas supervisadas de la Residencia en Psicoterapia Infantil.

Las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana con una duración de 50 minutos. El consultorio era un espacio en la planta baja del centro con dimensiones aproximadas de siete metros de largo por tres de ancho, en el que las condiciones de iluminación y ventilación son adecuadas.

En cuanto al mobiliario, usualmente se contaba con una mesa pequeña, varias sillas y un sillón. Por su parte, los juguetes se encontraban acomodados en un estante por rincones (agresión, hogar, arte y construcción).

Instrumentos

Juego diagnóstico (Chazan, 2002).

Entrevistas con la madre (Sattler, 2010).

Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender (Heredia, Santaella, & Somarriba, 2012).

Prueba del Dibujo de la Familia (Ampudia, et al., 2009).

Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH) [Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007].

Método de Evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-2) [Manual de aplicación, 1993].

Prueba del Dibujo Casa-Árbol-Persona (Buck, 2004).

Juego familiar (Gil & Sobol, 2005).

Procedimiento

Para formalizar la admisión de R. como paciente del centro, se entregó a su madre el consentimiento informado y la carta de derechos y responsabilidades del paciente.

A las primeras sesiones de entrevista se presentó únicamente la madre. En ocasiones posteriores el menor solía ser acompañado por su madre y, ocasionalmente por su padre.

Se realizó una evaluación psicológica enfocada en atender el motivo de consulta y las hipótesis generadas a partir de la entrevista con la madre y el menor, la cual se detalla más adelante, con el fin de poder conocer cuál era la problemática del menor y qué factores podrían estar influyendo en su mantenimiento.

Posteriormente, con los resultados de dicha evaluación se realizó la formulación del caso y se plantearon los objetivos de la intervención, tanto con el menor como con sus padres.

Durante el proceso terapéutico se valoraron de manera constante los logros alcanzados, en relación con los objetivos planteados en un primer momento.

Finalmente, una vez considerado que éstos habían sido alcanzados, se decidió dar por concluido el proceso terapéutico del menor.

CAPÍTULO 4. CASO CLÍNICO

“Aprendiendo a contentarme”

Ficha de identificación del menor

Tabla 3.

Ficha de identificación del menor

Nombre: R.

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 29 de agosto de 2005

Edad: 10 años

Escolaridad: 4o grado de primaria

Ficha de identificación de la madre

Tabla 4.

Ficha de identificación de la madre

Nombre: C.

Edad: 40

Escolaridad: secundaria

Ocupación: ama de casa

Estado civil: casada

Ficha de identificación del padre

Tabla 5.

Ficha de identificación del padre

Nombre: A.

Edad: 50

Escolaridad: secundaria

Ocupación: chofer de empresa privada

Estado civil: casado

Descripción clínica del menor

R. era un niño de nueve años al momento de la evaluación, cuya talla y peso eran acorde a su edad cronológica; mostraba una actitud pueril, la cual se podía observar en su lenguaje y capacidad de análisis. Siempre se presentó en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Se separaba de su madre con facilidad (quien solía acompañarlo a las sesiones) y parecía entusiasmado al inicio de éstas. Manifestaba seguridad al momento de explorar el cuarto de juego y constantemente tomaba la iniciativa para comenzar a jugar. Se trataba de un niño dispuesto a seguir las reglas del espacio, aunque en algunas ocasiones pidió a la terapeuta llevarse algún juguete o material a su casa. En contadas ocasiones intentó sacar juguetes del espacio.

En cuanto al lenguaje, mostraba dificultades para pronunciar adecuadamente el fonema “erre”. Eran evidentes los problemas en la lecto-escritura, los cuales pudieron observarse durante la realización de las historias de los dibujos de algunas pruebas.

Respecto a su pensamiento, éste era más bien concreto, expresando coherencia en sus ideas. Durante el proceso terapéutico fue evidente la dificultad de planeación y anticipación y razonamiento lógico; aunque era capaz de analizar la información presentada, sus conclusiones solían ser distorsionadas. Se identificaron algunas distorsiones cognitivas como generalización, abstracción selectiva, minimización de lo positivo maximización de lo negativo, inferencia arbitraria y pensamiento dicotómico.

Durante el proceso terapéutico surgió de forma constante la resistencia al tratar temas que percibía como amenazantes, como el hablar de su familia o de los sentimientos que le generaba el entorno en que se desenvolvía.

Conducta en el juego.

A lo largo del proceso terapéutico, durante las actividades de juego, el menor mostraba interés genuino por las distintas actividades de juego. En general, sonreía y expresaba verbalmente su agrado ante dichas actividades; solía mostrar un afecto positivo, incrementando el tono emocional conforme avanzaba el juego, mostrando disfrute y efusividad. Las emociones observadas eran acordes a la temática del juego, presentando transiciones suaves entre los distintos estados efectivos. Estos aspectos se mantuvieron relativamente estables a lo largo del trabajo terapéutico.

Desde un inicio se mostró dispuesto a jugar e interactuar con la terapeuta. Así mismo, R. mostraba iniciativa para elegir actividades de juego, explorar el espacio y usar los juguetes que llamaban la atención; sin embargo, mostraba una constante necesidad de aprobación y refuerzo por parte de la terapeuta, especialmente al comienzo del proceso.

El juego varió en el continuo de lo estructurado al juego libre; si bien al inicio del tratamiento se observaban intentos por cambiar las reglas de acuerdo a su conveniencia, durante la última fase del proceso pudo respetar las reglas y turnos, mostrando preferencia por juegos estructurados, como el juego de canicas. La temática del juego se ubicó en tres grandes rubros a lo largo del trabajo terapéutico: deportes y juegos de mesa, juego sensoriomotriz (arcilla y masa) y muerte-agresión.

Respecto a la representación de roles, ésta solía observarse en el juego libre, donde se generaba una relación triádica entre el niño, la terapeuta y Leo, el cual era el títere de un león que se empleó como un auxiliar en la terapia (en la etapa de intervención) para dar atención a un evento ocurrido previamente; posteriormente, permitió la proyección emocional por parte de R., así como el trabajo de modelamiento y role-playing (ver Análisis del proceso: fase intermedia, p. 126). Los roles mostrados

en el juego eran flexibles, pues los tres cambiaban el papel que desempeñaban en el juego. Su actitud durante esta actividad era de cooperación, mostrándose dispuesto a realizar esfuerzos en común para poder alcanzar un fin.

Descripción clínica de la madre

Se trata de una mujer de complexión media y tez blanca, que se presentaba en adecuadas condiciones de higiene y aliño, encontrándose ubicada en tiempo, lugar y persona. Su pensamiento era organizado, aunque tangencial y recurrente; mostraba una adecuada capacidad de análisis aunque sus conclusiones solían ser distorsionadas. Su lenguaje era fluido, descriptivo y detallado respecto a eventos significativos, con un ritmo estable al hablar.

Expresaba quejas constantes respecto a la conducta problemática de su hijo en casa, mostrando dificultades para reconocer fortalezas y capacidades en éste. Su afecto solía ser acorde a la temática que expresaba, llegando a sobresaltarse en ciertos momentos, especialmente cuando estaba presente su esposo y no lograban ponerse de acuerdo respecto a alguna situación; en otras ocasiones, al hablar acerca de la situación de pareja o de la dificultad que percibía para manejar la problemática de su hijo en casa, llegaba al llanto. Se observaban dificultades para lograr la reflexión durante las sesiones, lo que posiblemente dificultaba la modificación de su conducta en casa, con base en las sugerencias dadas por la terapeuta.

Descripción clínica del padre

El padre del menor es un hombre de complexión robusta, estatura promedio y tez morena. Se presentó en las condiciones apropiadas de higiene y aliño. Ubicado en tiempo, espacio y persona. Su pensamiento era organizado y coherente, con capacidad

adecuada de análisis y conclusiones distorsionadas. Su lenguaje era fluido con un tono de voz bajo; en las sesiones de orientación solía ser quien menos hablaba.

Llegó a expresar que manejaba la problemática de su hijo y a nivel familiar manteniéndose al margen de ésta, con el fin de evitar problemas con su esposa; además reconocía no saber cómo resolver la situación. Se refería a R. como “el niño” (sic. padre). Usualmente se mostraba poco expresivo afectivamente, tendiendo al aplanamiento afectivo. Al igual que la madre, exhibía una pobre capacidad reflexiva.

De manera general, se observaba un distanciamiento importante entre los padres, tanto físico como emocional. Usualmente ponían al otro en evidencia respecto a las cosas que consideraban no hacía de manera adecuada.

Actitud de los padres hacia la terapeuta.

Respecto a la relación con la terapeuta, parecía que ambos padres percibían el espacio terapéutico como un lugar para culparse y responsabilizarse mutuamente por las situaciones de conflicto que ocurrían en casa referentes a su hijo. Mostraban dificultades para poner en práctica las sugerencias dadas en cuanto a la crianza de R., lo que era un reflejo de la problemática de pareja que vivían y falta de recursos para solucionarla, así como de su incapacidad para lograr acuerdos, comprenderse mutuamente y trabajar en equipo para promover el bienestar de su hijo.

Ambos mostraron una actitud de cooperación y disposición con la terapeuta, asistiendo a las sesiones solicitadas a lo largo del proceso terapéutico.

Genograma: estructura, dinámica e historia familiar

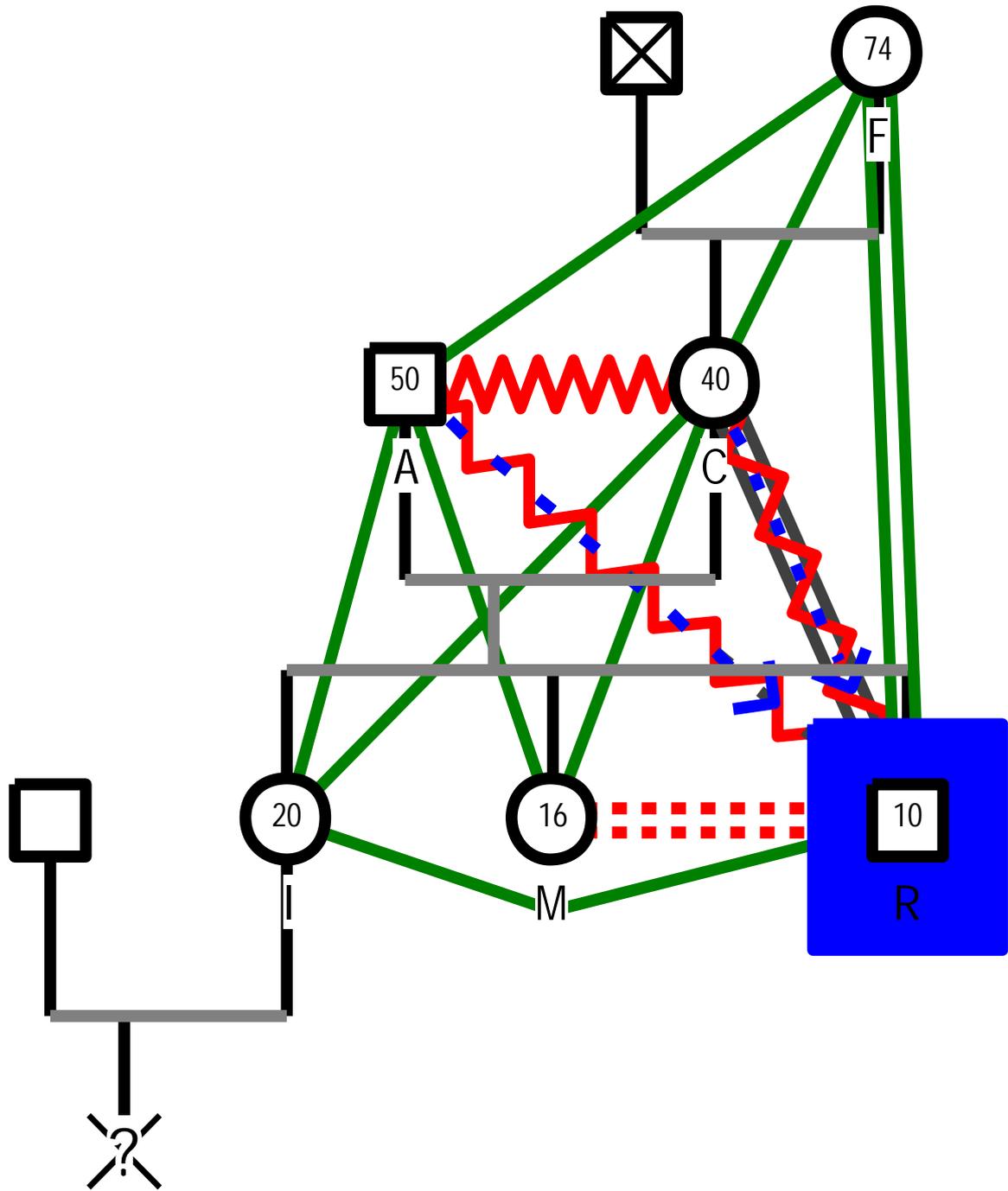


Figura 1. Familiograma del menor

La familia de R. es de tipo extensa, pues además de la unidad nuclear formada por padres e hijos, vive con ellos la abuela materna, quien habita en un cuarto separado del resto de la familia; suelen convivir y pasar tiempo juntos (ver figura 1); el tipo de hogar es biparental. Si bien el menor reconocía a ambos padres como figuras de autoridad, los límites y consecuencias eran establecidos principalmente por la madre, ejerciendo un estilo de crianza autoritario, mientras el padre tendía a ser más permisivo, siendo inconsistente respecto a la disciplina. De acuerdo con la madre, los castigos consistían en quitar al menor cosas que disfrutara, “algo que le duela” (sic. madre), mientras para premiarlo le compraban cosas como ropa, dulces o juguetes.

En cuanto a las relaciones entre los miembros de la familia, la madre refirió que las actividades que realizaban juntos eran pocas, debido a que el padre pasaba poco tiempo en casa por cuestiones de trabajo, siendo los domingos el día en que convivían por más tiempo; acostumbraban ir al parque, al deportivo, a la feria o ver películas en casa.

La relación más cercana del menor, dentro de la familia, era con su hermana mayor, I., quien lo cuidó cuando era pequeño; con su padre percibía una relación cercana, aunque ambivalente, pues si bien era con quien decía llevarse mejor, en algunas ocasiones R. se mostraba agresivo con su padre, pegándole e insultándolo, ante lo que éste último solía ignorarlo. Con su hermana M. peleaba constantemente, mientras que con su madre tenía una relación cercana, pues pasaban mucho tiempo juntos, aunque peleaban con frecuencia debido a la dificultad de la madre para manejar la conducta problemática que refería en su hijo. Finalmente, la relación con su abuela era cordial, acercándose a ella cuando sus padres lo regañaban o no accedían a comprarle algo que quería.

En relación a la historia familiar, los padres del menor habían vivido en unión libre alrededor de quince años hasta que en 2012 decidieron casarse. Es el segundo matrimonio del padre, quien tiene dos hijos de su primera relación, aunque no mantenía contacto con ellos “para evitar problemas en casa” (sic. padre). La madre explicó que ella no quería casarse, pues consideraba que no era necesario para tener una relación estable. C. narró que a partir de dicho evento ella y su esposo empezaron a discutir “sin motivo, por tonterías” (sic. madre), lo que ocurría cada vez con mayor frecuencia.

En 2013 los padres tuvieron una discusión que llegó a la agresión verbal y física, motivo por que el padre decidió irse de la casa. Esta situación ocasionó que R. “se pusiera muy mal” (sic. madre), presentando fiebre muy alta por la madrugada del día que eso ocurrió, “incluso tuvo delirios”, explica su madre, quien decidió no llevarlo al médico pues su esposo se había llevado el dinero que tenían, “lo dejé así a ver qué pasaba” (sic. madre). Horas después, el padre regresó a la casa para ver a su hijo, y a las pocas horas la fiebre comenzó a ceder. Ese día la madre platicó con su esposo y decidió que éste se podía quedar en la casa, “pero únicamente por mis hijos” (sic. madre).

A raíz de este hecho, la intimidad entre ellos era prácticamente inexistente y la comunicación se enfocaba en cuestiones relacionadas con sus hijos. C. consideraba que los “arranques” (sic. madre) que tenía con su esposo se debían al coraje y rencor que le guardaba, pues a pesar de que ella no quería continuar con el embarazo de R., A. insistió diciendo que todo estaría bien. Aunado a esto, la madre reconoció que el menor mostraba preferencia por su padre y solía seguir sus indicaciones, “a él sí lo obedece y se preocupa cuando no está en casa” (sic. mamá), llegando a mostrarse intranquilo cuando su padre se ausentaba. C. narró que dicha situación le provocaba frustración, explicándolo como “celos de madre” (sic. mamá) y señaló que a pesar de que le dolía aceptarlo, R. no la quería. La madre dijo comprender la razón, “qué puedo esperar de él

si cuando me embaracé no lo asimilé” (sic. mamá). Reconoció sentirse culpable al respecto.

Cuando iniciaba el proceso terapéutico del menor, en agosto de 2014, la madre comentó que su esposo se había ido de la casa debido a una discusión que de nuevo llegó a agresiones físicas por parte de C., lo cual fue presenciado por el menor. El padre se fue de casa alrededor de una semana; cuando R. se enteró de ello se mostró enojado con su madre, diciéndole que era su culpa que su padre se hubiera ido. Durante ese tiempo, la madre comunicó al menor que no podría ver a su padre y pidió a éste que se si decidía irse definitivamente de la casa se llevara a R., pues ella no contaba con recursos económicos suficientes para mantener a sus tres hijos, ni el tiempo para atender al más pequeño, además de los problemas de desobediencia que R. manifestaba; el padre dijo que eso no era posible debido a que no tenía un lugar en el que pudieran quedarse los dos. Finalmente, días después, los padres platicaron y C. accedió a que su esposo regresara, “pero sólo por R., porque él no es nadie sin su papá” (sic. mamá).

Los conflictos y agresiones verbales entre la pareja continuaron; incluso, llegaron a considerar la posibilidad del divorcio. En la tabla 6 se muestran los eventos familiares más significativos.

Tabla 6.

Eventos familiares significativos

Año	Evento
2005	Nace R.
2008	Muerte del abuelo materno
2012	Los padres contraen matrimonio
2013, 2014	El padre se va de casa

Motivo de consulta

R. era un niño de nueve años que fue referido por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. El motivo de consulta referido por C. eran los problemas de lecto-escritura del pequeño, los cuales afectaban de forma importante su desempeño escolar; según lo reportado, el menor no concluía los trabajos que empezaba y en casa no obedecía a la madre, hasta que ésta le pedía las cosas gritando. Ella asociaba la problemática de su hijo con el hecho de que fue un niño no deseado.

Los problemas de lecto-escritura se habían enfatizado desde 2º grado de primaria, cuando los maestros comenzaron a notar un retraso en el desempeño académico del menor. Esta situación continuaba presentándose, pues al momento de la evaluación era evidente que R. leía muy despacio y tenía problemas para hacer operaciones matemáticas, aunque podía realizarlas con ayuda; sin embargo, la madre consideraba que en la escuela, ante el maestro y sus compañeros se “apanicaba” (sic. madre), lo que interfería con una ejecución adecuada.

Respecto al lenguaje, presentaba problemas para pronunciar adecuadamente la letra “r”. C. explicaba que para leer “primero silabeaba” (sic. madre) y luego unía las sílabas, por lo que se tardaba mucho en terminar una lectura. De igual forma, confundía y omitía letras al escribir, como la “t” y la “r” cuando se encontraban en medio de la palabra; según la madre “silabeaba en voz alta” (sic. madre) para escribir, provocando que no pudiera seguir el ritmo de sus compañeros en los dictados, dejando así los trabajos incompletos. Relataba que el desempeño escolar de R. siempre había sido bajo; al momento de la evaluación tenía un promedio de 7.8.

Además de lo anterior, C. comentaba que en ocasiones “hacía berrinche” (sic. mamá) al momento de hacer la tarea, especialmente cuando ésta implicaba actividades relacionadas con la lectura. En dichos berrinches el menor se mostraba bastante

enojado, gritando, aventando el material y haciendo verbalizaciones como “no quiero hacer la tarea”, “déjame”, “te odio” (sic. mamá) e, incluso, la había agredido físicamente en algunas ocasiones. Al preguntarle cómo actuaban ella y su esposo ante dichos berrinches, comentaba que ella no le prestaba atención, dándole tiempo para que se calmara y dejara de llorar; una vez que se tranquilizaba, el menor regresaba y continuaba haciendo la tarea. Reconocía que cuando se sentía muy enojada llegaba a pegarle. Cuando otras personas ayudaban a R. con su tarea, como su hermana M., ésta se desesperaba y le jalaba las orejas a su hermano, a pesar de que su madre ya le había pedido no hacerlo.

La madre notaba que los berrinches se presentaban cuando R. sabía que iba a empezar algún programa de televisión que quería ver y aún no había terminado la tarea, explicando que le tomaba hasta tres horas terminar la tarea.

Por otra parte, la madre narraba que a R. no le gustaba estar solo; al darse cuenta de que no estaba acompañado “buscaba con quien estar” (sic. madre), ya fuera su abuela, madre, hermanas o padre. El menor no pasaba tiempo solo en casa en ningún momento; “sólo estuvo solito cuando era chiquito” (sic. mamá). Con referencia al sueño, la madre mencionó que algunas noches R. hablaba dormido; en ocasiones cosas comprensibles y en otras no. C. se había percatado que esto sucedía cuando R. tenía días “en los que se estresaba mucho” (sic. mamá), por ejemplo, cuando sus padres discutían o lo regañaban en casa o en la escuela.

Otro dato importante que refirió la madre, fue que R. se enojaba fácilmente tanto en la casa como en la escuela. Explicó que en preescolar no dejaba que ningún niño tomara sus cosas, lo cual podía responder al hecho de que ella le había dicho que no prestara sus cosas y a que de pequeño no tenía que compartir sus cosas con alguien más, pues sus hermanas eran más grandes. Al inicio de la evaluación, C. comentó que

durante los últimos dos meses su hijo no la obedecía si no le gritaba, a pesar de repetirle la indicación tranquilamente en varias ocasiones.

Respecto al motivo de consulta expresado por el menor, éste reconocía que no le gustaba leer y que se sentía triste cuando sus papás se peleaban o hablaban de la posibilidad de divorciarse.

Historia de desarrollo

La madre asociaba la problemática de su hijo con el hecho de que fue un niño no deseado. Al ser el tercer hijo del matrimonio, la madre comentaba que ya no quería tener más hijos. Cuando se enteró que estaba embarazada consideró la opción de un aborto; sin embargo, su esposo la convenció de continuar con el embarazo diciéndole que todo estaría bien. C. comentó que asimiló la noticia del embarazo hasta los tres meses. Éste fue un periodo difícil, pues debido a la posibilidad de un parto prematuro la madre tuvo que tomar pastillas y posteriormente ser inyectada por prescripción médica (no recordó el nombre de los medicamentos). El parto se adelantó dos semanas, sin embargo, cuando se le rompió la fuente, su esposo estaba trabajando, por lo que fue el hermano de la madre quien la llevó al hospital. Al llegar, fue internada y el parto tomó algunas horas; no se refirieron complicaciones al momento del nacimiento. El peso del menor fue de 2.800 kg., no recordó la talla y mencionó que la calificación del APGAR fue de 8.

Ambos salieron pronto del hospital para irse a casa. La madre relató que una vez que R. nació le costó trabajo adaptarse a la realidad de tener otro hijo, pues sus hijas ya estaban grandes, “pensé que ya había acabado con esto” (sic. mamá), explicó; por el contrario, el padre se sintió muy emocionado al ver a su hijo. C. narró que fue difícil para ella familiarizarse con cuidar a un nuevo bebé, de hecho, contrataron a una

enfermera que les ayudó durante el primer mes a bañarlo y cuidarlo; la madre expresó “me daba miedo bañarlo, que se me fuera a caer, estaba tan chiquito” (sic. madre). Por otro lado, el padre se involucró mucho durante este periodo, pues ayudaba a la madre a bañarlo, vestirlo, cambiarle el pañal, darle el biberón, etcétera. C. explicaba que ésta podría ser la razón por la que R. tenía una relación tan cercana con su padre. La madre no dio pecho al niño porque no produjo leche. Ésta narró que R. era un bebé que lloraba mucho y no lograba identificar lo que su hijo necesitaba. Respecto al nombre del pequeño, mencionó que ella lo eligió, decidiendo asignarle el nombre de uno de sus hermanos, quien falleció cuando C. tenía 5 años de edad.

Cuando el menor tenía seis meses, su madre tuvo que hacerse cargo de su padre (abuelo de R.), por lo que se vio obligada a dejarlo al cuidado de la hermana mayor, I. mientras ella acompañaba a su padre a las consultas médicas. Sin embargo, I. asistía a la escuela por la tarde, por lo que dejaban a R. solo algunas horas al día (de 12:00 pm a 6:00 pm); cuando esto sucedía el menor permanecía en la cuna, dejándole su biberón o papilla dentro para que pudiera comer. El padre no podía cuidarlo debido a su empleo. Esta situación continuó así, hasta los tres años, edad a la que el menor ingresó a la guardería.

C. relató que hasta entonces el niño comía con las manos, lo que relacionaba con la situación anterior, pues “se acostumbró a comer así” (sic. madre). Sus primeras palabras fueron mamá, papá, pan, entre los siete y ocho meses. Alrededor de los once meses se percataron de que el menor dio sus primeros pasos y caminaba alrededor de la cuna con ayuda del barandal.

La madre expresó que a los dos años y medio R. tenía un vocabulario muy reducido y no hablaba con fluidez; para pedir las cosas sólo las señalaba y lloraba, a pesar de que ella le repetía el nombre de las cosas. Comentó que eso continuaba

ocurriendo, pues cuando R. quería algo se enojaba o molestaba a los demás en vez de pedirlo; por ejemplo, cuando tenía hambre se mostraba molesto, llegando a jalar el cabello a sus hermanas. Cuando R. quería comer no lo expresaba de manera verbal, hasta que le preguntaban, explicando que prefería no decirlo por temor a que su madre se enojara.

A los tres años, continuaban los problemas de lenguaje, por lo que decidieron que ingresara a la escuela, además de que así no pasaría tanto tiempo solo. Desde ese momento comenzaron los problemas escolares, pues lloraba al hacer las tareas, cuando le enseñaron a leer se desesperaba pues tenía dificultades para hacerlo de manera fluida. Sin embargo, la madre refirió que su hijo era un niño inteligente pues sabía que pastillas debía tomar su abuelo. R. aprendió a andar en bicicleta pocos meses antes de iniciar su terapia.

Un evento que C. consideraba había afectado a su hijo fue la muerte de su abuelo materno, cuando tenía tres años de edad. El menor era muy cercano a él, pues pasaban mucho tiempo juntos, por ejemplo, jugando, ya que su abuelo vivía con R. y su familia; la madre narró que su hijo estaba muy pendiente de la salud de su abuelo y la ayudaba a darle los medicamentos que éste tomaba. Cuando R. se enteró del fallecimiento pensó que su abuelo estaba dormido, hasta que, posteriormente, su madre le explicó lo que había ocurrido; C. refería que el menor verbalizaba extrañar a su abuelo.

Evaluación psicológica

Técnicas e instrumentos aplicados.

En la tabla 7 se presentan las técnicas e instrumentos aplicados durante la evaluación, la cual se realizó en un total de diez sesiones. Posteriormente, en la sesión

de devolución de resultados con ambos padres se les explicaron: los principales hallazgos de la evaluación, la manera de trabajo con R. y con ellos y los objetivos de la intervención terapéutica. En el anexo 1 se muestran algunas de las pruebas aplicadas.

Tabla 7.

Resumen del proceso de evaluación

Técnicas e instrumentos	No. de sesiones
Juego diagnóstico (Chazan, 2002).	1
Entrevistas con la madre (Sattler, 2010).	3
Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender (Heredia, et al., 2012).	1
Prueba del Dibujo de la Familia (Ampudia, et al., 2009).	1
Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH) [Esquivel, et al., 2007].	1
Método de Evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-2) [Manual de aplicación, 1993].	1
Prueba del Dibujo Casa-Árbol-Persona (Buck, 2004).	1
Juego familiar (Gil & Sobol, 2005).	1

Nota: La escala de inteligencia Wechsler para niños (WISC-IV) no fue aplicada pues se decidió derivar al menor al área de neuropsicología y se tenía el conocimiento de que ahí se realizaría la aplicación de dicha escala.

Con base en las técnicas e instrumentos aplicados, el principal hallazgo fue el retraso en el desarrollo visomotriz que presentaba R., el cual correspondía al de un niño considerablemente menor a su edad cronológica (Compuesto de Percepción Visual

General de 6 años 11 meses). Es probable que dichas deficiencias visomotrices hayan afectado la adquisición de la lecto-escritura (omisión e inversión de letras, como la “d” con la “b”) e interferido en el proceso de aprendizaje.

Las principales dificultades se encontraron en las subpruebas de *Coordinación ojo-mano*, *Posición en el espacio*, *Copia*, *Relaciones espaciales* y *Cierre visual*. Esto podía implicar problemas relacionados con el aprendizaje y las actividades escolares, como una escritura pobre y lenta, dificultad para mantenerse en el renglón, forma irregular de letras, borrones en sus trabajos, problemas para comprender los conceptos que indiquen posición en el espacio, inversión de letras y números, confundir letras parecidas, dificultad para alinear los dígitos en las columnas adecuadas, leer mapas, problemas de ortografía, ignorar la puntuación, omitir palabras o renglones al copiar, dificultades de concentración, para copiar palabras y operaciones aritméticas, así como para establecer la cronología del tiempo. También se relacionaba con impedimentos en actividades cotidianas como ensartar cuentas, abotonarse y atarse los zapatos, y el uso adecuado de los cubiertos, como resultado de un dominio inestable de la mano (Esquivel, et al., 2007).

Además, se detectó un retraso en el lenguaje, principalmente la dificultad para pronunciar adecuadamente el fonema “r” (erre), lo que a su edad se esperaba hiciera sin dificultades (Melgar de González, en Bosch, 1983; Santrock, 2006).

Lo anterior había afectado de manera considerable su desempeño académico, lo cual se hacía evidente en las dificultades mostradas por el menor para concluir trabajos y tareas de manera exitosa, tanto en casa como en la escuela. Además, esto era motivo de comentarios negativos respecto a su apariencia física, desempeño intelectual y forma de hablar, por parte de sus compañeros y profesor de clases.

La falta de estimulación y cuidados que vivió R. durante los primeros años de vida se consideró un importante factor predisponente para la problemática que mostraba en torno al rezago en el área perceptual y emocional. Se sabe que la falta de cuidados y estimulación en la infancia temprana puede impedir el desarrollo evolutivo natural. Además, la falta de demostraciones de afecto puede impactar de manera negativa en el desarrollo global, incluyendo el área del lenguaje (Moreno, 2003); dichas alteraciones en el desarrollo estaban relacionadas con el bajo desempeño escolar que R. presentaba (Schonhaut, Rojas, & Kaempffer, 2005).

Otros aspectos que habían frenado el desarrollo psicomotor del menor estaban relacionados con la ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y la falta de estimulación sensorial oportuna. Aunado a ello, pudieron existir condiciones congénitas o adquiridas durante la gestación o posterior al parto que alteraron el desarrollo normoevolutivo de R. (Moore, 1996); a lo largo del embarazo la madre no tuvo los cuidados maternos adecuados, lo que podría explicarse por su deseo por no tener al bebé. Durante los primeros meses no tuvo supervisión médica y, posteriormente, cuando se presentaron las amenazas de aborto (alrededor del cuarto mes) C. hizo caso omiso de las indicaciones de los médicos, quienes recomendaron reposo relativo para evitar un parto prematuro. Sin embargo, la madre continuó trabajando en el negocio familiar, lo que implicaba un nivel de actividad considerable, como estar de pie por varias horas, recorrer algunos trayectos para conseguir la mercancía, cargar peso y estar bajo la presión que todo ello implicaba. C. argumentaba que ella era la única que podía hacerse cargo del negocio, a pesar de que sus hijas mayores tenían el tiempo y la disposición de ayudarla.

En el plano emocional, se observó que R. se apreciaba a sí mismo como un niño inseguro y tímido, quien percibía un nivel bajo de autosuficiencia, presentando una baja

autoestima. Como resultado de ello, se mostraba demandante de atención y afecto, además de percibir una lucha constante entre sus impulsos y las restrictivas que imponía el entorno, lo que le generaba sentimientos de frustración.

Así mismo, presentaba rasgos de impulsividad y por ende, dificultades para lograr el autocontrol, por lo que solía mostrarse irritable. Manifestaba problemas para reconocer los conflictos y las emociones negativas que experimentaba, aunque se daba cuenta de la problemática existente entre sus padres.

La imposibilidad para dibujar una sola figura (en el DFH) podría relacionarse con dificultades emocionales que le impedían apearse a una instrucción dada, como resultado de una sensación de inseguridad, falta de comprensión de la instrucción dada, o bien, un nivel elevado de ansiedad que, al no saber cómo manejar, resultaba en la ejecución de algo distinto a lo esperado.

En lo referente a las relaciones familiares, se observaba que R. se vivía más cercano a su padre, a quien consideraba el personaje más bueno de su familia. El menor parecía idealizarlo, pues en realidad su padre tendía a ser distante y mostrarse poco sensible ante las necesidades emocionales de su hijo, por lo que éste empleaba la fantasía como una forma de lidiar con la realidad de una relación que le generaba angustia y frustración. Así mismo, las fallas en las funciones paternas de protección y provisión incrementaban su inseguridad y dependencia.

Respecto a la relación con su madre, se apreciaron indicadores de desvalorización hacia ésta, posiblemente derivados del rechazo de C. hacia su hijo y de la relación conflictiva madre-hijo. Así pues, las fallas en el handling³ habían provocado

³ Handling es un concepto propuesto por D. Winnicott como parte de las funciones maternas, a saber, holding o sostén, handling o manipulación y presentación del objeto. La función de holding abarca tanto el sentido físico, como todo aquello que el ambiente debe proveer al bebé para que logre establecer relaciones objetables. Implica el manejo o cuidado corporal que hace la madre de su hijo, posibilitando una relación afectiva entre el bebé y la

en el menor una sensación de descontento e incertidumbre acerca de la disponibilidad afectiva de su madre. Posiblemente, las dificultades en la relación de C. con su hijo se hayan acrecentado debido a las situaciones de estrés vividas durante la etapa del embarazo, lo cual pudo haber generado en el menor una tendencia a desarrollar síntomas externalizados (Zárate, Montero, & Gutiérrez, 2006).

En lo relativo a la relación entre sus padres, R. percibía gran distancia física y afectiva entre ellos, reflejo de la escasa comunicación que tenían, la cual se limitaba a aspectos relacionados con la crianza de sus hijos. La relación conflictiva entre los padres pudo ser un factor de estrés que afectara el ajuste emocional de R. (Martínez, 2010).

En cuanto a la relación con sus hermanas, era con I., su hermana mayor, con quien expresaba tener una relación más cercana, pues fue ella quien lo cuidó durante los primeros años de vida. Por otra parte, con su hermana M. existía cierta rivalidad, especialmente en momentos en que no lograban obtener la aprobación y atención que deseaban de sus padres.

Como resultado de lo anterior, R. percibía a las figuras parentales y al ambiente como ambivalentes, pues si bien en ocasiones parecían gratificar y satisfacer sus necesidades de afecto, protección y cuidado, esto era sólo de manera parcial pues, en general, su entorno familiar había estado caracterizado por la ausencia de gratificación oportuna y la presencia continua de castigos y agresiones, principalmente por parte de la madre, situación que generaba en el menor fantasías de abandono parental. El descontento provocado por la insatisfacción de sus necesidades afectivas desencadenaba

figura materna Facilita la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y del *self*; la fusión de la psique con el cuerpo promueve la personalización del bebé (Abello & Liberman, 2011).

en R. conductas poco adaptativas, como los berrinches, el comportamiento agresivo y la negativa a obedecer.

Daba la impresión de que el pequeño no se percibía a sí mismo como parte de su familia (al realizar el dibujo de la familia se dibujó únicamente él, colocando a su hermana I. y a sus padres hasta que la terapeuta preguntó si estaba completo), lo que podía deberse al constante rechazo y desaprobación que había experimentado por parte de sus padres, especialmente de su madre, quien repetidamente expresaba sentirse inconforme con el comportamiento de su hijo, exigiéndole la realización de actividades que excedían las capacidades del menor, sin considerar su nivel de desarrollo; por su parte, el padre solía ignorarlo independientemente de las conductas exhibidas por el menor, ya fueran éstas positivas o negativas.

Se sabe que las pautas de crianza pueden afectar el desarrollo cognitivo y socioafectivo en la infancia. En este caso, el afecto negativo expresado por sus padres (regaños, llamadas constantes de atención, castigos, menosprecio, indiferencia) pudo haber influido en los problemas de atención y de comportamiento, así como en los sentimientos de abandono que presentaba el menor (Cuervo, 2009). Esto, a su vez, le ocasionaba sentimientos de inseguridad, desvalimiento y dificultades para el control de impulsos, llegando a mostrar conductas agresivas. Además, el rechazo parental que R. vivía provocaba que éste mostrara hostilidad, indiferencia y agresividad hacia sus padres.

Se concluyó que el menor presentaba un yo pobremente integrado como resultado de los introyectos negativos que había incorporado a lo largo de su vida. Por su parte, las dificultades en la regulación de emociones (principalmente negativas) que mostraba mermaban su adaptación al entorno (Betancourt & Andrade, 2008).

En relación a sus recursos, el menor se caracterizaba por ser un niño espontáneo, sincero, ingenioso para resolver situaciones, entusiasta, seguro al explorar el espacio de juego y que solía tomar la iniciativa.

Conclusiones de la evaluación.

De manera general, se encontró en el menor un retraso visomotriz importante, el cual se relacionaba con las dificultades en el proceso de aprendizaje y en la adquisición de la lecto-escritura.

Por otro lado, en el aspecto emocional, era evidente que el ambiente familiar adverso en el que había vivido R. había constituido un importante factor predisponente para el pobre autoconcepto y baja autoestima que presentaba, así como para la presencia de sentimientos de inseguridad, desvalimiento, tristeza, enojo y desesperanza que expresaba. Lo anterior, ocasionó que el menor encontrara en la agresión la única forma para poder relacionarse con sus padres y obtener la atención que deseaba recibir de ellos.

La conducta opositorista de R. fue entendida como una respuesta a prácticas parentales agresivas por parte de sus padres, siendo un esfuerzo por defenderse y oponerse a las reglas que se establecían en casa, las cuales consideraba injustas. Así mismo, es posible que la frustración y el enojo que el pequeño experimentaba fueran el resultado del fracaso en conductas previas de acercamiento a sus padres (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2002), quienes solían prestar poca atención a las expresiones de afecto de su hijo. Aunado a esto, las instrucciones que los padres daban solían ser vagas, hostiles y confusas, lo cual raramente provoca la conducta deseada; por el contrario, suelen ocasionar desobediencia y contribuir a que aparezca una lucha coercitiva por el poder (Friedberg & McClure , 2014).

Finalmente, el temor a estar solo posiblemente se encontraba relacionado con el sentimiento de abandono que R. manifestaba, derivado, a su vez, de las experiencias tempranas reales de abandono y negligencia parental que vivió.

Una vez concluida la integración de la información obtenida a lo largo del proceso de evaluación psicológica, se elaboró la formulación clínica del caso, herramienta que ofrece hipótesis explicativas respecto a los síntomas y su interacción con diversos factores, permite ubicar los focos de intervención y desarrollar el plan de tratamiento correspondiente (Friedberg & McClure, 2014). Dicha formulación se presenta en la tabla 8.

Evaluación neuropsicológica.

Debido al retraso visomotor encontrado en la evaluación, se decidió canalizar al menor al área de neuropsicología clínica. Después de realizar la evaluación pertinente en el Programa de Neuropsicología de la Facultad de Psicología, se encontró que sus capacidades intelectuales y escolares se encontraban por debajo de la media esperada para su edad, lo que implicaba dificultades en el funcionamiento cognitivo general. Específicamente, se encontraron como debilidades las habilidades metalingüísticas, dificultades en el proceso de lecto-escritura y una inmadurez general en funciones psicológicas como la memoria, atención, percepción, capacidad para el aprendizaje entre otras.

Como fortalezas se refirieron la accesibilidad para la negociación y el trabajo durante las sesiones, así como la conciencia y reconocimiento de sus dificultades y errores. La atención neuropsicológica que recibió estuvo enfocada en tres objetivos principales: a. fomentar el desarrollo del pensamiento lógico y simbólico, b. propiciar el desarrollo del lenguaje y c. favorecer el desarrollo de la autorregulación conductual.

Formulación de caso clínico

Tabla 8.

Formulación de caso clínico

Formulación clínica				
Motivo de consulta				
R. expresó sentirse triste cuando sus papás se peleaban y reconoció dificultades de lectura.				
La madre expresó conductas de oposición en casa por parte de R., baja tolerancia a la frustración, temor a permanecer solo en casa, además de que se enojaba con facilidad y frecuencia. Enunció dificultades de lecto-escritura que habían afectado el desempeño académico del menor.				
Manifestaciones clínicas		Análisis funcional de la conducta		
Psicofisiológicas	Retraso visomotor asociado con dificultades en la lecto-escritura.	Antecedente	Conducta	Consecuencia
Cognitivas	Problemas de lenguaje (no pronuncia bien la “r”), de aprendizaje (problemas para cálculo matemático), de lecto-escritura (confunde “d” con la “b”, omite letras y palabras), bajo desempeño académico y dificultades para concluir los trabajos escolares.	La madre le pedía cumplir con alguna actividad escolar o relacionada con el hogar (poner la mesa, lavar jitomate, hacer el agua).	El menor se rehusaba a seguir la indicación, diciendo “¿por qué yo?, no quiero hacerlo” (sic.). En ocasiones lloraba, gritaba o agredía a su madre.	C. decía que si él no lo hacía, lo haría ella. En otras ocasiones insistía repitiendo la instrucción. Si R. no obedecía llegaba a gritarlo y agredirlo físicamente (manazos, nalgadas).

	<p>Distorsiones cognitivas: generalización, abstracción selectiva, minimización de lo positivo maximización de lo negativo, inferencia arbitraria y pensamiento dicotómico (Beck, 2009).</p> <p>Esquemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio: <i>Desunión y rechazo</i>; esquemas de Abandono, Desconfianza, Privación emocional e Imperfección. - Dominio: <i>Deterioro de la autonomía</i>; esquema de Dependencia. - Dominio: <i>Inclinación hacia los otros</i>; esquema de Subyugación (Caro, 2011). 	
Conductuales	Desobediencia manifestada a través de conducta opositora. Agresión física y verbal hacia pares, padres y hermanas.	Desarrollo
Emocionales	Tristeza y enojo asociados con la relación con sus padres y los conflictos entre éstos. Baja tolerancia a la frustración.	R. fue resultado de un embarazo no deseado por parte de la madre, quien expresó haber asimilado el embarazo hasta los tres meses. Al nacer, fue el padre quien se encontraba más pendiente del cuidado del menor, pues para la madre resultó difícil adaptarse a la

Interpersonales	<p>Dificultades en la relación con pares debido a burlas y rechazo de sus compañeros, ante lo que reaccionaba de manera agresiva.</p> <p>Rivalidad fraterna, especialmente con su hermana M.</p>	<p>experiencia de volver a ser mamá.</p> <p>De los seis meses a los dos años, R. era dejado al cuidado de su hermana mayor (quien tenía 12 años), pues su madre estaba al cuidado del abuelo paterno. El menor permanecía solo durante algunas horas pues su hermana iba a la escuela por las tardes, por lo que fue un niño poco estimulado.</p>
Juego	<p>Dificultad para seguir las reglas del juego, intentando modificarlas para obtener ventaja.</p>	<p>La madre refirió dificultades en el lenguaje desde los primeros años de vida y notó dificultades escolares desde que R. ingresó a preescolar; anteriormente no se habían tomado medidas para apoyarlo.</p>
Ambiente y familia		Apego y desarrollo psicosocial
<p>La dinámica familiar de R. era complicada dada la relación conflictiva y hostil entre sus padres. El menor había presenciado incidentes violentos, con agresiones físicas y verbales entre ellos. El padre se había ido de casa en dos ocasiones, ante lo que la madre se mostraba renuente a R. viera a su papá.</p> <p>El menor tenía discusiones frecuentes con su hermana M.</p> <p>La madre ejercía un estilo de crianza autoritario y el padre permisivo.</p>		<p>R. mostraba un apego ansioso-evitativo. Si bien lograba permanecer en las sesiones, llegaba a mostrar poca o nula ansiedad ante la separación. Al volver con su madre evitaba el contacto en algunas ocasiones, mientras en otras sonreía al verla y contarle lo que había hecho en las sesiones.</p> <p>De acuerdo con Erikson se encontraba en la fase de <i>Laboriosidad</i> frente a <i>Inferioridad</i>.</p> <p>Es posible que los fracasos escolares que había experimentado, aunado al poco reconocimiento por parte de sus padres, le generaran sentimientos de <i>inferioridad</i>. De no apoyar sus esfuerzos para crear y construir, es probable que R. muestre dificultades para generar una sensación de productividad y desarrolle un sentimiento de inadecuación.</p>

Percepción de sí mismo	Percepción del entorno
<p>Se percibía a sí mismo como un niño incapaz de realizar muchas actividades tanto en casa como en la escuela. Consideraba ser el responsable de que sus padres se enojaran.</p>	<p>Percibía el entorno como un lugar poco gratificante y sensible ante sus necesidades afectiva, un ambiente cuya disponibilidad de gratificación era impredecible; esto generaba inseguridad en el menor.</p>
Inconsciente	Recursos

Si bien respecto a sus edad cronológica el menor debía estar en la etapa de latencia, se encontraban presentes características de otras etapas de desarrollo, como el deseo por obtener el poder en el juego y el disfrute al ensuciarse con materiales como la arcilla y el agua, característicos de la etapa anal, así como la curiosidad sexual, de la etapa fálica (Dolto, 1980).

Los mecanismos de defensa que empleaba eran:
negación, evasión y proyección.

Se mostraba alegre, motivado y entusiasta al explorar el espacio de juego, así como atento y dispuesto a cooperar con las diversas actividades que se realizaron a lo largo del proceso terapéutico.

Preguntas clínicas	Hipótesis clínicas
¿Cómo afectó en R. la negligencia parental y falta de estimulación durante los primeros años de vida, en su desarrollo?	Es probable que algunos aspectos que frenaron el desarrollo psicomotor del menor estuvieran relacionados con la ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y la falta de estimulación sensorial oportuna (Moore, 1996).
¿El nivel de desarrollo presentado por el menor era adecuado para su edad?	Con base en los resultados del Frostig se observó que el desarrollo visomotor del niño correspondía a una edad de 6 años 11 meses, lo cual era considerablemente inferior para su edad cronológica. Dicho retraso se relacionaba con un bajo rendimiento escolar (Schonhaut, et al., 2005). También se observó un yo pobremente integrado debido, en parte, a las experiencias poco estimuladoras e integradoras que ofreció el entorno familiar en el que había vivido.
¿Los problemas de lecto-escritura estaban relacionados con el nivel de desarrollo visomotor de R.?	El deterioro visomotor del niño (ver Frostig) repercutía en la adquisición de la lecto-escritura (Esquivel, et al., 2007).
¿De qué manera afectaba la dinámica de la relación parental en la problemática del niño?	La relación conflictiva de los padres era un factor de estrés que afectaba el ajuste emocional de R., por lo que se sentía responsable de la conflictiva entre sus padres (Martínez, 2010).
¿El rechazo parental afectó el ajuste psicológico del menor?	El rechazo parental pudo ser la causa de la hostilidad, indiferencia y agresividad pasiva mostradas por R. hacia sus padres (Martínez, 2010).

Selección del tratamiento más adecuado

Una vez concluido el proceso de evaluación, se decidió trabajar desde la terapia de juego integrativa, específicamente, desde la postura de integración asimilativa, en la que cual se cuenta con una base sólida en un sistema teórico, con la disposición a incorporar o asimilar, de manera selectiva, prácticas y puntos de vista de otros sistemas. Esta postura “combina las ventajas de un único sistema teórico coherente con la flexibilidad de una gama mayor de intervenciones técnicas provenientes de múltiples sistemas” (Norcross, 2005, p.10).

Fueron las necesidades y problemas del menor las que contribuyeron a elegir el enfoque teórico a emplear durante el tratamiento, pues se consideró que éste podía ayudar a R. a hacer frente a los problemas que enfrentaba en ese momento de su vida.

En este caso, el sistema teórico que sirvió como base para el trabajo terapéutico fue la terapia de juego Gestalt. A lo largo del tratamiento se integraron intervenciones terapéuticas, principalmente, de la TJCC, dada la evidencia empírica de su utilidad terapéutica.

La psicoterapia Gestalt concibe los problemas emocionales como alteraciones en el proceso de autorregulación del niño, lo que le impide moverse hacia el cambio y crecimiento de acuerdo con las capacidades y tareas de cada etapa del desarrollo (Mortola, 2010). Dichas alteraciones pueden ser ocasionadas por problemas en la relación con personas significativas que obstaculizan el crecimiento emocional adecuado para realizar las tareas de la etapa por la cual transita el pequeño. Este desajuste emocional provoca que el sí-mismo fracase en asimilar ciertas experiencias significativas del pasado, generando en la persona una “indigestión psicológica” (Fernández, 2014, p. 14), formando así un patrón biológico-conductual-emocional que se caracteriza por asuntos inconclusos, gestalts inacabadas o habilidades cristalizadas

que se forjan en algún momento en el desarrollo del niño y que le impiden funcionar como un ser completo (García Licea, 2003; en Fernández, 2014).

En el caso de R. se puede apreciar que las áreas de desarrollo del sí-mismo no lograron integrarse de manera adecuada, debido, principalmente, a las relaciones que había vivido dentro del entorno familiar, las cuales se caracterizaban por ser relaciones poco afectivas y gratificantes a sus necesidades, no solo físicas sino emocionales. Lo anterior, como plantea Oaklander (2012a), ocasionaba en el menor dificultades para establecer un contacto sano con su entorno y quienes formaban parte de él, no permitiéndole ser consciente de sus necesidades y deseos, así como dificultando sentirse bien consigo mismo.

Los niños llegan al mundo con una capacidad innata para crecer y lograr la autorrealización, siendo a través de los sentidos que conocen el mundo y se dan cuenta de lo que pueden hacer: observan, escuchan, tocan y degustan todo lo que les rodea; sus sentidos se encuentran en pleno desarrollo. Se dan cuenta de las cosas que pueden hacer y expresan sus emociones de forma desinhibida, haciendo uso de su inteligencia para asimilar y aprender sobre el mundo (Oaklander, 2012a). Sin embargo, como en el caso de R., cuando se experimenta algún trauma a lo largo de la vida se puede perder la capacidad natural para enfrentar el mundo, al hacer un uso inadecuado de las diversas habilidades con las que se cuenta. Entonces, se restringen los sentidos y se bloquean las emociones o incluso el intelecto. Cuando esto sucede, dichas dificultades se convierten en la manera habitual de enfrentar la tensión y en general, la vida; el yo se inhibe y con frecuencia puede llegar a perderse. Muchas veces, por la falta de madurez emocional e intelectual se desarrollan formas inapropiadas de estar en el mundo, formas que suponen que harán que la vida sea mejor y que las necesidades propias sean satisfechas (Fernández, 2014). Esto era claro en el caso de R., quien, en un intento por lidiar con el

malestar emocional que vivía, presentaba conductas poco apropiadas, como agresiones físicas y verbales hacia las personas de su entorno.

Por su parte, la TJCC se basa en un enfoque experiencial dirigido al aquí y ahora, orientando el proceso hacia la acción. Busca ligar las habilidades de afrontamiento con ciertas acciones concretas para la implementación de éstas. La importancia del juego radica en que motiva a los niños a participar de manera entusiasta en las distintas actividades que se realizan a lo largo del proceso (Friedberg & McClure, 2014).

Schaefer (2012) plantea que las experiencias emocionales que experimenta una persona se ven influidas por las cogniciones generadas a partir de experiencias tempranas. Los trastornos emocionales son resultado de la relación existente entre pensamientos, conductas y una situación específica. De esta forma, los niños elaboran su mundo a través de los pensamientos, emociones y conductas relacionadas con diversos acontecimientos de la vida.

En el caso de R., se observaba la presencia de pensamientos poco adaptativos que le provocaban malestar emocional, el cual, al no saber manejar de forma apropiada, derivaba en conductas inadecuadas, como las agresiones.

Por su parte, dada la gran flexibilidad que caracteriza a la terapia de juego integrativa, ésta ha sido empleada para una amplia gama de trastornos y pacientes con distintos niveles de desarrollo (Schaefer, 2012), mostrando resultados eficientes y perdurables al generar el tratamiento que mejor se adapte a las necesidades específicas del paciente, además de ser flexible para el logro del plan de tratamiento sugerido. Un ejemplo de ello se encuentra en Gamboa (2010), quien trabajó desde un enfoque de terapia de juego integrativa basada en el modelo normativo, el cual busca aplicar intervenciones psicológicas al cliente de manera individualizada. La autora empleó

técnicas de la terapia gestáltica y cognitivo conductual para fomentar la identificación y expresión emocional, el establecimiento de límites y disciplina en casa, con un menor que presentaba un funcionamiento cognitivo deficiente.

Los enfoques terapéuticos previamente planteados han demostrado su eficacia para tratar una gran variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, agresión, ira, hiperactividad, problemas de conducta, inseguridad, así como para mejorar el autoconcepto, la autoestima y la autoimagen (Bunge, Gomar & Mandil, 2014; Fernández, 2014; Friedberg & McClure, 2014; Mortola, 2010; Oaklander, 2001; Oaklander, 2012a).

Plan de tratamiento: objetivos y metas

Fortalecimiento del *self*, a través de:

Identificación y expresión emocional asertiva.

Se buscó que el menor fuera capaz de identificar los estados físicos y anímicos que experimentaba ante diversas situaciones cotidianas, además de poder expresar las situaciones que le generaban malestar emocional, específicamente las relacionadas con el enojo, la tristeza y las fantasías de muerte que surgieron durante el proceso y así poder externar las cosas que le desagradaban, en lugar de actuarlas.

Mejorar la autoestima y el autoconcepto:

a. Generar sensación de éxito en el menor.

b. Fomentar la sensación de dominio y maestría.

Con base en la definición de sí mismo, se trabajó para que el menor lograra reconocer los introyectos negativos que había asimilado, con el propósito de que tuviera una imagen más realista de sí mismo. Se intentó fortalecer su capacidad para tomar

decisiones tanto dentro como fuera del consultorio, al generar una sensación de éxito y fomentar en él la sensación de dominio y maestría sobre aspectos de su entorno.

Desarrollo de habilidades sociales.

Para que el menor adquiriera herramientas que le permitieran relacionarse de manera positiva con sus pares y establecer límites de manera asertiva en su convivencia con otros.

Reestructuración cognitiva.

Con la finalidad de que R. discriminara los mensajes acerca de sí mismo que eran acordes a la realidad de aquellos que no, y así disminuir los sentimientos de tristeza y enojo asociados con los pensamientos poco realistas que presentaba, al modificarlos por otros más adaptativos.

Para promover el desarrollo integral del menor se estableció un trabajo interdisciplinario con el área de neuropsicología y se mantuvo contacto con la escuela de manera regular; ello con el fin de conocer los avances y dificultades que R. enfrentara dentro del ambiente escolar.

Objetivos con los padres.

Generar cambios en el sistema familiar que promovieran el desarrollo emocional sano en R., a través de:

a. Conseguir que los padres fueran conscientes respecto a las repercusiones que tenía el empleo de prácticas parentales negativas en el desarrollo socio-afectivo de su hijo.

- b. Lograr el establecimiento de acuerdos respecto a la crianza del menor.
- c. Concientizarlos sobre las capacidades y limitaciones de R.
- d. Promover la adherencia a la intervención neuropsicológica que recibía el menor.

Resumen del proceso terapéutico

La modalidad de intervención del proceso terapéutico con R. fue individual, desde un enfoque de terapia de juego integrativa; estuvo constituido por un total de cincuenta y nueve sesiones, como puede observarse en la tabla 9.

Tabla 9.

Resumen del proceso terapéutico con R.

Modalidad de trabajo	No. de sesiones
Evaluación	10
Intervención individual	27
Orientación a padres antes del cierre	10
Juego familiar	1
Cierre	3
Sesiones totales hasta el cierre	51
Orientación a padres después del cierre con R.	8
Total de sesiones	59

Nota: A lo largo del tratamiento, los padres cancelaron su asistencia a las sesiones en cinco ocasiones por diversos motivos, las cuales no se contemplaron en el número total de sesiones.

Terapia de juego Gestalt.

Este enfoque terapéutico plantea el uso de técnicas que permitan, a través del uso de materiales poco estructurados⁴, la expresión del mundo interno del niño. También se emplean técnicas vivenciales en las que se fomenta la creatividad, la espontaneidad, el contacto con el cuerpo y los sentimientos en el aquí y el ahora, para promover en el niño la toma de consciencia sobre sus acciones y de sus necesidades afectivas. Se hace uso de la fantasía, el dibujo, la relajación y la visualización para favorecer el contacto con las emociones y la libre expresión (Oaklander, 2001).

Terapia de juego cognitivo conductual.

Durante el proceso de terapia se enfatiza la participación activa del niño, fomentando la toma de control, dominio y responsabilidad para poder modificar su comportamiento. Las intervenciones están basadas, en gran parte, en el modelamiento, el cual permite adquirir, reforzar o debilitar ciertas conductas.

La TJCC se basa en el empleo de actividades estructuradas orientadas a las metas y la solución de conflictos, fomentando la espontaneidad por parte del niño durante las sesiones (Schaefer, 2012).

⁴ Desde esta postura se trabaja con materiales que ofrezcan al niño experiencias táctiles y kinestésicas, y que promuevan el contacto consigo mismo y con sus sentidos; tal es el caso de la arcilla, la masa, la arena, el agua, entre otros (Oaklander, 2001).

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

“Los niños sólo pueden ser realmente felices cuando se les permite ser ellos mismos en la forma en que fueron creados”.

Rinda Blom

Es importante recordar que el proceso terapéutico del niño, desde la terapia de juego Gestalt, se refiere a la manera en que éste se presenta a sí mismo ante el mundo y la manera en que satisface sus necesidades.

En general, R. era un niño tranquilo, humilde y de trato fácil, que solía mostrarse introvertido y cauteloso, especialmente ante situaciones desconocidas o sobre las que percibía poco control; solía tomar su tiempo para establecer contacto con otras personas, lo cual pudo notarse en su interacción con la terapeuta al inicio del proceso. Se apreciaba que se trataba de un niño con un ritmo lento y un nivel de actividad que iba de moderado a bajo. Se orientaba más hacia las personas que hacia la tarea, lo que se reflejaba en su preferencia por situaciones familiares, su interés por agradar a los demás y recibir aprobación por parte de éstos, siendo frecuente que buscara apoyo en personas a quienes percibía como cercanas.

Debido a su cautela y búsqueda de apoyo constante, así como al estado de vulnerabilidad que experimentaba debido a la fragilidad del *self* y la inestabilidad familiar (por los conflictos de pareja entre sus padres), lo cual generaba una notoria incomodidad en R., durante la terapia se consideró importante hacer énfasis en los siguientes aspectos para fortalecer su sentido del *self*: incitar la toma de decisiones por él mismo; fomentar la expresión asertiva de emociones (principalmente las de carácter negativo) y de ideas para expresar desacuerdo, pues R. solía experimentar una sensación de rechazo al exponer dichas ideas ante otros, lo que era favorecido por reacciones poco

favorables de su entorno. Dada su susceptibilidad de sentirse decepcionado, se tuvo cuidado de cumplir las promesas o tratos que se establecieron con él, como parte del proceso terapéutico.

Hay que tomar en cuenta que cada niño que llega a terapia es distinto, sin embargo, la mayoría de los pacientes comparten una característica en particular: poco conocimiento acerca de sí mismos debido a la asimilación de introyectos negativos, lo que no les permite ser quienes realmente son. Dado lo anterior, tienden a hacer uso de límites inadecuados en sus relaciones con los demás, mostrándose más preocupados por ser aceptados por quienes los rodean que por identificar sus propias necesidades (Blom, 2006).

Fases del proceso terapéutico

Para facilitar la comprensión del presente caso, éste se dividió en tres fases: inicial, intermedia y final; las cuales fueron determinadas según los cambios observados en R. respecto a cuatro aspectos, los cuales se establecieron a partir de lo planteado por Blom (2006) para la Guía de evaluación del proceso terapéutico en la terapia de juego de Gestalt: la relación terapéutica, el sentido del *self*, la capacidad de expresión emocional y el juego. En el anexo 2 se presenta la Guía de evaluación completa, en la cual se realizó una descripción de cómo se mostraba R. al inicio y al final del proceso, en relación a todos los aspectos considerados por la autora.

El análisis se hizo en función de los cuatro aspectos antes mencionados, empleando viñetas clínicas de las sesiones y evidencia visual del material trabajado en ellas para ejemplificar el desarrollo de R. al respecto, por lo que la numeración de las sesiones sigue un orden cronológico según cada aspecto descrito.

A continuación se presenta el desarrollo del proceso a lo largo de las tres fases mencionadas. En el siguiente apartado, se presenta el desarrollo de los objetivos terapéuticos planteados para el caso a lo largo de estas fases. El resumen del proceso puede observarse en la tabla 10.

Fase inicial: diez sesiones (de la once a la veinte).

“Construyendo una relación terapéutica”

Dada la importancia de poder establecer un contacto sano para el fortalecimiento del *self*, uno de los objetivos principales fue poder construir una relación terapéutica, pues, como Oaklander (2011) lo plantea, “es la piedra fundamental del proceso terapéutico” (p.174).

Así mismo, se buscó proveer, dentro del espacio de terapia, un ambiente en el que R. pudiera sentirse seguro y no juzgado por sus acciones, emociones experimentadas o manera de pensar. Se le hizo partícipe del establecimiento de los límites dentro de las sesiones.

Al inicio, el menor se mostraba bastante resistente a hablar respecto a temas que percibía como amenazantes, los cuales tenían que ver, principalmente, con la dinámica familiar que vivía en casa.

Cuando se preguntaba al menor respecto a las actividades que había tenido durante su fin de semana, solía responder que le había ido bien, aun cuando la madre hubiera informado dificultades para el manejo del menor en casa. En algunas ocasiones, cuando reconocía que lo habían regañado o castigado en casa, al intentar ahondar al respecto, solía responder “no me acuerdo”, “ya se me olvidó” (sic R.).

Si en algún momento llegaba a hablar de estos eventos negativos, lo hacía de manera breve y relativamente superficial, pues al intentar ahondar más al respecto se

negaba a hacerlo y el retiro del contacto era de manera abrupta. Mostraba dificultades para expresar, de manera verbal, su deseo por no hablar de dichos temas o cambiar de actividad. Incluso, en algunas ocasiones, llegó a taparse los ojos o la boca, denotando *no querer ver* o hablar de ello; en otras, se levantaba de su lugar sin decir nada y parecía no escuchar.

En dichas ocasiones, se le hacía saber a R. que era normal que le resultara difícil hablar al respecto y que no tenía que hacerlo en ese momento si no quería. Se respetaba el deseo del menor de no querer hablar.

Un ejemplo de esto se presentó en la sesión diecinueve, en la cual se realizó la *Silueta de emociones*. Una vez terminada la silueta se procedió al interrogatorio respecto a las situaciones y reacciones físicas relacionadas con cada emoción. Al comenzar a hablar del enojo se tapó los ojos, diciendo: “ya no, ya no” (sic. R.) y se acostó sobre el sillón. En ese momento la terapeuta le comentó que, si no quería participar en la actividad, no tenía que hacerlo, que ella estaría ahí para él cuando decidiera qué quería hacer; R. únicamente respondió diciendo “cuerno, cuernos” (sic. R.). En ese momento el menor decidió tomar el arenero y jugar con él.

De igual manera, R. demostraba estar bastante centrado en los aspectos negativos de sí mismo, lo que denotaba a través de críticas verbales hacia su trabajo y habilidades; “me quedó mal”, “no sé hacerlo” (sic. R.), las cuales eran frecuentes durante las sesiones. Así mismo, era constante que buscara la aprobación de la terapeuta y que ésta fuera quien diera solución a los problemas que se presentaban. Esto era reflejo de un *self* pobremente integrado durante esta fase del proceso. Le resultaba difícil expresar sus ideas, deseos y emociones a través de la palabra.

Debido a lo antes expuesto, se hizo uso de técnicas mucho más libres que dieran a R. la oportunidad de entrar en contacto con sus sentidos y su cuerpo, por ejemplo, a

través del trabajo con arcilla y la bandeja de arena, pues “cuando los sentidos y el cuerpo están reprimidos, la expresión emocional y un sentido del yo fuerte son mínimos” (Oaklander, 2012a, p. 39).

Por el contrario, R. se mostraba más dispuesto a hablar de cosas con las que se sentía seguro o sobre las que percibía cierto grado de dominio, como sus juegos preferidos, gustos, rutinas en casa y en la escuela, entre otras situaciones de la vida cotidianas, por las cuales la terapeuta siempre mostró interés y respeto. Tanto los temas que eran de su agrado, como el juego y el dibujo libre, ayudaron de manera importante en la construcción de la relación terapéutica.

Durante éste periodo, su juego se caracterizó por ser principalmente sensorial. Su juego solía ser con arcilla o arena mojada. Con frecuencia hacía una mezcla con alguno de esos materiales y agua; una vez que consideraba estaba lista su mezcla, tomaba palas y comenzaba a llenar frascos pequeños de plástico. Mientras la manipulaba hacía algunos comentarios como “se siente muy rico”, “me gusta el cemento en mis manos” (sic. R.). En otras ocasiones, una vez que tenía la mezcla hecha, la aventaba con fuerza dentro del recipiente.

Cuando llegaba a elegir juegos estructurados, como las canicas, mostraba dificultades para respetar los turnos y las reglas, las cuales R. modificaba para ser él quien obtuviera ventajas para poder ganar.

En la sesión once decidió jugar a las canicas, juego que consistía en aventar éstas sobre un tablero que tiene varios agujeros marcados con números que van de diez en diez hasta el cien; los jugadores, por turnos, avientan una canica y la dejan en el agujero en el que haya caído. Gana el jugador que, luego de tirar todas sus canicas (número variable), obtenga el mayor puntaje. En esa ocasión fue él quien comenzó a tirar y en varias ocasiones lo hacía dos o incluso tres veces cuando el número en el que

había caído su canica era bajo, buscando así obtener un puntaje mayor. Al llegar el turno de la terapeuta, ésta sólo tenía una oportunidad de tiro, independientemente del resultado. En ese momento, la terapeuta hizo el reflejo de lo que estaba ocurriendo diciendo, “parece que para ti es importante ganar el juego” (sic. terapeuta).

En cuanto a sus relaciones con otros, éstas se caracterizaban por la presencia de agresión, tanto verbal como física, resultado de un manejo inadecuado de emociones negativas, principalmente, del enojo. Si bien estas reacciones eran consideradas “perturbaciones de la frontera de contacto” (Oaklander, 2011, p. 31) que ayudaban al menor a protegerse de un entorno que vivía como amenazante, éstas terminaban por generarle conflictos tanto en casa como en la escuela. Por ello, se propiciaron actividades que permitieran al menor expresar la rabia sin sentirse culpable por hacerlo, como romper figuras de arcilla y plastilina, pegar a un costal o cojín; dichas actividades se realizaron dentro de un entorno seguro y con un espíritu de diversión.

Por ejemplo, en la sesión trece, el menor se acercó a los títeres y la terapeuta le preguntó si deseaba jugar con ellos, a lo que respondió “no, no me gustan los títeres” (sic.). Luego, se volteó y comenzó a golpear el títere de cocodrilo con ambos puños y la terapeuta reflejó lo que ocurría en ese momento, diciendo “este niño parece estar muy enojado” (sic. terapeuta); el menor continuó golpeando al títere por algunos minutos. En otras ocasiones, R. usaba el punching bag que se encontraba dentro del consultorio para golpearlo o patearlo, haciéndolo por varios minutos.

El principal logro de esta etapa fue la consolidación de una relación terapéutica de confianza, lo que permitió que el menor lograra reconocer que experimentaba tanto emociones positivas como negativas, y que comenzara a hablar de las situaciones que le generaban malestar emocional. Si bien las verbalizaciones al respecto aún eran limitadas, pudo expresarse a través del dibujo.

Principales intervenciones terapéuticas.

De manera general, las actividades empleadas durante este primer periodo de trabajo, se caracterizaron por ser actividades más bien libres y sensoriales, como las descritas a continuación.

AMATE (Sentimientos con colores).

La actividad consistió en preguntar al niño si sabía lo que son las emociones, escuchando y validando sus ideas; luego, se le proporcionó una definición sencilla de éstas. Con esta técnica fue posible que R. reconociera las distintas emociones que experimentaba en su vida, así como las situaciones asociadas con cada emoción; asignó un color distinto a cada una de ellas: amor, miedo, alegría, tristeza y enojo.

Silueta de emociones.

Se dibujó la silueta del menor en papel kraft para que colocara las distintas emociones que sentía en su cuerpo, el lugar en el que la sentía y las reacciones corporales ante ellas. R. logró identificar que las emociones que más experimentaba eran el enojo y la tristeza.

Dibujo libre.

Se emplearon pinturas digitales, colores, crayolas y plumones para fomentar la expresión de su mundo interno a través de la proyección.

Trabajo con arcilla.

Dadas sus cualidades, este tipo de actividad ofreció al menor experiencias táctiles y kinestésicas a través de su uso, permitiéndole el contacto con sus emociones. R. parecía disfrutar la posibilidad de manipular la arcilla, realizando un juego sensoriomotriz. En algunas ocasiones llegó a realizar figuras que relacionaba con el enojo, como “bolitas de cemento” (sic. R.), las cuales, de acuerdo con el menor, eran “las bolitas de mi enojo” (sic. R.); solía destruirlas al final de la sesión.

Juego libre.

El juego imaginativo es considerado una forma de fantasía que en este caso permitió al pequeño la expresión de preocupaciones, deseos, conflictos y temores. Se comentaba respecto a la posible relación entre lo plasmado en el juego y acontecimientos de su vida.

Fase intermedia: veintiocho sesiones (de la veintiuno a la cuarenta y ocho).

“Construyendo relaciones sanas con los demás”

Una situación que se considera relevante mencionar, fue que, durante esta fase, en la sesión veinte, desapareció un lapicero del consultorio, el cual había llamado notablemente la atención del menor en varias ocasiones anteriores. Si bien se consideró importante informar al menor al respecto, esto se hizo a través del juego.

En la sesión veintiuno se integró a las sesiones el títere de un león, llamado Leo (nombrado así por la terapeuta), el cual los ayudó a buscar el lapicero (que no apareció) de una manera lúdica y sin acusar al menor de manera directa; esto con la intención de hacer saber a R. que la terapeuta había notado que faltaba material dentro del consultorio. Se eligió este títere pues el menor había externado su gusto por él en sesiones anteriores.

En esa sesión (veintiuno), el menor parecía recordar el lapicero y al preguntarle qué creía que pudo haberle pasado, respondió: “yo no fui, pero a lo mejor alguien más se lo llevó” (sic. R.). En sesiones posteriores, en repetidas ocasiones, R. preguntaba a la terapeuta si había encontrado el “lapicero rosa” (sic. R.), insistiendo en la posibilidad de que alguien más lo hubiera tomado, aunque éste nunca apareció.

Luego de esa sesión, se decidió que Leo continuara participando en las sesiones, ya que se consideró podía facilitar la proyección emocional por parte del menor, así

como de situaciones negativas que vivía en su entorno de manera cotidiana (en casa y en la escuela); además, de permitir el trabajo de habilidades sociales.

Dichas habilidades fueron trabajadas, principalmente, a través del modelamiento y el role-playing en el juego, por parte de la terapeuta y el títere Leo. Este trabajo permitió que sus relaciones con otros fueran más asertivas, disminuyendo el empleo de las agresiones como medio de conseguir lo que quería o expresar lo que le molestaba.

Lo anterior puede verse reflejado en la sesión veintiuno, en la que el menor decidió jugar con los títeres y comenzó a contar una historia. “Eran varios animales que eran amigos, la tortuga vive en el mar y el rinoceronte en el monte. Llegan un chango y una tortuga que no son amigos de los otros, viene el esposo caballo y la esposa marranita. Luego un oso panda y un dragón le pegan a Leo (el títere del león)” (sic.). En ese momento, el papá caballo dice “yo te protejo” (sic.), mientras ataca a los animales diciendo “donde más les duele, en su corazón” (sic.), para finalmente matarlos. Después, R. tomó a un papá cangrejo (langosta) y su hijo cangrejo, quien le contó a Leo que se sentía mal porque sus amigos lo molestaban y le pegaban, por lo que él los pateaba. En ese momento, “reviven los animales malos” (sic.) para atacar a Leo. Ante este hecho, el papá cangrejo defiende a Leo y mata a los animales a patadas.

Al concluir la historia, se preguntó a R. si alguna vez le había ocurrido algo similar a lo relatado; contó que dos amigos de su escuela lo molestaban y le pegaban, por lo que los acusaba con su maestro, cosa que antes rara vez ocurría. Posteriormente, se le propuso volver a contar la historia con un final distinto. Al término de ésta, cuando los animales malos regresaron con la intención de pegarle a Leo; éste habló con ellos y les explicó que no le gustaba que le pegaran, porque le dolía y se sentía triste; les preguntó si a ellos les gustaría que él les pegara, a lo que respondieron que no. Leo propuso que, en lugar de pelear, podrían jugar juntos; Leo les presentó al resto de los

animales y comenzaron a jugar todos juntos. Al final de la sesión, se buscó ayudar a R. a reflexionar respecto a lo que Leo hizo para solucionar el problema con los animales que lo molestaban. Después de eso, el menor expresó que cuando lo molestaran en la escuela, podría hablar con sus compañeros o con la maestra. En esta ocasión, los diálogos de Leo fueron elaborados por la terapeuta, con el fin de modelar posibles soluciones alternativas a la problemática planteada en la historia.

Respecto a su juego, durante los momentos de juego libre comenzaron a aparecer, de manera repetida, temáticas de agresión, destrucción y muerte. Posterior al juego, se intentaba que el menor reconociera los aspectos de su juego que podían estar relacionados con vivencias personales.

A partir de la sesión veintidós, fue frecuente el juego de “los policías y los rateros”, como lo llamaba R. En el juego participaban el menor, el títere Leo, la terapeuta y, en algunas ocasiones, otros títeres. Entre los participantes se turnaban en papel de los policías y el ratero, a quien perseguían hasta llevar a la cárcel y en ocasiones matarlo. La dinámica del juego era muy similar la mayoría de las ocasiones; una vez que atrapaban o mataban al ratero, el juego volvía a empezar y cambiaban los papeles. En algunas ocasiones, cuando alguien disparaba durante el juego el menor se atravesaba y caía al piso o sobre uno de los sillones simulando estar herido o incluso haber muerto. Luego, el menor pedía que lo ayudaran usando el kit de médico, “cuando me muera me curan con esto, me dan las gotas del doctor” (sic. R.). Después, abría los ojos, se levantaba y decía no recordar lo que había ocurrido; el juego continuaba repitiéndose la situación antes descrita. En una ocasión, luego de caer herido sobre el sillón, R. dijo: “que viene Leo y me rescata”, por lo que éste intentó ayudarlo con el kit de doctor; “y ahora no sirve y me muero y me entierran; ahora Leo es el jefe y le dejo mi pistola y las esposas y les dicen a mis papás y vienen a verme” (sic. R.). La terapeuta

y Leo hacían lo que el menor pedía. A continuación, se levantaba y continuaba jugando hasta que era momento de recoger.

El juego de los policías y ladrones, característico de esta fase, apareció poco después de que desapareciera el lapicero del consultorio, el cual se buscó de manera cuidadosa inmediatamente después de haber concluido la sesión con el menor. Si bien no se tiene la certeza de que R. lo hubiera tomado, posiblemente su juego haya sido una manera por reparar lo que había hecho.

Por otro lado, es posible que el jugar a escenificar su propia muerte pudiera ser una manera de elaborar el duelo por la muerte de su abuelo, pues es algo que no había tenido la posibilidad de hacer hasta entonces. Para poder elaborar una pérdida, es necesario aceptarla, hablar de ella, ayudar al niño a entender lo que ocurrió, corregir ideas equivocadas que pudiera tener acerca de la muerte, así como favorecer la expresión de emociones generadas por el evento (Dyregrov, 2008); en este caso, R. logró expresar y elaborar el duelo a través de su juego. Aunque en un primer momento se negó a hablar de ello, sí fue capaz de expresarlo de manera lúdica.

Puede apreciarse cómo en dicho juego el menor transformaba su mundo según sus deseos, sin tener que enfrentar las posibles consecuencias de hacerlo en otro contexto, como en casa. Además, obtenía un control inmediato en el aquí y el ahora de sus fantasías. Esta situación era reflejo de cómo el juego le permitía repetir las experiencias displacenteras una y otra vez, hasta que logró elaborarlas y sentirse capaz de enfrentarlas. Si bien esto puede darse de manera lenta, R. *traía* a las sesiones el material conflictivo hasta que pudo resolverlo, conforme obtuvo dominio sobre eventos traumáticos de su vida, como fue la muerte de su abuelo (Fernández, 2014).

Así mismo, a través del juego se buscó que el menor pudiera reconocer la relación entre lo que plasmaba en éste y los conflictos que experimentaba en su vida

cotidiana, lo que puede verse ejemplificado en la sesión treinta y seis, en la que se trabajó con la bandeja de arena (ver figura 2). Se le pidió que hiciera una escena en la bandeja con miniaturas de animales y otros materiales de construcción; el menor colocó dentro el cocodrilo, alacrán, serpiente y león, así como algunos cubos de madera alrededor de los tres primeros animales.

Posteriormente, se le pidió que eligiera un animal para él y lo colocara en el arenero, ante lo que preguntó “¿cuál ataca más?” (sic. R.). La terapeuta le respondió que eligiera el que prefiriera. Luego, se le pidió colocar un animal para la terapeuta y otro para el títere Leo; eligió una mariposa y un lobo, respectivamente.

Una vez que había colocado los animales dentro del arenero, se le pidió que describiera la escena; explicó lo siguiente: “hay animales buenos (tiburón, lobo, mariposa y león) y animales malos (cocodrilo, mientras agrega otro al arenero, alacrán y serpiente) que se atacan [...] el cocodrilo con la serpiente, el alacrán con la serpiente, el tiburón con la mariposa, y el león con el lobo [...] los cocodrilos son más peligrosos y el tiburón se tiene que defender de ellos, los ataca cuando lo molestan” (sic. R.). Respecto a los animales que estaban rodeados por bloques de madera, comentó que se encontraban encerrados para no atacar a los demás; agregó que el tiburón se llevaba mejor con el lobo y que no le tenía miedo a nada, pues “es un mundo feliz” (sic. R.). Esta actividad permitió al menor mostrar la percepción que tenía del entorno en el que vivía. Además, era congruente con situaciones descritas por el menor en sesiones posteriores. En la sesión treinta y ocho, mientras se realizaba un dibujo del enojo, el menor comentó lo siguiente “me hace sentir enojo que me manden [...] cuando nos enojamos nos sentimos tristes enojados y amenazamos a los demás [...] una vez le pegué a mis hermanas porque me hicieron enojar” (sic. R.).



Figura 2. Escena del arenero

En cuanto a los juegos estructurados, éstos aparecían con mayor frecuencia que en la fase anterior del proceso; R. aprendió que “no siempre se puede ganar” (sic. R.) y

comenzó a introyectar las reglas no sólo de los juegos, sino también del espacio terapéutico. Además, se dio cuenta de que tenía las habilidades necesarias para poder ganar respetando las reglas establecidas.

Por ejemplo, en la sesión treinta y seis R. pidió jugar a las canicas (descrito anteriormente) junto con el títere de Leo y la terapeuta; ésta preguntó si habría reglas durante el juego, a lo que el menor respondió que sí. Una vez que comenzaron a jugar, tanto la terapeuta como R. respetaron las reglas establecidas, no así Leo, quien comenzó a tirar en más de una ocasión, movía su canica de lugar diciendo que quería un número más alto, además de mostrarse molesto por no poder ganar. Cuando esto sucedió, la terapeuta preguntó a R. qué podrían hacer para que Leo respetara las reglas. En algunas ocasiones, el menor parecía ceder ante las peticiones de Leo; por ejemplo, accediendo a que tirara en más de una ocasión, diciendo “pues sí, dale chance, déjalo que tire otra” (sic. R.). La terapeuta expresó a Leo sentirse molesta al ver que no estaba respetando las reglas y hacía trampa, R. también expresó sentirse enojado. Una vez que concluyó el juego, la terapeuta explicó que era importante que las personas pudieran expresar lo que sienten para que los demás lo sepan y se pueda llegar a un acuerdo. Además, se preguntó a R. si en alguna ocasión le había ocurrido algo similar; contó que en una clase de educación física un niño no lo dejaba jugar fútbol pues le decía que no podía jugar porque siempre perdía. Al preguntarle qué hizo, relató que primero trató de hablar con el niño diciéndole que él quería jugar; como no obtuvo resultado, lo acusó con la maestra, la cual sacó al niño y permitió que R. pudiera jugar. Se reconoció al menor haber sido capaz de solucionar la situación de una manera positiva.

Respecto a su capacidad de expresión emocional, ya reconocía abiertamente que había cosas que le generaban malestar y que las emociones negativas (como el enojo o

la tristeza) no eran malas ni debía sentirse culpable o avergonzado por ello, pues era el mensaje que solía escuchar en casa: “no llores”, “no te enojés”.

En la sesión veintitrés al preguntar cómo le había ido durante el fin de semana, respondió “más o menos, no me gusta mi casa” (sic. R.). Al preguntarle más al respecto, comentó “porque mis papás siempre me regañan [...] por jugar pesado con mis hermanas” (sic.). Añadió que cuando ellas lo molestan él no responde, sólo les pega. Se le preguntó si consideraba que pegar fuera correcto, a lo que respondió que no. Se le propuso buscar otras soluciones cuando eso sucediera, a lo que respondió “puedo platicar” (sic. R.).

Como parte del trabajo para fomentar la expresión asertiva de emociones negativas, se emplearon varias técnicas para la regulación del enojo, lo que permitió que R. encontrara otras maneras de expresar sus sentimientos, especialmente en sus relaciones en casa, donde fue capaz de poner palabras a lo que quería y sentía; aprendió a expresar su enojo en lugar de actuarlo.

Así pues, se comenzó por hablar al respecto al enojo que experimentaba, una vez que estuvo listo para hacerlo; además, se realizaron actividades como hacer el dibujo de su enojo, una lista de las situaciones que lo hacían sentir enojado y ayudarlo a reconocer las señales de alerta en su cuerpo ante dicha emoción. De igual forma, se buscaron maneras en las que el menor pudiera expresar su enojo de manera segura.

En la sesión treinta y ocho se le propuso hacer el dibujo de su enojo. En un inicio, se mostró un poco renuente a hacerlo, sin embargo, cuando la terapeuta le dijo que ella también haría el suyo, R. pareció entusiasmado y comenzó a dibujar. El menor trabajó en una hoja de rotafolio, con un pincel para no ensuciarse, la terapeuta por su parte, usó las pinturas dactilares trabajando con las manos; por lo que a los pocos minutos R. comenzó a hacerlo también, mezclando distintos colores y diciendo “esto es

muy divertido” (sic. R.). En ese momento, la terapeuta reflejó lo que ocurría diciendo “parece que te diviertes cuanto intentas cosas nuevas” (sic. terapeuta). Una vez que todos habían terminado su dibujo, compartieron lo que había hecho; el menor explicó “mi enojo es morado, muy grande [...] podría ser más chiquito” (sic. R.). Relató que cuando se enojaba hacía “maldades” (sic. R.), como no ayudar a sus papás o hermanas con las cosas que le pedían; agregó que, para sentirse menos enojado, pintaba y hacía dibujos.

Al término de la sesión pidió jugar a las canicas, momento en que recordó lo que había ocurrido anteriormente, cuando Leo (el títere) se enojó por haber perdido; R. preguntó a Leo “¿hoy vamos a jugar pero no te vas a desesperar?” (sic. R.), a lo que Leo respondió diciendo que intentaría mantenerse más tranquilo; R. agregó “si te sientes enojado no nos grites ¡eh!, juntos sacamos el enojo” (sic. R.).

A través de situaciones como las antes descritas, el menor pudo darse cuenta de que no tenía nada de malo expresar sentimientos como el enojo, siempre y cuando ello no implicara lastimarse a sí mismo o a otras personas.

Por otro lado, en esta fase, R. era capaz de decidir cuándo interrumpir el contacto de manera apacible, lo cual es parte importante del desarrollo del *self*, pues se sabe que parte de la capacidad de contactar con otros de manera sana tiene que ver con retirarse cuando la persona no se siente cómoda con cierta situación, lo que R. ya era capaz de hacer.

De esta manera, uno de los aspectos a destacar en esta etapa tiene que ver con la capacidad de contacto de R., quien ya se mostraba más cómodo al momento de poder establecerlo y lograba mantenerlo.

En alguna ocasión, *se atrevió* a hablar de la muerte de su abuelo, tema que hasta entonces no había querido compartir en el espacio. Reconoció que lo extrañaba mucho y

que le hacía falta, pues era una persona importante para él. Por primera vez dentro del consultorio *se permitió* llorar frente a la terapeuta, lo que reflejaba que se sentía seguro dentro del consultorio.

Además, cuando se hablaba de temas como las discusiones entre sus padres, la muerte de su abuelo, entre otros, el menor tenía la capacidad de expresar verbalmente su deseo por no hablar de ello o cambiar de tema, retomándose en otra ocasión.

Por ejemplo, en la sesión cuarenta, mientras hablaba de su abuelo, comentó “ya hay que hablar de otra cosa, no me hagas recordar eso, me pone triste” (sic. R.), lo que denotaba que era capaz de expresar de manera verbal lo que sentía.

En la sesión cuarenta y siete la madre del menor comentó que se habían establecido algunos acuerdos con el menor para que éste comenzara a hacerse responsable de guardar sus cosas en su lugar. Una vez que esto se había compartido con su mamá, ésta le preguntó a R. qué ocurría, pues parecía que el menor iba a llorar, quien respondió diciendo “ya no quiero que se peleen tú y mi papá” (sic.), ante lo que la madre respondió rápidamente diciendo que no habían peleado últimamente. Al preguntar a R. cómo se sentía, respondió “triste en mi corazón” (sic.). En ese momento, se le brindó el tiempo y espacio para expresar su emoción y se tranquilizara con la ayuda de su madre. En la siguiente sesión, al hablar respecto a lo que había pasado, se identificó que el menor tenía la idea de que sus padres peleaban por su culpa. También se trabajó con los padres para que las cuestiones de pareja no fueran discutidas delante de sus hijos.

En todo momento se respetó cuando el menor pedía no hablar de dichos temas y se validaban las emociones que experimentaba, haciéndole saber que todos, en algún momento dado, podían sentirse así.

Por otra parte, si bien continuaba pendiente de la aprobación de la terapeuta, se mostraba mucho más propositivo durante las actividades, reconocía que había cosas que podía hacer solo e intentaba resolver las dificultades por sí mismo; si bien aún expresaba su inconformidad cuando algo no le salía como quería, con el apoyo de la terapeuta era capaz de rectificarlo y volverlo a intentar, dándose cuenta de que era capaz de lograrlo; esto le permitió tener la sensación de dominio sobre lo que ocurría en el consultorio.

Lo anterior pudo observarse en la sesión cuarenta y tres, en la que se le pidió a R. que hiciera el dibujo de un termómetro para ayudarlo a reconocer las señales de alarma cuando se sentía enojado. Luego de buscar imágenes de termómetros, R. eligió una y pidió ser él quien hiciera el dibujo, por lo que la terapeuta respetó su decisión y reforzó su iniciativa externándole que era algo positivo que quisiera hacerlo por sí mismo. Durante su ejecución preguntó de manera constante a la terapeuta si lo que hacía estaba bien; Karla (la terapeuta) le reflejó que al parecer era importante para él que los demás le dijeran que lo estaba haciendo bien, a lo que R. respondió “sí, porque si no me pongo triste” (sic. R.).

Mientras pintaba el termómetro se dio cuenta de que se salía de la línea al hacerlo, repitiendo en varias ocasiones “¡chin!” (sic. R.). La terapeuta preguntó qué podían hacer cuando algo no salía como esperaban, a lo que contestó “lo puedo meter a la línea” (sic. R.). Se le reiteró que cuando las personas se equivocan puede volver a intentarlo. Una vez que concluyó el dibujo del termómetro pidió a la terapeuta escribir la palabra termómetro al lado del dibujo, lo cual hizo de manera muy cuidadosa (ver figura 3).

Al concluir el dibujo pidió tomarle una foto a lo que hizo, haciéndolo de nuevo él solo. Se le devolvió que, al parecer, era importante para él tener un recuerdo de lo que

había hecho ese día; respondió “para que me recuerdes cuando me vaya” (sic. R.). La terapeuta le reflejó que para él era importante que ésta se acordara de él aún cuando ya no estuviera; R. asintió con la cabeza.

Las técnicas empleadas durante esta fase del proceso fueron mucho más estructuradas que en la fase anterior, con el objetivo principal de que R. pudiera reconocer los aspectos positivos en él y comenzara a cuestionarse la validez de introyectos negativos que había asimilado, principalmente, en el entorno familiar, p.e. “eres un burro”, “nada te sale bien”, “no puedes hacer nada”. Estos logros ayudaron a fortalecer su autoestima y confianza en sí mismo.

Si bien algunas de las técnicas empleadas en esta fase (más estructuradas) se intentaron emplear desde la fase inicial, el menor no lograba engancharse con ellas de la manera esperada, debido, principalmente, a la gran dificultad que mostraba para contactar con él mismo y lo que ocurría en su entorno. Por el contrario, conforme logró entrar en contacto consigo mismo, fue capaz de involucrarse en el trabajo que dichas técnicas implicaban.

Los principales logros de esta fase fueron que el menor consiguió reconocer sus emociones y tener mayor control sobre ellas, pudo reconocer algunas de sus fortalezas y habilidades, cuestionar la veracidad de comentarios negativos por parte de otros respecto a su persona y respetar los turnos y las reglas de los juegos y del espacio de terapia; sus relaciones con otros eran más saludables (disminución de las agresiones en casa y en la escuela). A medida que el sentido de su yo se fortalecía, pudo reemplazar las conductas fallidas por formas de contacto más seguras, eficaces y satisfactorias con su entorno.

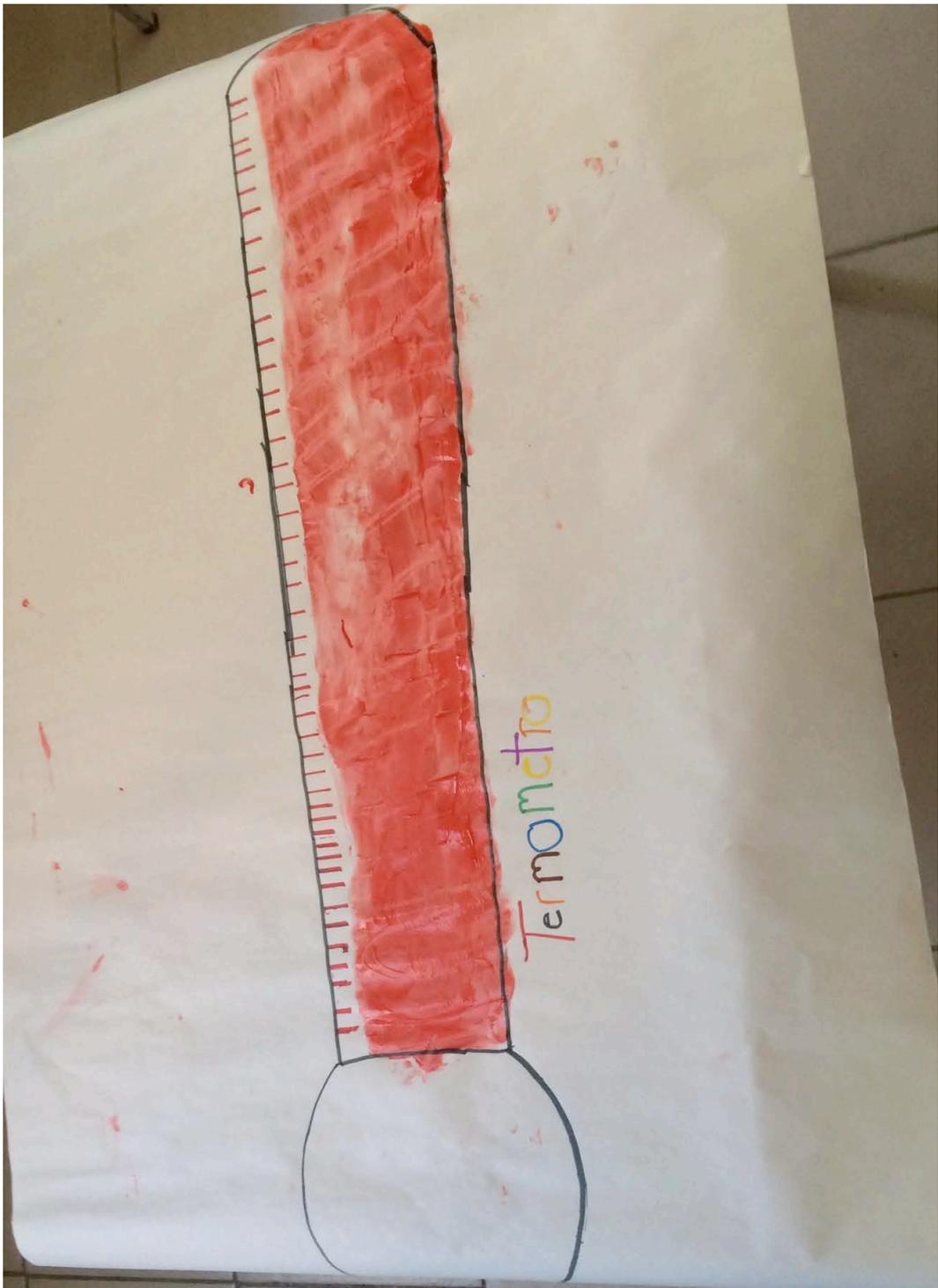


Figura 3. Dibujo del termómetro del enojo realizado por R.

Principales intervenciones terapéuticas.

Títere Leo.

Se incorporó el títere de Leo, un león, a las sesiones de trabajo, con la idea de promover la identificación del menor con alguien a quien percibiera con igual jerarquía que él. Esta técnica permitió la identificación de R. con el títere, así como la proyección de problemáticas o situaciones que le preocupaban. Se eligió ese títere pues había llamado la atención del menor en sesiones anteriores.

Juego libre.

En este caso, R. presentó de manera repetida un juego relacionado con agresión, destrucción y la escenificación de su propia muerte, lo que fue asociado con posibles ideas y fantasías de muerte que posteriormente fueron expresadas por el menor de manera verbal.

La bandeja de arena.

Se pidió al menor que realizara una escena en la bandeja de arena, observando atentamente los materiales que empleaba, así como el patrón, la dinámica y contenido del juego. Luego de terminar la escena se le solicitó que eligiera uno de los personajes para poder hacerle algunas preguntas y, posteriormente, indagar si encontraba alguna relación entre los posibles conflictos plasmados en el arenero y su vida cotidiana.

Comprobación de evidencias.

Ayudó a enseñar al paciente a cuestionar las fuentes de las cuales obtenía la información para mantener sus ideas irracionales. En el caso de R. se observaba la presencia de la abstracción selectiva, pues solía ignorar ciertas piezas de información, centrándose sólo en aquella que confirma su punto de vista, por ejemplo “mis papás siempre me regañan” (sic. R.). Se enseñó al menor a considerar y cuestionar todas las evidencias.

Ventajas y desventajas.

En conjunto con el paciente se generó una lista de ventajas y desventajas de mantener alguna conducta en especial, en este caso, pegar a sus compañeros cuando se sentía enojado cuando lo molestaban. Con ello se buscó disminuir la frecuencia del pensamiento dicotómico, logrando una perspectiva más adaptativa en el menor, quien pudo identificar que una mejor opción era acusar a sus compañeros con la maestra o sus papás.

Modelamiento y role-playing.

Se empleó para demostrar a R. alternativas de solución ante conductas que resultaban inadecuadas, como pegar o insultar. El modelamiento se enfocó en desarrollar habilidades sociales como la asertividad y el establecimiento de límites en las relaciones con sus pares, padres y hermanas.

Silueta ABC para niños.

Silueta de un niño acorde al sexo del menor para que pudiera identificar la relación existente entre los pensamientos, emociones, reacciones corporales y conductas ante las situaciones que enfrenta. La silueta consistía en el dibujo de un niño en una hoja tamaño carta, que fue llevada por la terapeuta con la finalidad de ser llenada en la sesión.

Psicoeducación del enojo.

Se realizó un “Volcán del enojo” para representar lo que ocurría cuando el menor se enojaba. También se hizo un “Termómetro del enojo” para que el menor lograra identificar las señales que reconocía en su cuerpo cuando se enojaba. Lo anterior con la finalidad de que aprendiera a regular dicha emoción.

Paro de pensamiento: “El semáforo del enojo”.

Para detener el flujo de pensamientos disfuncionales antes de que éstos avancen.

Se pedía al menor que cuando comenzara a sentir las señales del enojo identificadas en el “Termómetro del enojo”, se dijera a sí mismo ¡detente!, evitando así que la intensidad de la emoción continuara aumentando.

Técnicas de relajación.

Se emplearon para ayudar a R. a relajarse y así disminuir la intensidad de la excitación emocional en un momento dado. Se trabajaron dos técnicas: respiración de globo y burbujas de colores.

“Alternativas a mi enojo”.

En conjunto con el menor, se propusieron varias ideas que consideraba le podían ser útiles para disminuir la intensidad de su enojo. Entre las actividades planteadas se encontraban romper una hoja de papel, pegar a una almohada, inflar un globo y patearlo, entre algunas otras. Se pidió apoyo de los padres para la implementación de las técnicas en casa. Dichas alternativas ayudaron al menor a regular sus emociones fuera del consultorio, especialmente inflar un globo y pegar a la almohada; tanto R. como sus padres reportaron el uso de las técnicas en casa.

“Mi diario”.

Esta técnica sirvió como medio de comunicación entre lo que ocurría en casa y el espacio de terapia. Se hizo un pequeño cuaderno que R. se llevaba a casa cada sesión y debía traer la siguiente ocasión; en él podía dibujar o escribir situaciones que quisiera compartir con la terapeuta. Si bien no recordaba llevarlo a todas las sesiones, argumentando haberlo olvidado, lo hacía con cierta regularidad. En él solía colocar cosas relacionadas con la dinámica familiar, como discusiones con sus hermanas y sus padres, cuando éstos llegaban a discutir frente a él, cuando lo habían regañado o no había ayudado con algún quehacer doméstico, así como situaciones ocurridas en la escuela, especialmente, relacionadas con la relación con sus pares.

Fase de cierre: tres sesiones (de la cuarenta y nueve a la cincuenta y uno).

“Despidiéndome del espacio de terapia”

Después del trabajo realizado con R. y los logros obtenidos, aunado a que la terapeuta estaba por concluir su estancia en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, se decidió concluir el proceso terapéutico del menor. Se consideró que el alta podía ser una oportunidad para que, tanto el menor como su familia, integraran y asimilaran lo que habían aprendido en la terapia.

Después de platicarlo con los padres, la terapeuta informó al menor la decisión de terminar el proceso. Tanto a los padres como a R. se les explicaron las dos razones antes mencionadas, relacionadas con el alcance de los objetivos terapéuticos planteados al inicio y con la partida de la terapeuta del centro.

En la sesión cuarenta y nueve, cuando se comunicó a R. el cierre del proceso, éste comentó “ya no faltaré a la escuela y voy a descansar” (sic. R.). En esa ocasión se despidió de Leo diciendo “te va a querer mucho” (sic. R.). Posteriormente, en la sesión cincuenta se retomó el tema, R. recordaba lo que se había platicado la sesión anterior y dijo sentirse “un poquito contento y poquito triste [...] porque ya no voy a venir, pero voy a ir a la escuela todos los días” (sic. R.). El menor logró reconocer que al inicio del proceso se sentía triste y enojado, era grosero con sus papás y no hacía su tarea; “me fui encontentando y ya hago mis tareas” (sic. R.).

En el caso de los padres, éstos tomaron la noticia con cierta sorpresa, pues si bien reconocieron que su hijo había tenido avances importantes, como que R. ya no se enojaba tanto en casa, era más afectivo con ellos, hacía su tarea sin necesidad de discutir al respecto, se mostraba más cooperativo respecto a los quehaceres del hogar y había disminuido la agresión física y verbal (tanto en R. como en ellos), expresaban incertidumbre respecto a lo que podría ocurrir si el menor dejaba de asistir a las

sesiones; “no quiero que se nos venga abajo”, expresó la madre. Por ello, se les hicieron notar los cambios positivos que habían tenido a lo largo del proceso, enfatizando que las habilidades que habían aprendido les permitirían hacer frente, de una manera más saludable, a las dificultades que pudieran surgir en relación a la crianza de su hijo.

Debido a lo anterior, y con la intención de que el cierre del proceso fuera de manera paulatina con los padres y se sintieran más seguros de su capacidad de afrontar situaciones problemáticas, se decidió que la supervisora del presente caso continuara trabajando con ellos en algunas sesiones de orientación (ocho sesiones).

En cuanto a los cambios apreciados en el menor en esta fase, se observó que, al término del proceso, R. era capaz de establecer un contacto constante tanto con la terapeuta como con otras personas; no sólo lo buscaba, sino que lo mantenía y era capaz de poner límites de manera asertiva.

Así mismo, se observó un mayor autoconocimiento por parte de R., quien podía hablar de sus emociones (tanto positivas como negativas), lo que le ocurría en casa y en la escuela, así como sus habilidades y fortalezas. De igual forma, fue capaz de reconocer los avances que tuvo a lo largo del proceso “ya no voy a venir porque ya superé mis miedos [...] antes te decía que tú hicieras las cosas y ahora las hago yo” (sic. R.).

En cuanto a la expresión emocional, logró regular el malestar emocional que experimentaba en ciertas ocasiones y hablar al respecto. Al final del proceso R. toleraba de una mejor manera la frustración generada por diversas situaciones, como que no siempre se hiciera lo que él quería. “Todos tenemos derecho a enojarnos” (sic. R.), expresó al final de la sesión cuarenta y dos, en la que se realizó el Volcán del enojo.

Respecto a sus relaciones con otras personas, éstas comenzaron a ser más saludables. En casa tuvo la posibilidad de buscar formas más adaptativas de obtener la

atención y afecto que esperaba por parte de sus padres. La agresión tanto física como verbal disminuyeron, pues ahora era capaz de poner palabras a lo que sentía. Además, el trabajo que se realizó con los padres permitió que éstos también cambiaran la manera en que solían relacionarse con su hijo.

Por ejemplo, los padres, en especial la madre, refería regular su enojo de una manera más saludable, “cuando me hacen enojar me voy a mi cuarto o me salgo a dar una vuelta” (sic. mamá), lo que la ayudaba a resolver las situaciones con R. de manera asertiva, sin llegar a la agresión verbal. El padre, por su parte, refería hacer el intento por pasar más tiempo en casa, aunque le resultaba complicado debido a su trabajo. Incluso, al salir de las sesiones, la madre se mostraba más afectuosa con R., abrazándolo o sonriendo al verlo, a diferencia del inicio del proceso.

Por otro lado, en la escuela, era capaz de buscar la ayuda un adulto o intentar poner límites cuando alguno de sus compañeros lo molestaba o no le permitían jugar. No se reportaban problemas de conducta en el aula.

En la sesión cuarenta y nueve, antes de salir del consultorio se despidió del títere Leo y le preguntó: “¿te acuerdas cuando la chocamos muy fuerte y me dolió?, que Karla nos decía algo” (sic. R.). Leo le preguntó si aún recordaba lo que aquella les había dicho anteriormente; R. respondió “que nos cuidáramos y no las chocáramos tan fuerte” (sic. R.).

Se logró que R. modificara ciertos aspectos de su conducta a través de la resolución de problemas específicos y la toma de conciencia de quién es él. La última sesión decidió invitar a sus padres a la sesión; únicamente asistió su madre, a quien pudo compartir los cambios que había hecho a lo largo de su proceso terapéutico, como que en ese momento ya no peleaba tanto con ella ni sus hermanas, no gritaba, hacía su tarea y se sentía feliz.

Principales intervenciones terapéuticas.

“Lo que aprendí en terapia”.

En una hoja de rotafolio se pidió al menor que plasmara las cosas que había aprendido a lo largo del proceso terapéutico. Se fue comentando respecto a cada una de ellas, reconociendo y validando los cambios que había logrado (ver figura 4).

“Cuando tenga algún problema...”.

Esta técnica tuvo el objetivo de ayudar al menor a anticipar lo que podría hacer, en el futuro, cuando tuviera algún problema. Entre las opciones que el planteó fueron: “pedir ayuda”, “decirle a mi mamá”, “hacerlo yo” (sic. R.). Se enfatizó que, si bien en ocasiones se puede necesitar la ayuda de otras personas, en otras él podía intentar resolver la situación solo. Se ejemplificó al menor, con situaciones ocurridas dentro del consultorio, las veces que él había propuesto soluciones que habían funcionado.

En el anexo 3 se presenta una lista con técnicas empleadas a lo largo del proceso terapéutico con R., así como la explicación brindada por los autores para cada una de ellas.

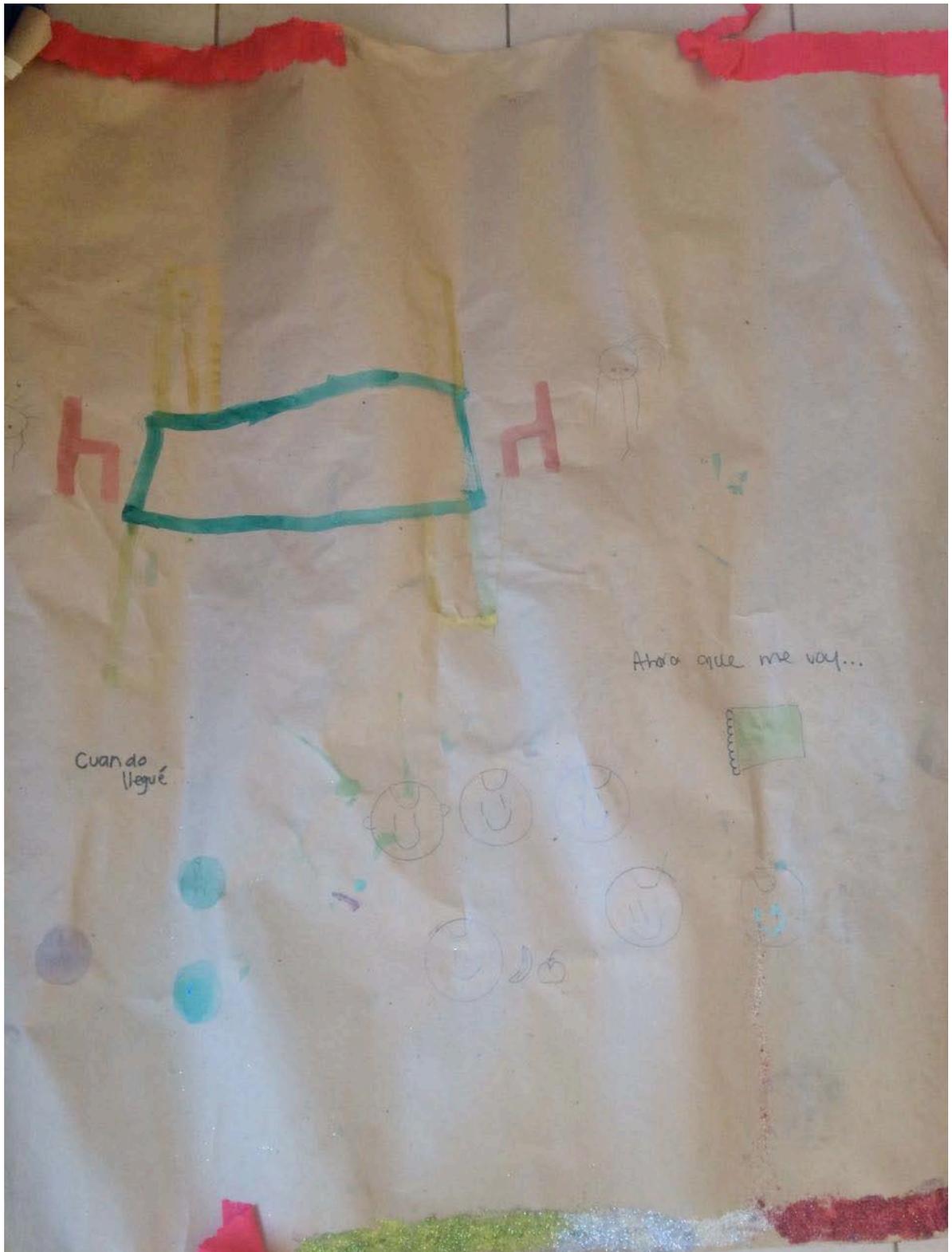


Figura 4. "Lo que aprendí en terapia".

Tabla 10.

Resumen de las fases del proceso terapéutico con R.

	Fase inicial	Fase intermedia	Fase de cierre
Relación terapéutica	Retiro abrupto de contacto. Resistencia ante temas amenazantes.	Mayor capacidad de contacto.	Contacto constante: lo busca, mantiene y pone límites.
Sentido del <i>self</i>	Pobrementemente integrado: dificultad para contactar, centrado en lo negativo, inhibido.	Menor necesidad de aprobación. Reconoce sus fortalezas. Sensación de dominio.	Mayor autoconocimiento. Reconoce avances en el proceso.
Expresión emocional	Limitadas verbalizaciones. Expresión a través de dibujos. Manejo inadecuado del enojo.	Reconoce malestar emocional. Aceptación de emociones negativas.	Regula el malestar emocional. Mayor tolerancia a la frustración.

Juego	De tipo sensorial.	Surgen temas de destrucción y	Destrucción y muerte.
	No respeta reglas.	muerte.	Respeta reglas y turnos.
		Respeta más las reglas.	Juegos estructurados y en equipo.

Análisis por objetivos

A continuación, se presenta el análisis del proceso terapéutico que se realizó con R. a través del análisis por objetivos, describiendo y ejemplificando los avances observados en relación a los focos de intervención previamente expuestos. Al final, se muestra el análisis del papel desempeñado por la terapeuta a lo largo del trabajo con R. y sus padres.

Identificación, reconocimiento y expresión emocional asertiva.

Al comienzo del proceso el menor se mostraba bastante renuente a hablar acerca de sus emociones, por lo que fue a través del dibujo libre que pudo expresar el malestar emocional que vivía. En una ocasión, después de una pelea con su madre, hizo el dibujo de un sol y explicó lo siguiente (ver figura 5), “es un sol que está triste por lo que le dijo a su mamá, que no sabía planchar, me metí en la plática [...] le dije que no la quería, que la odiaba” (sic. R.). Así, fue capaz de relatar la situación que había ocurrido en casa con su madre, pues le resultaba menos amenazante expresarse a través de la proyección en un dibujo o creación artística. En ese momento se trabajaron también aspectos relacionados con la validación de las emociones, al hacerle ver que era normal que ciertas situaciones lo hicieran sentir triste, incluso llorar.

Para el trabajo emocional, se comenzó por indagar qué tanto sabía R. al respecto: qué emociones identificaba y si las asociaba con situaciones específicas. El menor refirió en un inicio que las emociones “es cuando algo me sucede” (sic. R.).

A través de la técnica AMATE se fomentó el reconocimiento de las emociones básicas: amor, miedo, alegría, tristeza y enojo, para relacionarlas posteriormente con situaciones específicas. El menor expresó sentir amor cuando jugaba con sus amigos, convivía con sus padres y el amor de éstos. Asociaba el miedo con situaciones como ser

molestado o “que me den palizas mis amigos de la escuela” (sic. R.). Explicó sentirse alegre cuando le festejaban su cumpleaños o lo hacían reír. Respecto a la tristeza, compartió sentirse así cuando le pegaban, lo insultaban o se caía. Finalmente, expresó sentir enojo cuando otras personas lo molestaban o insultaban, por ejemplo, su madre.

Esta actividad permitió que R. identificara y expresara las situaciones que generaban en él diversas emociones, así como establecer una relación entre éstas y diversos sucesos en su entorno.



Figura 5. Dibujo de un sol

Posteriormente, a través de la silueta de emociones (ver figura 6) se ayudó a R. a reconocer en qué parte de su cuerpo sentía cada emoción, así como algunas de las reacciones corporales que asociaba con cada una de ellas. El menor compartió que el

enojo era la emoción que ocupaba más espacio en su cuerpo y añadió “mi corazón está triste” (sic. R.), aunque dijo no querer hablar más al respecto.



Figura 6. Silueta de emociones

Debido a lo encontrado durante la evaluación y lo expresado por el menor en algunas sesiones, se consideró importante brindarle un espacio en el que pudiera expresar y hablar acerca del enojo que sentía.

En un inicio, el paciente consideraba que “enojarse es malo” (sic. R.), lo que posiblemente estaba relacionado con el entorno familiar en el que vivía, en el cual no se fomentaba el reconocimiento ni la expresión de emociones, como el enojo o la tristeza; esto se reflejaba a través de frases de los padres como “no te enojas, ¡ya estás llorando!, ¿por qué te enojas?, de todo te enojas” (sic. padres). Aunado a esto, el menor vivía, de manera cotidiana, las consecuencias de que sus padres, especialmente su madre, tuvieran dificultades para regular su enojo, como ser agredido física y verbalmente por ellos. Poco a poco, se consiguió que el menor reconociera que las emociones no son malas y que todas las personas pueden sentirse enojadas a veces. Se resaltó la importancia de no hacer cosas que pudieran lastimar a otras personas o a sí mismo. R. agregó que “cuando nos enojamos podemos sentirnos tristes o enojados y amenazamos a los demás” (sic. R.); se acordó que, junto con Leo (el títere) y la terapeuta, buscarían la manera de expresar la rabia de manera asertiva, “sin lastimar a nadie” (sic. terapeuta).

A través del volcán del enojo (ver figura 7), R. logró darse cuenta de lo que podía ocurrir cuando se enojaba mucho; éste pudo verbalizar que cuando se sentía muy enojado pegaba a sus compañeros y hermanas, gritaba a sus padres o “digo malas palabras” (sic. R.).

En una sesión, el menor expresó su idea de que no todas las personas se enojan, argumentando que su hermana mayor “nunca se enoja” (sic. R.). Para poder contrastar su idea con la evidencia tanto a favor como en contra, se le pidió que preguntara a su hermana si alguna vez se había sentido enojada y qué situaciones la hacían sentir así. Con ello, el menor pudo identificar, con gran sorpresa, que su hermana también se

enojaba, “pero poquito” (sic. R.). A través de formatos de registro, R. pudo darse cuenta de que otras personas también se enojan y no necesariamente por cuestiones relacionadas con él.



Figura 7. Volcán del enojo.

Posteriormente, se realizó el dibujo del “Termómetro del enojo” (ver figura 3) como parte del trabajo para la regulación de dicha emoción; esta técnica permitió identificar las señales de alarma relacionadas con el enojo, como pensamientos, sensaciones corporales y forma de hablar. Con ello se ayudó al paciente a reconocer en qué momento *detenerse* para que su enojo no se *hiciera más grande*. Además, se trabajaron estrategias de relajación para *bajar la temperatura* y que lograra sentirse más tranquilo; entonces, podían pensarse alternativas para solucionar el problema o situación y llevar alguna a cabo.

Ideas y fantasías de muerte.

Una cuestión importante que surgió a lo largo del proceso terapéutico fue la aparición de ideas y fantasías de muerte en el menor. Alrededor de la sesión número trece, C. comunicó a la terapeuta que había encontrado un dibujo “de la muerte de R.” (sic. madre), situación que naturalmente la preocupó. El menor le explicó que era el dibujo de un niño ahorcado, “me dijo que lo regaláramos a una familia que sí lo quisiera, porque ya sabía que nosotros no lo queríamos” (sic. mamá). La madre platicó con su hijo y le hizo saber que se sentía muy triste y preocupada por lo que había hecho; éste pidió perdón a su madre y dijo que no lo volvería a hacer. Sin embargo, en el consultorio, cuando la terapeuta intentó hablar con R. respecto a lo que había ocurrido, éste se rehusó a hablar al respecto.

Cabe destacar la reacción que tuvo la madre ante el dibujo del menor, pues de alguna manera contradecía la idea expresada por R. de que en su casa no lo querían. En ese momento, la madre se mostró preocupada y pudo externar su tristeza y preocupación a su hijo, lo que fue considerablemente distinto a la manera en que solía reaccionar ante la conducta de R.; en vez de agredirlo o castigarlo, se mostró empática con él.

En sesiones posteriores, surgieron temas relacionados con su propia muerte en el juego. Al inicio, entre él, el títere Leo y la terapeuta se turnaban para ser “el criminal”, como él los llamaba, mientras los demás eran policías que perseguían al criminal hasta matarlo. Mientras alguno de los policías apuntaba a los ladrones, R. se atravesaba diciendo que le habían disparado, tirándose sobre un sillón, simulando haber muerto. En algunas ocasiones pedía a la terapeuta y a Leo que lo revivieran usando el kit del doctor, mientras que en otras expresaba su deseo por que se hiciera la escenificación de su funeral.

En este juego era R. quien dirigía la situación, tomando el papel de narrador. Pedía a Karla y a Leo que reaccionaran de cierta manera, diciéndoles lo que esperaba que dijeran o hicieran, por ejemplo “ahora van por lo del doctor y me pican”, “ahora me tomo eso” (refiriéndose al frasco de medicina del kit de doctor), “ahora me escuchas el corazón”, “ahora van por lo del doctor pero ya no sirve y me muero”, “y que le dejaba mis cosas a Leo para que fuera el policía” (sic. R.). En alguna ocasión, después de explicar que se había muerto, dijo a Karla “ahora vas por mis papás y todos vienen a verme”, “y ahora todos están tristes” (sic. R.).

Parecía que el representar su muerte y funeral en el juego era la manera que encontraba para expresar su deseo por sentirse querido por las personas cercanas a él (como sus padres) y confirmar su deseo de sentirse apreciado y ser extrañado en caso de que no estuviera, posiblemente, de la misma manera en que el extrañó a su abuelo cuando éste murió. Se trabajó para mostrar al menor que existían otras maneras de pedir el afecto que esperaba de otras personas, disminuyendo la posibilidad de que idealizara la muerte como solución a sus problemas, al considerarla como un camino viable para obtener la atención y el afecto que deseaba recibir.

Daba la impresión de que R. asociaba la muerte con la posibilidad de dejar de

sufrir, lo que identificó en la muerte de su abuelo, quien, según el menor, dejó de sufrir falleció. En otra de las sesiones relató el siguiente sueño: “soñé que me moría, mi abuelito venía por mí y me llevaba” (sic. R.). Al preguntarle cómo se sentía en su sueño, dijo “pues bien, feliz porque también tenía mal mi pierna” (sic. R.), como su abuelo. Al explorar más respecto a la muerte de éste, el menor describió que en una ocasión su abuelo se cayó y ya no pudo caminar pues se lastimó la pierna; a la mañana siguiente le dio un infarto. Contó que en ese momento pensó “¡qué bueno!, porque ya se iba al cielo” (sic. R.). Mientras hablaba al respecto comenzó a llorar diciendo que su abuelo le hacía mucha falta, “si él estuviera yo no estaría aquí llorando” (sic. R.). Se le propuso hacer una carta a su abuelo para despedirse de él y contarle cómo se sentía.

Se sabe que existen diversos factores de riesgo que han sido relacionados con la ideación suicida en la etapa adolescente. Entre los factores personales y psicológicos se habla de la presencia de sentimientos de tristeza, enojo y desesperanza, rigidez cognitiva, déficit para la solución eficaz de problemas, un estilo de afrontamiento evitativo, baja autoestima y baja tolerancia a la frustración. En cuanto a los factores familiares, se encuentra una escasa comunicación familiar, conflictos con y entre los padres, afecto negativo de éstos, prácticas parentales negativas, abandono emocional, sentir que los demás son poco empáticos y sensibles ante las necesidades propias, así como hostilidad y rechazo por parte de los miembros de la familia, entre otros. Finalmente, existen factores contextuales y escolares como un nivel socioeconómico bajo, acoso y fracaso escolar (Pereira & Flores Galaz, 2005; Sarmiento & Aguilar, 2011; Torres, 2013).

Una cantidad considerable de los factores previamente mencionados se encontraban presentes en la historia de vida de R., por lo que, si bien no se identificó un riesgo potencial para el suicidio, se consideró que, de no recibir una intervención

oportuna, en un futuro próximo podría llegar a presentar ideación y/o planeación suicida.

Considerando lo anterior y la renuencia del menor a hablar del tema de manera abierta, se planteó no trabajar con dichas fantasías e ideas de manera directa. Por el contrario, se buscó reducir el malestar emocional que se identificaba en R. y promover un ambiente familiar que le brindara el afecto, aceptación y seguridad que necesitaba, pues se presuponía que dicho malestar, aunado al entorno familiar en que vivía, eran los principales factores asociados con la presencia de las ideas y fantasías de muerte en el menor, la cual era vista como el escape máximo a sus problemas.

Esta situación fue difícil de manejar por parte de la terapeuta, ya que contemplar la posibilidad de que el menor pudiera hacer algo que representara un riesgo potencial para su vida fue algo que generó angustia, especialmente en el momento en que la madre (bastante consternada) la llamó para comentarle acerca del dibujo que R. había hecho. Así mismo, la experiencia de la terapeuta fue de tristeza, por un lado, al saber acerca del deseo del menor de terminar con su vida; y por otro, de cierto temor al pensar que pudiera llevar a cabo lo que había representado en su dibujo.

A pesar de ello, se consideró de suma importancia adentrarse en el tema para poder evaluar el nivel de riesgo en que se encontraba el pequeño y así tomar decisiones respecto a las intervenciones más adecuadas. Sin embargo, a pesar de los intentos por hablar de ello, R. se mostraba bastante renuente a hacerlo, por lo que se consideró que lo más apropiado era respetar su decisión de no hablar en ese momento. Además, fue de gran relevancia evitar que las emociones que experimentaba la terapeuta interfirieran en el proceso y, como la postura gestáltica plantea, respetar la resistencia del niño cuando ésta aparece durante el trabajo terapéutico.

Aun así, la situación generaba frustración e impotencia en Karla, pues a pesar de que consideraba que el tema de las fantasías e ideas de muerte era una cuestión sobresaliente que era importante resolver, fue necesario priorizar el deseo de R. de no hablar del tema, al menos en ese momento. Esto permitió que el menor pudiera darse cuenta de que el ambiente del espacio terapéutico era distinto al que vivía en casa, donde no se le escuchaba, apoyaba ni respetaba.

Así mismo, se consideró relevante hacer saber al menor que la terapeuta estaba ahí para él, mostrando un interés genuino en lo que le ocurría, sentía y pensaba, parte de lo que implicaba no forzarlo a hablar de cosas que no estaba listo para afrontar. Conforme avanzó el proceso, R. pudo expresar, a través de su juego, e incluso verbalmente, las ideas y fantasías de muerte que reflejó en el dibujo que había hecho en casa representando su muerte. Esto tranquilizó a la terapeuta, pues el menor encontró dentro de la terapia una manera de poder expresar dichas ideas y fantasías, además de adquirir herramientas para afrontar, de una manera más adaptativa, los problemas que enfrentaba en su vida cotidiana; esto ayudó a disminuir el malestar emocional que experimentaba, reduciendo el riesgo de que en un futuro pudiera hacer algo que atentara contra su vida.

Mejorar la autoestima y el autoconcepto:

a. Generar sensación de éxito en el menor.

b. Fomentar la sensación de dominio y maestría.

En un inicio el menor se mostraba bastante inseguro de expresar sus ideas, así como ante la posibilidad de que lo que hiciera no fuera aprobado por la terapeuta, por lo que solía replegarse en sí mismo y evitaba tomar decisiones dentro del consultorio.

Con el objetivo de mejorar su autoestima, autoconcepto y autoconfianza, se trabajó dentro de un espacio de aceptación plena de la persona, en el que no se enjuiciaban sus errores ni defectos; por el contrario, se enfatizó que aun cuando las personas se equivocan “no es el fin del mundo” (sic. terapeuta), demostrándole que tenía la oportunidad de volverlo a intentar, con la finalidad de descatastrofizar la posibilidad de cometer algún error. A través del modelamiento, se le mostró que cuando alguien se equivoca puede intentarlo de nuevo.

Al inicio del tratamiento R. tendía a borrar, tachar o intentar hacer de nuevo algún dibujo cuando se equivocaba, diciendo “no puedo, no me sale, no sé cómo, ya me volví a equivocar” (sic. R.); en otras ocasiones se daba por vencido con facilidad y pedía cambiar de actividad. En esas ocasiones o mientras realizaba actividades que le resultaran difíciles, se le motivaba a hacer su mejor esfuerzo pidiéndole pensar en alternativas de solución cuando la primera opción no resultaba cómo esperaba. Se reforzaba de manera positiva su empeño más que el desempeño, para que, poco a poco, fortaleciera su autoconfianza y su capacidad para tomar decisiones tanto dentro como fuera del consultorio.

Gradualmente, se logró que R. fuera más tolerante ante sus errores; con el tiempo, si bien continuaba pendiente de las ocasiones en que las cosas no le salían cómo él deseaba, se le notaba más tolerante ante la posibilidad de cometer algún error. Cuando hacía algo y la primera idea no resultaba la acertada, pensaba en otras opciones para resolver la situación en cuestión. Así mismo, se mostraba más dispuesto a participar activamente en actividades como dibujar, colorear o escribir; se observaba en el menor mayor perseverancia para poder concluir las actividades e incluso pedía ser él quien realizara los dibujos. En alguna ocasión llegó a escribir algunas palabras en sus dibujos,

a diferencia de las primeras sesiones, en las que se rehusaba por completo a leer o escribir.

A lo largo del proceso se le hicieron notar cambios que se observaban en él, por ejemplo, que se atrevía a hacer las cosas solo y buscaba opciones de solución que ponía en práctica, diferente a sesiones previas, en las que esperaba que fuera la terapeuta quien resolviera diversas situaciones.

R. exhibía una constante búsqueda de aprobación por parte de otros, como la terapeuta, sus padres y maestros, lo que podía ser reflejo de la idea introyectada de que sería aceptado únicamente si satisfacía por completo las expectativas de personas significativas en su entorno. Por ello, se le impulsó a hablar respecto a sí mismo, las cosas que le gustaban y las que no, mostrándole que las personas tienen distintas maneras de ser, pensar y actuar, lo cual no es algo malo; se le devolvía que el hecho de no hacer siempre lo que otros querían no significaba que sería rechazado o que no recibiría el afecto que esperaba.

Al final del proceso se reportó que, en la escuela, el menor intentaba hacer las cosas si se le daba la seguridad para hacerlo, a pesar del temor a equivocarse que aún presentaba. Por ejemplo, la profesora relató una ocasión en la que R. tenía que hacer una exposición frente al resto del grupo, ante lo que expresaba sentirse nervioso por la posibilidad de olvidar lo que tenía que decir; cuando la maestra le recordó que podía ver las tarjetas de apoyo que llevaba, se sintió más tranquilo y pudo hacerlo.

De igual manera, comentó que cuando R. enfrentaba alguna situación que no sabía cómo resolver, como cuando sus compañeros no le permitían jugar con ellos, buscaba su apoyo. La profesora consideraba que R. esperaba el reconocimiento constante a lo que hacía y reconocía como fortaleza en él su motivación y disposición al trabajo.

Finalmente, se trabajó en el reconocimiento de las cosas que sí era capaz de hacer, para que pudiera darse cuenta de sus logros y habilidades y, por otra parte, aceptara sus debilidades. El menor reconoció que algunas materias se le facilitaban más que otras, habló acerca de los juegos que le gustaban y las actividades que realizaba en casa para ayudar a su mamá, lo que lo hacía sentir muy orgulloso de sí mismo.

Desarrollo de habilidades sociales:

a. Respetar reglas en la interacción.

b. Establecimiento de límites de manera asertiva en las relaciones con otros.

Al comienzo del tratamiento R. solía incumplir las reglas de juegos estructurados, como las canicas, o bien modificarlas acorde a su conveniencia. Por lo que se consideró importante que adquiriera cierta estructura para el fomento del autocontrol.

Para lograrlo, una de las estrategias fue establecer diferentes momentos durante la sesión: momento de saludar, pensar, jugar y recoger, con la intención de generar estructura en la terapia, sin dejar a un lado la espontaneidad de R. Aunado a ello, se emplearon juegos estructurados en los que las reglas se establecían de manera conjunta entre R., Leo (el títere) y la terapeuta, explicando la utilidad de éstas y la importancia de cumplirlas. En un inicio, el menor mostraba dificultad para seguir las reglas, lo que podría explicarse por la baja tolerancia a la frustración que presentaba.

A través de la devolución de lo que se observaba en él, como su deseo de ganar siempre aún si tenía que modificar las reglas del juego, el pequeño comenzó a generar mayor consciencia respecto a su conducta.

Conforme las sesiones avanzaban, se observaba que R. toleraba mejor las ocasiones en que perdía, expresando “es un juego” (sic. R.) o pidiendo jugar de nuevo.

Además, se mostraba más consciente de las reglas del espacio y respetaba los momentos establecidos para el trabajo en las sesiones, siendo él quien en ocasiones señalaba que era momento de cambiar de actividad. Desde el inicio del tratamiento se mostró dispuesto y cooperativo al momento de recoger el material.

Por otra parte, a través del role-playing se modeló la importancia de establecer límites en la convivencia con otras personas de manera asertiva. Haciendo uso de juegos estructurados, Leo (el títere) era quien no respetaba los acuerdos, se molestaba cuando las cosas no salían como él deseaba y hacía trampa. Ante ello, R. y la terapeuta platicaban posibles alternativas para mejorar la convivencia con Leo. En esos casos, el menor ayudaba a Leo a recordar las reglas del juego y le pedía que las respetara, lo que reflejaba cierto grado de introyección de las normas y de la importancia de cumplirlas. Sin embargo, en otras ocasiones parecía estar de acuerdo con el hecho de que Leo hiciera trampa y se mostraba bastante complaciente con éste. Esta situación podía ser un reflejo de la idea que tenía R. de que el no hacer lo que otros pedían o esperaban (personas significativas para él), éstos podrían alejarse de él, lo que implicaría enfrentarse a la idea de sentirse poco aceptado y querido por quienes lo rodeaban.

La conducta que mostraba con el títere puede ser entendida como que el menor, en el juego, colocaba sus propios deseos (como violar las reglas) en el títere, en un intento de contenerlos en éste (cuando R. pedía a Leo que no hiciera trampa); era una manera de representar los dos aspectos que había en él, logrando exteriorizar los aspectos negativos al proyectarlos en Leo. Así, el menor logró demostrar que era capaz de controlar esa parte negativa de sí mismo, dominando al títere mientras él cumplía con las reglas del espacio. Parecía que para él era importante que Karla notara que era capaz de regularse y ajustar su conducta, así como de cumplir con los acuerdos del espacio, por ejemplo, al no llevarse el material del consultorio a casa. Esto se reflejó en

comentarios que hizo ocasionalmente en algunas sesiones al momento de recoger el material, como “mira Karla, no me estoy llevando nada”, “aquí están todos los tazos, ¡eh!”, “si quieres cuéntalas (canicas) para que veas que están todas” (sic. R.).

Los logros mencionados también se vieron reflejados en la escuela, en donde en un inicio se reportaban conductas de agresión hacia sus compañeros cuando éstos lo molestaban. Posteriormente, la profesora del menor refirió que, si bien R. no tenía amigos muy cercanos en su salón, “se lleva bien con todos” (sic. profesora), intentando poner límites en la convivencia con otros y aceptando las reglas de éstos, mostrando “una buena interacción con sus compañeros” (sic. profesora). Esto le permitió disminuir la angustia que anteriormente le generaba el hecho de no encontrar una manera eficiente para poner límites en las relaciones con sus pares, ya que para sentirse aceptado llegó a permitir que éstos fueran agresivos con él; hacia el final del proceso el menor logró expresar verbalmente los comportamientos o actitudes de otros que no le agradaban.

Además, no se reportaban problemas de conducta en el ámbito escolar, lo que fue considerablemente distinto a lo expresado por el profesor del curso anterior, quien solía quejarse de manera constante de la conducta de R., la cual describía como disruptiva dentro del salón de clases, pues consideraba que no ponía atención, se levantaba de manera repetida, no concluía sus trabajos ni cumplía con las tareas que le solicitaba y, en general, refería una interacción negativa entre R. y sus compañeros de clase, debido a la conducta agresiva exhibida por el menor.

La profesora relataba que, debido a que R. se encontraba repitiendo 4º grado de primaria, algunos de sus compañeros del ciclo anterior le hacían comentarios como “eres un burro, eres un reprobado” (sic. profesora), situación que el menor expresó en el espacio terapéutico. Cuando ello ocurría, R. buscaba otras alternativas para hacer frente a dichos problemas; en lugar de agredir a sus compañeros (tanto física como

verbalmente) los acusaba con las maestras y sus padres o expresaba su descontento con la situación.

En una ocasión el menor comentó que no tenía amigos en la escuela, pues, según relató, sus compañeros no lo habían dejado jugar a las cartas con ellos en una ocasión. Daba la impresión de que R. tendía a polarizar las situaciones como resultado de un pensamiento dicotómico, lo que se reflejaba en la idea que expresó de que el hecho de que sus compañeros no le hayan permitido jugar con ellos una única ocasión significaba que ya no eran sus amigos, dejando a un lado los momentos en los que habían jugado juntos. Por ello, se trabajó para que el menor pudiera considerar la evidencia que existía tanto a favor como en contra, en una determinada situación, y así tener un pensamiento más neutro, reduciendo el malestar emocional que experimentaba.

Aunado a lo anterior, se logró que R. fuera capaz de reconocerse a sí mismo, tanto sus fortalezas como debilidades. El menor reconoció que se encontraba cursando 4º grado de primaria debido a que algunas cosas se le hacían más difíciles que otras, aunque también pudo darse cuenta de ciertas ventajas de ello, como que tendría más tiempo para aprender ciertos temas y conocería a más niños en su escuela.

Reestructuración cognitiva.

En repetidas ocasiones, los padres comentaron que cuando regañaban a R. en casa éste se alteraba, llegando a gritar, agredirlos físicamente y llorar diciendo “no me quieren”, “siempre me regañan”, “regálenme a una familia que sí me quiera” (sic. padres), situación que los padres no sabían cómo manejar. La frecuencia con la que éstos referían que lo anterior ocurría, fue disminuyendo conforme avanzaba el proceso terapéutico del menor.

Por una parte, se trabajó con los padres para que pudieran apoyar el empleo de estrategias de relajación y actividades de distracción en casa cuando su hijo se enojara, para disminuir el incremento de la intensidad de la emoción y así evitar las agresiones. También se trabajó con ellos para brindarles algunas estrategias de respiración que podían emplear cuando lo consideraran necesario.

Por otra parte, con el menor se empleó la Silueta ABC (ver figura 8) para que identificara las emociones, pensamientos, conductas y reacciones fisiológicas asociadas al regaño por parte de sus padres o hermanas.

R. reconoció que el pensamiento automático ante dicha situación era “mis papás no me quieren” (sic. R.), lo que reflejaba distorsiones cognitivas como inferencia arbitraria, maximización de lo negativo, minimización de lo positivo y pensamiento dicotómico.

A través de la técnica “Si tú no me quisieras” (Cornejo, 1996) se logró reestructurar el pensamiento dicotómico y catastrófico que presentaba el menor ante dicha situación. R. reconoció que si sus papás no lo quisieran: “no me harían caso, no me comprarían cosas, no me darían de comer, no me dirían que me quieren, no me abrazarían, no me traerían aquí” (sic. R.). Se buscó que esto fuera reforzado por los padres en casa, al cambiar la manera en que se relacionaban con su hijo y ser más empáticos y afectuosos con él.

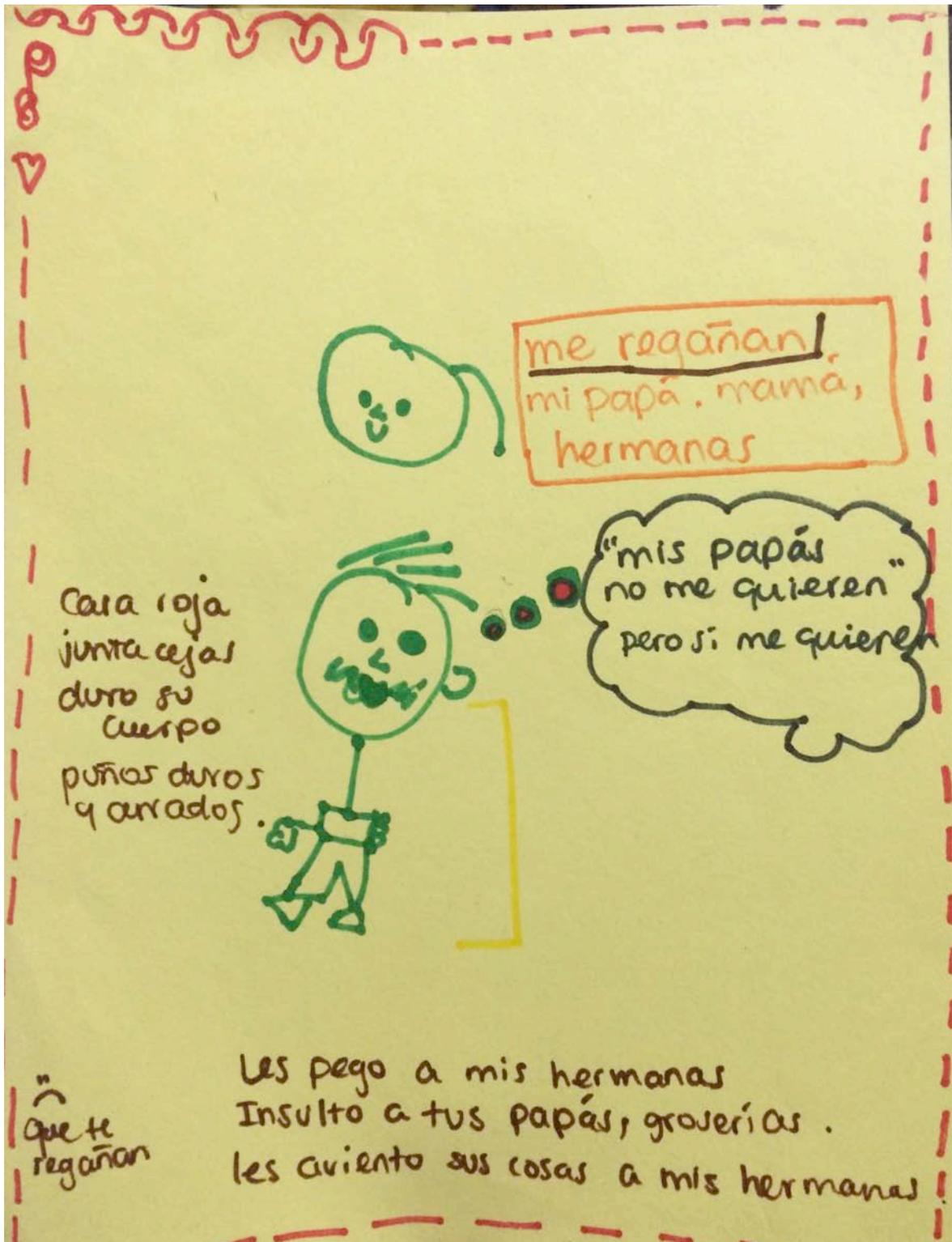


Figura 8. Silueta ABC

Aunado a lo anterior, el menor comentaba que cuando sus papás se enojaban era por algo malo que él había hecho. Para contrastar esta idea con la evidencia existente al respecto, se trabajó con registros semanales en los que debía anotar las ocasiones en que él o sus padres se enojaban, así como el motivo de ello. De esta manera, R. fue capaz de identificar que existían otras circunstancias asociadas al enojo de sus padres, como lo que les ocurría en el trabajo o lo que hacían sus hermanas. Esto disminuyó la intensidad de la idea de que era él quien ocasionaba que sus padres se enojaran y discutieran, así como el sentimiento de culpa al respecto.

Análisis del papel desempeñado por la terapeuta a lo largo del proceso

Este caso representó grandes retos para la terapeuta. Quizá el mayor de ellos fue la dificultad para encontrar la forma de relacionarse con el menor de una manera que le permitiera sentirse aceptado y entendido dentro del espacio terapéutico, pues Karla consideraba que establecer la relación terapéutica era un paso fundamental para el éxito del proceso.

En un inicio fue bastante complejo, pues parecía que debido a las dificultades que R. mostraba para contactar consigo mismo y con otras personas, éste era poco receptivo a lo que el entorno pudiera brindarle. Por ello, fue importante respetar el ritmo del menor y adaptar el trabajo realizado en función de las necesidades que presentaba en el momento, ya que de otra manera se hubiera sentido forzado a hacer algo para lo que no estaba listo.

Especialmente al comienzo, parecía que los intentos que se hacían para que el menor se sintiera seguro y pudiera comenzar a expresarse no daban los resultados esperados, lo que generaba incertidumbre en la terapeuta respecto a lo que tenía que hacer para poder apoyar al pequeño. Así pues, un aspecto esencial fue aprender a tolerar

la frustración que se genera cuando las cosas no salen como se espera o que los resultados no ocurran tan rápido como se imagina. En este caso fue de gran importancia entender y respetar que cada paciente tiene un ritmo distinto y que, en caso de no respetarlo, el trabajo terapéutico puede ser muy limitado.

Así mismo, se trató de crear un entorno que fuera congruente con lo que se intentaba transmitir al menor, respecto a la importancia de poder contactar con uno mismo, con las emociones, sensaciones, deseos y pensamientos propios, haciendo lo posible porque el espacio terapéutico invitara a R. a comenzar a contactar consigo mismo.

Algo que sin duda sirvió como apoyo para trabajar este caso de la mejor manera posible fue apearse a lo que la teoría plantea, especialmente en lo referente a la importancia del establecimiento de la relación terapéutica. Esto permitió que R. se sintiera aceptado y se permitiera mostrarse a sí mismo dentro del espacio de terapia, lo que se considera fue resultado del trabajo realizado en conjunto entre la terapeuta y el menor.

Fue importante darse cuenta que había que esperar a que el menor estuviera listo para hablar de ciertos temas y darle el tiempo que necesitaba para hacerlo estando cerca, demostrando un interés genuino por él, prestando atención a todos los aspectos de su persona, escuchando lo que tenía que decir y acompañándolo en sus silencios, mostrándole que en ese espacio no se le juzgaría ni reprendería. Con el tiempo, R. mostró que estaba listo para enfrentar diversos temas y situaciones, logrando *traerlas* al espacio de terapia.

Lo anterior implicó poder manejar la preocupación que la terapeuta experimentaba por tocar temas como los conflictos que existían entre sus padres o las fantasías de muerte que R. llegó a expresar. Fue necesario entender que, en ocasiones, la

urgencia de hablar de ciertos temas, para darles atención, era más bien de la terapeuta, no del menor.

Cuando R. se sintió listo para hacerlo, pudo hablar acerca de distintas situaciones que le preocupaban y lo hacían sentir triste o enojado. Conforme pasaba el tiempo se comenzaron a apreciar avances que, si bien fueron lentos, se dieron de manera continua. Esto permitió que la ansiedad que en algún momento experimentó la terapeuta se redujera paulatinamente, conforme se fue generando mayor contacto entre Karla y R. Resultó ser una experiencia agradable y satisfactoria por haber hecho un trabajo que brindara al menor un espacio de contención que hasta entonces no había tenido la oportunidad de experimentar.

Por otra parte, fue necesario contemplar situaciones externas al proceso que pudieran impactar, positiva o negativamente, en el alcance de las metas terapéuticas. En el caso de R. se consideró que un factor de gran importancia era el entorno familiar, por lo que se buscó involucrar a los padres tanto como fue posible.

Sin embargo, no fue nada sencillo hacerlo. Se tuvieron que emplear distintas maneras para trabajar con los padres, ya que no respondían de manera favorable ante las estrategias empleadas por la terapeuta. El proceso de trabajar con ellos fue bastante frustrante, quizá aún más que con el pequeño, pues si bien mostraron avances a lo largo de las sesiones, los cambios se dieron de manera interrumpida, estancándose por momentos.

En ocasiones referían mejoras, empero, esto era intermitente, pues en otros momentos parecía que más que avanzar, retrocedían. Esto resultaba desalentador para Karla, pues era evidente que perjudicaba los avances que se lograban con el pequeño, ya que en el entorno familiar no había un ambiente que fomentara el mantenimiento de los cambios que R. conseguía. A pesar de ello, fue muy alentador ver que el menor

continuaba avanzado y logrando aplicar algunas de las estrategias y habilidades que se promovieron en el trabajo con él; sobretodo, que logró contactar con las personas a su alrededor a pesar de que éstas, especialmente en casa, no lo propiciaban.

Si bien se lograron cambios positivos en la relación de los padres con su hijo, fue necesario comprender que no estaban listos para ir más allá, pues la problemática que vivían como pareja los imposibilitaba para implicarse de la manera que se necesitaba. Aun cuando se buscaron diversas formas de trabajar con ellos y se perseveró al respecto, era claro que aún al término del proceso quedaba un importante camino por recorrer; sin embargo, era un trabajo que Karla no podía hacer, pues era la terapeuta de su hijo y el trabajo que se requería realizar con ellos requería un espacio particular, que no correspondía a la psicoterapia infantil; de otra manera se hubiera empleado el tiempo de R. para dar atención a conflictos de los padres.

A pesar de todo lo anterior, fue un caso que brindó a la terapeuta tranquilidad y satisfacción de saber que el trabajo realizado brindó al menor la oportunidad de fortalecerse y contactar consigo mismo y con su entorno, así como enfrentar las situaciones del entorno en que vivía de una manera positiva.

Sesiones de orientación a padres

Las sesiones de orientación con los padres del menor se realizaron, en promedio, una vez al mes. En un inicio, las sesiones se hicieron con ambos padres, sin embargo, el manejo de éstas resultaba complicado pues constantemente acusaban al otro de lo que consideraban hacía mal y buscaban la aprobación de la terapeuta al respecto. Por ello, se realizaron dos sesiones con cada uno de forma independiente para poder sensibilizarlos respecto a la importancia de trabajar con ellos, para que los cambios observados en su hijo pudieran observarse también fuera del espacio terapéutico. Luego de dichas dos

sesiones, se continuó trabajando con ambos padres de manera conjunta.

Las sesiones estuvieron enfocadas en generar acuerdos respecto a la crianza, pues en ocasiones el menor era puesto en medio de las peleas de los padres. Se buscó hacerles notar la importancia de generar un ambiente estable y lo suficientemente predecible para R. en casa, pues ello le permitiría anticipar y saber qué esperaban de él y de qué manera debía comportarse. Para lograrlo, se trabajó en el establecimiento de una lista de las actividades más importantes con las que el menor debía cumplir en casa, tales como comer sentado a la mesa, hacer su tarea e irse a dormir a la hora acordada. Si bien en un inicio los padres mostraron dificultades para seguir los horarios y rutina que intentaban establecer, eventualmente se logró instaurar una rutina en casa, lo que facilitó el establecimiento de diversos hábitos.

Por otra parte, se observó que ambos padres tendían a invalidar las emociones que R. experimentaba y a juzgarlo cuando las expresaba. Por ello, se consideró importante trabajar con ellos la validación de emociones en su hijo; es decir, que fueran capaces de reconocer cómo impactaba en su hijo las diversas situaciones de su vida, dar un nombre a cada emoción y generar un clima de calidez y seguridad para que tanto el menor como ellos, tuvieran la confianza de hablar acerca de sus emociones.

Finalmente, se trabajó con ellos para que, en lugar de prestar más atención a las cosas que su hijo no realizaba o hacía de una manera distinta a la que ellos esperaban, pudieran enfocarse y reconocer lo que sí era capaz de hacer. Para lograrlo, se pidió contemplar algunas actividades y tareas que, de acuerdo con la edad y nivel de desarrollo del menor, éste era ser capaz de hacer sólo. De manera semanal, ambos debían tomar nota de al menos una cosa al día que su hijo hiciera bien, lo que les permitió darse cuenta de que había cosas que R. sí hacía pero no se habían percatado por estar más pendientes de aspectos negativos. Lo anterior generó que los comentarios

negativos respecto a la conducta del menor, especialmente de la madre, disminuyeran de forma considerable.

Si bien asistían de manera puntual y constante a las sesiones, debido a la fuerte problemática de pareja y a que sus recursos de solución eran escasos, no lograron involucrarse en el proceso de la manera en que se requería, asumiendo poca responsabilidad en el proceso de cambio.

Una vez concluido el proceso terapéutico con el menor, la supervisora del presente caso trabajó con los padres en algunas sesiones de orientación sobre dos puntos: a. identificación y expresión emocional de ellos hacia sus hijos, en especial hacia R.; y b. identificación y solución de problemas. Se realizaron tres sesiones con ambos padres (una por semana), aunque debido a la problemática que presentaba la pareja en ese momento se decidió alternar las sesiones de trabajo con cada uno. Se tuvieron dos sesiones con el padre y tres con la madre, con quien se trabajó la necesidad de iniciar un proceso terapéutico individual, decisión que finalmente C. tomó.

Seguimiento del caso

Seis meses después de haber concluido el proceso se realizó una llamada telefónica de seguimiento con la madre. Relató que en casa, R. se enojaba con menos frecuencia que antes y que hacía uso de las estrategias aprendidas en terapia, como soplar burbujas o pegar a una almohada. A diferencia de antes, el menor ya no gritaba tanto ni los agredía física ni verbalmente. La madre expresó su intento por tranquilizarse cuando su hijo se molestaba con ella o no hacía lo que le pedía, a diferencia de ocasiones previas en las que su primera reacción era gritar, castigar o pegar a R. Además, relató que el menor ayudaba con los quehaceres de la casa.

Mencionó que la principal dificultad que observaba en ese momento era que R. molestaba a sus hermanas o les pedía “que no se metan en lo que no les importa” (sic. madre), especialmente cuando el menor estaba contando algo a su madre y sus hermanas comentaban algo al respecto. Empero las discusiones con ellas, ya no las agredía físicamente.

Comentó que, aunque habían tenido algunas dificultades económicas festejaron el cumpleaños del menor en casa. Ella se sorprendió al ver que R. no se enojó por no haber recibido los regalos que esperaba, por el contrario, al ver que le habían preparado una cena les dijo “lo importante es que están conmigo y estamos felices” (sic. madre).

En cuanto a su desempeño académico, narró que R. pasó a 5º grado de primaria y que había logrando tomar apuntes durante las clases y hacer la tarea con ayuda de su madre. Explicó que la profesora no le había comunicado problemas de conducta ni agresión hacia sus compañeros. “Creo que ya asimiló que repitió 4º, intenta echarle ganas” (sic. madre). Reconoció que aún tenía algunas dificultades en la lecto-escritura, por ejemplo, confundía la “d” con la “b”. Aún continuaba recibiendo atención neuropsicológica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De manera general, este caso busca ilustrar, a través del proceso terapéutico de R., cómo la terapia de juego integrativa pudo fortalecer su *self*, ayudando así a disminuir el impacto negativo de haber vivido en un ambiente familiar adverso.

Si bien la familia juega un papel esencial en el desarrollo infantil, ésta no siempre tiene un rol positivo al respecto. En este caso, el ambiente familiar de R. no había fomentado la adecuada expresión de su individualidad, ni lo había impulsado en la consecución de sus logros. La situación del menor permite apreciar cómo un entorno familiar caracterizado por el rechazo (físico y afectivo), la hostilidad, la falta de empatía y atención, la agresión, tanto verbal como física, así como los estilos parentales caracterizados por el castigo y la carencia de afecto, pueden mermar la integración adecuada de la persona.

Al momento de la evaluación, se detectó que la relación del menor con sus cuidadores principales estaba caracterizada por estilos de apego inseguro y evitativo, además del empleo que hacían éstos de prácticas parentales como la imposición y el control psicológico, lo que se sabe está relacionado con autoevaluaciones negativas, baja autoestima, evitación social, elevada autocrítica, intensa emotividad, sentimientos de poca valía y dificultades de autorregulación emocional y para formar vínculos de apego seguro con el entorno, características que se encontraban presentes en el menor al inicio del proceso (Andrade & Betancourt, 2012; Cuervo, 2009; Riso, 2009).

Se puede afirmar que las experiencias de abandono y omisión de cuidados que vivió R. durante los primeros años de su vida, influyeron de manera destacable en las dificultades de autorregulación emocional que mostraba y generaron patrones de pensamiento e interacción no adaptativos. Así, el menor expresaba percepciones poco realistas de sí mismo como resultado de la asimilación de introyectos negativos,

limitando la expresión de emociones y cogniciones y, ulteriormente, impidiendo el reconocimiento pleno de sí mismo, pues como Riso (2009) afirma, el rechazo parental puede generar diversas alteraciones patológicas y se sabe que experiencias tempranas negativas y severas generan patrones tempranos no adaptativos e introyecciones que impiden la integración del *self* (Oaklander, 2001; Young & Klosko, 2001).

De igual manera, las vivencias tempranas del menor pudieron haber influido en el retraso visomotriz que presentaba, pues se sabe que la ausencia de estimulación sensorial oportuna puede interferir en el adecuado desarrollo psicomotor (Moore, 1996). Por ello, se consideró que el trabajo interdisciplinario con el área de neuropsicología era primordial; esta decisión se fundamentó en los resultados encontrados en la evaluación respecto a las dificultades visomotrices, las cuales ayudaban a explicar las dificultades académicas previamente mencionadas. Se considera que la labor psicoterapéutica junto con el trabajo neuropsicológico realizados permitieron atender no sólo una parte de la problemática del menor, sino apoyarlo en las diversas áreas que requería.

Para ayudar a R. a fortalecer distintas partes de su *self*, se trabajó desde un modelo de terapia de juego integrativa asimilativa, el cual tuvo como base teórica y técnica el enfoque gestáltico, postura desde la cual se conceptualizó y entendió la problemática del menor; a la par, se hizo uso de técnicas cognitivo conductuales para trabajar aspectos muy específicos como la regulación del enojo y el desarrollo de habilidades sociales. El trabajo se realizó siguiendo el ritmo que marcaba R., buscando que experimentara una sensación de bienestar y un sentido positivo del yo, así como la fuerza necesaria para poder expresar sus emociones. Como afirma Oaklander (2012a), “para ayudar al niño a construir su sentido del yo, es esencial brindarle experiencias con aquellos aspectos perdidos del sí mismo” (p. 66), por lo que se fomentó que R. pudiera comprender y dar sentido a sus necesidades y emociones.

En un primer momento del proceso el menor mostraba una pobre capacidad de comunicación, lo que comprometía la posibilidad de relacionarse con las personas de su entorno adecuadamente, siendo esto congruente con lo propuesto por la postura gestáltica, la cual afirma que los menores llegan a terapia debido a que se desconectan de su capacidad para contactar con sus necesidades y con los recursos que su entorno les ofrece para satisfacer dichas necesidades (Mortola, 2010). En este caso, R. no era capaz de externar de manera asertiva las cuestiones que le desagradaban, las cosas que quería o le gustaban, así como tampoco sus necesidades afectivas. Esto lo llevó a generar formas de contacto inadecuadas, como la agresión física y verbal, en un intento por adaptarse a un entorno poco afectivo y gratificante.

Dadas las dificultades de contacto y expresión emocional mostradas durante la primera fase del proceso, se consideró de suma importancia generar una relación terapéutica con el menor pues, como lo plantea la terapia Gestalt, ésta es la base del proceso y puede ser terapéutica en sí misma (Mortola, 2010; Oaklander, 2012a).

De esta manera, el haber generado una relación cálida, un ambiente positivo y respetar los tiempos de R. dentro del espacio terapéutico, tal como postula el enfoque gestáltico, le permitió comenzar a contactar y reconocer sus emociones, aun cuando le costaba trabajo expresarlas y hablar al respecto.

Así mismo, dicha relación permitiría que, en fases posteriores, el menor pudiera expresar y trabajar con material “desafiante”. Como Mortola (2010) explica, el contexto permitió que el menor se atreviera a correr ciertos riesgos dentro de un entorno que lo pudiera contener; conforme el proceso avanzaba, surgían temas que le resultaban más difíciles de exteriorizar, dada la movilización emocional que provocaban en él. Sin embargo, al irse sintiendo lo suficientemente fuerte para enfrentarlas, fue capaz de

hablar de ellas, aun cuando no le resultara sencillo hacerlo. De esta manera, R. “se abría y se cerraba” (p. 34) conforme el proceso evolucionaba.

A lo largo de la terapia fue posible observar el crecimiento psicológico del menor, el cual fue congruente con lo propuesto por Rogers (en Preston, 2003). En un primer momento, R. parecía poco consciente de sus sentimientos y necesidades, mostrándose poco dispuesto a compartir sus vivencias personales. Subsiguientemente, comenzó la expresión de emociones y necesidades, aunque aún sin lograr el reconocimiento pleno, para posteriormente externarlas de manera natural mostrando una mayor aceptación de ellas.

Por ejemplo, al comienzo del tratamiento R. relataba que las cosas que le ocurrían, tanto en casa como en la escuela, eran, en su mayoría, situaciones positivas o neutras; posteriormente, compartía con mayor frecuencia situaciones en las que lo habían regañado o se había enojado con sus padres y cómo éstas lo habían hecho sentir, aunque sin lograr ahondar al respecto. Eventualmente, fue capaz no sólo de reconocer las cosas que le sucedían y cómo se sentía por ello, sino que también logró comunicarlo y, casi siempre, se mostraba dispuesto a profundizar en el tema. R. comenzó a cuestionar la validez de ideas que había introyectado, como “no puedo”, “nada me sale bien”, entre algunas otras. Ulteriormente, comenzaron a observarse señales de transformación, conforme el menor pudo reconocer aspectos positivos en sí mismo, darse cuenta que las emociones son algo natural, adquirir herramientas para la solución de problemas y toma de decisiones y, así, fortalecerse a sí mismo y disminuir el conflicto que experimentaba.

El menor mostró una evolución, a lo largo de su proceso, congruente con lo que los teóricos gestálticos plantean suele ocurrir (Blom, 2006; Fernández, 2014; Mortola, 2010; Oaklander, 2012a). Durante la fase inicial, R. parecía comprender poco acerca de

lo que es la terapia y el papel que tenía dentro de ésta; posteriormente, en la fase intermedia, se mostró más dispuesto a explorar y experimentar con sus sentimientos, pudo descubrir cosas acerca de sí mismo y aprendió a expresar los diversos aspectos de su *self*; por último, en la fase final, se pudo apreciar un *self* fortalecido en el menor, quien consiguió establecer contactos positivos con su entorno y ser consciente de sus avances.

Luego del análisis del trabajo terapéutico, se identificaron varios factores que ayudaron al menor a fortalecer su *self*. Quizá uno de los más importantes fue la relación terapéutica que se estableció entre R. y la terapeuta, la cual se caracterizó por la aceptación total, la confianza y la seguridad. Dicha relación fue la base para que el proceso terapéutico pudiera ocurrir; como la terapia Gestalt establece, ésta es necesaria para que el trabajo terapéutico ocurra, ya que “nada sucede sin al menos una hebra de relación” (Oaklander, 2012a, p. 37).

Un aspecto importante para generar dicha relación fue la capacidad de la terapeuta para estar presente evitando dejarse llevar por las manifestaciones emocionales del menor, lo que se logró mediante la autenticidad de ésta, la contención de la intensidad de las emociones expresadas por R., evitar responder de forma exagerada ante ellas y estar pendiente de reacciones contratransferenciales negativas. Tal como Preston (2003) menciona, dichas características permiten que el paciente pueda sentirse aceptado sin generar rechazo en el otro.

En este caso, la terapeuta, sobre todo, evitaba reaccionar de manera negativa ante lo expresado por el menor, lo cual era categóricamente distinto a la forma en que respondían la mayoría de las personas con las que R. se relacionaba. Esto ocurría, particularmente, cuando el menor hablaba acerca de formas de interacción negativas (como desobediencia, agresiones o insultos) en su relación con otras personas, ante lo

que la terapeuta no emitía juicios de valor, ni parecía asustada por saberlo; por el contrario, buscaba promover la reflexión en el paciente para que pudiera darse cuenta de cómo en ocasiones su forma de solucionar conflictos derivaba en consecuencias negativas para él, ayudándolo a generar formas más adaptativas de hacerlo.

Cuando surgían temas que generaban un evidente malestar emocional en el menor, como las discusiones entre sus padres, el trato de éstos hacia R. o la muerte de su abuelo, la terapeuta intentaba mostrarse compasiva, ayudándolo a contener la intensidad de sus emociones al brindarle un espacio seguro y cálido en el cual pudiera expresar lo que sentía; esto se hizo teniendo cuidado de no responder exageradamente ante la emotividad del menor, por ejemplo, en los momentos en que llegó a llorar, sin dejar de mostrar empatía hacía sus sentimientos y vivencias personales. Así mismo, fue importante reconocer las situaciones que generaban reacciones contratransferenciales en la terapeuta, como la tristeza, preocupación y compasión respecto a la historia de vida del menor o cuando éste expresó fantasías e ideas de muerte dentro del espacio de terapia.

Generar dicho tipo de relación a lo largo del proceso fue algo muy significativo para R., pues hasta entonces no había tendido la posibilidad de experimentar una relación con cualidades como la aprobación y calidez; por el contrario, la mayoría de las relaciones que había establecido, especialmente dentro del núcleo familiar, se habían caracterizado por el rechazo y la hostilidad. El poder vivenciar una relación íntima, empática y amable permitió que el menor entrara en contacto con su sentido de sí mismo, al ser conciente de sus sentimientos, pensamientos y límites, lo que promovía una relación positiva con su entorno. Dichas experiencias, tal como lo plantea la terapia Gestalt (Blom, 2006; Fernández, 2014; Oaklander, 2012a), le dieron la oportunidad de

satisfacer sus necesidades afectivas, conformar su propia identidad y diferenciarse del ambiente.

Se facilitó una atmósfera cálida, empática, de respeto, apoyo y aceptación en la que fuera posible la autoexpresión, lo cual ha sido reconocido como un aspecto esencial de la curación psicológica (Preston, 2003). Ello permitió que R. se percibiera con la fortaleza necesaria para expresar quién es, o sea, sus emociones, necesidades, pensamientos y conductas, lo cual implicaba, como menciona Preston (2003), un reflejo de su verdadero yo: era la expresión de su propia esencia.

De igual manera, se pensó importante incluir a lo largo del proceso otros aspectos como el establecimiento de límites claros (por ejemplo, el horario de las sesiones y la duración de las actividades planteadas), respetar la autonomía del menor y promover su autoexpresión, no sólo dentro sino fuera del espacio terapéutico, lo que ayudó, como especifica Preston (2003), a fomentar el desarrollo de un *self* más sólido, permitiéndole tener una estructura clara que delimitara las acciones que podía hacer, así como las que no, dentro del consultorio, distinto al ambiente familiar en el que había vivido, en el que los límites no eran establecidos claramente ni con anticipación, ni de manera cálida y afectuosa; por el contrario, sus padres tendían a mostrar rechazo, culpabilizar y poner distancia afectiva en la relación con su hijo.

Otros componentes que se consideran de gran relevancia para los logros observados en el proceso fueron la disposición y cooperación características del menor, los cuales, como afirma Stone (2007), son cuestiones esenciales que pueden influir en el éxito de la terapia. Si bien al inicio de ésta R. manifestaba cierta resistencia ante situaciones o actividades que implicaban el trabajo emocional, desde el comienzo mostró una actitud positiva hacia la terapeuta y ante las actividades lúdicas.

Igualmente, la inclusión del juego a lo largo del proceso contribuyó en la consecución de las metas planteadas pues, como Esquivel (2010) afirma, dicha actividad permite que los menores integren diversos aspectos de su mundo, como son las esferas afectiva, social y cognitiva, además de que brinda la posibilidad de aprender y perfeccionar diversas habilidades, promover el autoconocimiento, el pensamiento divergente y la solución de problemas. La terapia se dio dentro de un ambiente lúdico en el que las técnicas empleadas fueron presentadas con humorismo y a través del juego.

Cuando se intentaba entrevistar a R., éste solía responder diciendo no sé o evadiendo la pregunta; por el contrario, a través del juego logró expresar emociones, especialmente negativas, que por medio de la palabra se le dificultaba externar. Además, en el juego el menor pudo practicar habilidades que había adquirido durante el proceso, como respetar turnos, establecer límites de manera asertiva en su relación con otros y buscar alternativas de solución a los problemas.

Por otro lado, como parte del proceso terapéutico con R. se consideró esencial el trabajo con los padres, pues se sabe que su inclusión en la terapia de sus hijos puede tener grandes beneficios, como fomentar un adecuado ejercicio de sus funciones parentales y generar cambios significativos en el entorno familiar que permitan el mantenimiento de los alcances terapéuticos (Bailey & Ford, 2010; Fernández, 2014; Meth 2000). Por ello, se mantuvo una comunicación estrecha con los padres del menor y se les hizo saber lo importante que era su participación activa en el proceso de su hijo.

Autores como Bailey y Ford (2000) señalan la importancia de la colaboración de los padres en cuanto a la información que pueden proporcionar, por lo que se tuvieron sesiones con éstos a lo largo del proceso para recabar datos relacionados con la dinámica familiar, el desarrollo de R., la problemática que referían en él y los cambios que observaban al respecto. Si bien los padres suelen ser una fuente de información

relativamente fiable, en este caso los datos que brindaron, especialmente los relacionados con el desarrollo, fueron bastante escasos. Además, al hablar acerca de la dinámica familiar, se enfocaban más en comentar cuestiones relacionadas con el conflicto de pareja que vivían, que respecto a la relación que tenían con su hijo y, con frecuencia, se culpaban mutuamente de las dificultades experimentadas en la crianza del menor. Lo anterior, sin duda, limitó la recolección de datos al inicio del proceso y dificultó la implementación en casa de algunas de las pautas sugeridas por la terapeuta.

Por ejemplo, en las sesiones se insistió repetidamente en dejar de emplear la violencia física como un método de disciplina; si bien dicha práctica disminuyó en frecuencia, aún al final del proceso referían que, ocasionalmente, llegaban a pegar a su hijo. En cuanto al empleo de técnicas de relajación se pidió su apoyo para practicarlas en casa junto con su hijo, como una forma de involucrarlos en el proceso y modelar al menor lo que había que hacer, además de que también podían beneficiarse al hacerlo; sin embargo, parecía que esperaban que R. lo hiciera sin su apoyo.

Posteriormente, siguiendo lo propuesto por Bailey y Ford (2000) respecto a la importancia que tienen los padres en la identificación de fortalezas (tanto de sus hijos como de la familia) que fomenten el alcance y mantenimiento los logros terapéuticos, las sesiones con los padres de R. estuvieron enfocadas en el reconocimiento de aspectos positivos propios y del menor. Se promovió que pudieran prestar atención a las capacidades y conductas positivas de R., pues en un inicio parecían más pendientes de sus limitaciones.

Aunque tuvieron dificultades para hacerlo, eventualmente lograron identificar aspectos positivos en su hijo, por ejemplo, la iniciativa para expresar afecto a sus padres y ayudarlos en las tareas domésticas. Pudieron darse cuenta de que, en ocasiones, las expectativas que establecían respecto a la conducta del menor no eran acorde a su nivel

de desarrollo. Al realizar esto, fueron capaces de descentrarse de lo malo y enfocarse en las fortalezas de R., lo que facilitó que se diera un cambio positivo en la interacción que tenían con él, por ejemplo, al no regañarlo o castigarlo cuando no lograba ejecutar alguna tarea que rebasaba sus capacidades.

Respecto al reconocimiento de fortalezas propias, les resultó bastante difícil hacerlo, debido a su limitada capacidad de introspección y su tendencia a culparse el uno al otro de la problemática de R.; por lo que fue importante reconocer y validar el esfuerzo que hicieron para buscar apoyo profesional para dar solución a las dificultades que su hijo experimentaba y la constancia que mostraron durante el proceso. Al término de éste identificaron haber adquirido algunas estrategias para el manejo de las conductas de R. en casa, especialmente las relacionadas con el establecimiento adecuado de límites y consecuencias, y la importancia de regular sus propias emociones.

El trabajo con los padres se dio a través de sesiones de psicoeducación en las que se les explicó el impacto negativo de las prácticas parentales que empleaban, tales como la imposición y el control psicológico, las cuales estaban relacionadas con los problemas emocionales y de conducta que se observaban en R. Por el contrario, se enfatizó el uso de otro tipo de prácticas, caracterizadas por el control conductual, la comunicación y la confianza, con el objetivo de que los problemas antes mencionados disminuyeran (Andrade & Betancourt, 2012; Cuervo 2009; Méndez, Andrade, & Peñaloza, 2013).

Conforme avanzaban las sesiones, los padres lograron modificar algunos de sus patrones de convivencia con R.; referían emplear estrategias disciplinarias positivas, lo que permitió observar cambios favorables en el menor, como: hacer su tarea sin discutir, disminuir la frecuencia de las agresiones físicas y verbales en casa y ayudar con los quehaceres del hogar. Los cambios referidos por los padres son congruentes con la

relación que existe entre prácticas parentales positivas y una mejor adaptabilidad en los menores (Andrade & Betancourt, 2012; Betancourt & Andrade, 2008; Cuervo, 2009; Henao & García, 2009; Méndez, et al., 2013).

Si bien a lo largo del proceso se consideró necesario trabajar con los padres, debido a la problemática de pareja que se negaban a resolver en un espacio propio, se decidió verlos por separado, pues cuando se citaba a ambos solían ocupar el tiempo de las sesiones para discutir problemas personales, ajenos a la relación padres-hijo; sin embargo, en las sesiones individuales que se tuvo con ellos parecía que aprovechaban la información tratada de forma equivocada, intentando tomar ventaja de ello y negándose a compartirla entre sí, por lo que se retomaron las sesiones con ambos padres. A pesar de que son varios los teóricos que hablan acerca de la importancia de la inclusión de los padres en la terapia de sus hijos por los beneficios que ello implica, en este caso resultó complicado hacerlo.

Por otra parte, las sesiones con los padres les brindaron un espacio de orientación y contención, pues eran notorios, particularmente en la madre, sentimientos de culpa respecto a la problemática de su hijo, situación que es congruente con lo que Bailey y Ford (2000) explican, que, con frecuencia, los padres se culpan a sí mismos por lo que ocurre con los pequeños; por ello, la terapeuta evitaba criticar y enjuiciar las acciones de los padres. Por el contrario, intentaba promover el pensamiento reflexivo para que fueran capaces de experimentar nuevas formas de hacer frente a los problemas, lo que constituye parte de las funciones del terapeuta (Fernández, 2014).

En este caso, se trabajó con los mismos lineamientos que se siguieron con el menor respecto a la relación terapéutica, brindando a los padres apoyo y mostrando empatía, pues eran evidentes en ambos dificultades para establecer un contacto adecuado con ellos mismos y con el entorno. La relación establecida permitió

mostrarles las cualidades positivas que podían promover en la relación con su hijo, como la calidez y comprensión. Así mismo, se les intentó motivar para que tomaran un rol activo y de colaboración en el proceso terapéutico de su hijo.

Si bien la postura gestáltica plantea que la relación permite fortalecer las habilidades de contacto (Blom, 2006; Fernández, 2014; Mortola, 2010; Oaklander, 2001), a diferencia de lo observado con R., el impacto que tuvo la relación que se generó con los padres no fue el esperado, pues parecía que no lograban *ver más allá* de su propia problemática; la dificultad que tenían para darse cuenta de los conflictos emocionales que vivían y solucionarlos, limitaron los cambios que mostraron en la relación con su hijo.

A pesar de ello, lograron trabajar de manera conjunta respecto a la toma de decisiones referentes a la disciplina del menor y generaron mayores momentos de convivencia familiar, aunque el padre aún pasaba poco tiempo en casa, lo que justificaba con el tiempo que requerían sus actividades laborales y, cuando llegaba a estar presente, parecía más pendiente de sí mismo que de sus hijos. Por su parte, la madre fue capaz de establecer límites de manera clara e intentaba calmarse cuando R. no se comportaba como ella esperaba; empero, reconocía que, esporádicamente, sobretodo cuando se sentía muy molesta, llegaba a agredir físicamente a su hijo.

Era claro que los padres se encontraban tan abrumados por sus propias problemáticas y necesidades que no lograban centrarse en las necesidades de su hijo, por lo que se consideró de gran importancia que iniciaran un proceso terapéutico individual o de pareja; sin embargo, a pesar de que intentó sensibilizarlos al respecto, no buscaron un espacio personal mientras duró el proceso de su hijo.

Autores como Klimes-Dougan y Kendziora (2000) señalan que “cuando los clínicos intervienen en poblaciones de niños y adolescentes de alto riesgo es necesario

que hagan un intento por inclinar la balanza entre vulnerabilidad y resiliencia” (p. 418), lo cual puede lograrse de dos maneras: por un lado, disminuir la exposición de los menores a factores de riesgo o eventos de vida estresantes y, por otro, aumentar el número de factores de protección a los que puedan recurrir en un momento dado.

En un inicio se intentó emplear ambas estrategias en el caso de R., empero, dados los conflictos de pareja y los aspectos psicopatológicos de los padres que les dificultaban implicarse a profundidad en las sesiones de orientación, se apostó por hacer más énfasis en el trabajo con el menor para desarrollar y fortalecer en él algunos de los factores que han sido relacionados con la resiliencia, lo que le permitiría contar con las herramientas necesarias para hacer frente, de manera adaptativa, a las situaciones de conflicto que enfrentaba en su vida, aunque no se dejó de trabajar con los padres a lo largo del proceso.

Así pues, se trabajó para que el paciente contara con habilidades de solución de problemas y de comunicación asertivas, generara redes de apoyo fuera de casa (por ejemplo, con sus profesores y compañeros de clase) y aprendiera a regular sus emociones, especialmente las negativas, de una manera más adaptativa; además de impulsar un autoconcepto realista y positivo, un adecuado nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento flexibles y más adaptativas (Klimes-Dougan & Kendziora, 2000).

Con lo anterior, se logró que el menor pudiera expresar a las personas que lo rodeaban las situaciones que lo hacían sentir triste, enojado o preocupado, así como buscar apoyo de otros cuando el problema superara sus habilidades de solución; aprendió que las agresiones no siempre resultan ser la mejor forma para solucionar problemas u obtener la atención de sus padres. Así mismo, fue capaz de emplear estrategias para regular el malestar emocional que experimentaba, a través del uso de

técnicas de relajación y de expresión asertiva del enojo (como soplar burbujas, inflar un globo para sacar su enojo, golpear una almohada, romper una hoja de papel, entre otras) y pudo reconocer sus fortalezas, generando una imagen más realista de sí mismo. Se buscaron actividades de su interés que pudieran permanecer, tanto como fuera posible, separadas de los estresores del ambiente y, así, servir como un refugio para momentos en los que necesitara un espacio para sentirse tranquilo, por ejemplo, dibujar o escribir cuentos. De esta manera, R. pudo adquirir la fuerza interior para lograr la autorrealización y obtener un sentido de ser en el mundo (Fernández, 2014).

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos, se puede concluir que el enfoque de terapia de juego integrativa asimilativa fue de gran utilidad para el proceso terapéutico de R. y permitió que se fortaleciera su sentido de sí mismo, al poder experimentar una sensación de bienestar que se vio reflejada en una mayor integración del *self*.

Al término del tratamiento, fue posible observar en el menor varias de las características propuestas por Masterson (en Preston, 2003) respecto a lo que constituye la salud mental. Entre ellas destacan: la espontaneidad emocional, es decir, la capacidad de experimentar la gama de emociones humanas; la capacidad de identificar los sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos propios y darles significado; la apreciación positiva de uno mismo, lo cual debería ser el resultado de experiencias tempranas positivas con los padres caracterizadas por el apoyo y el reconocimiento (aunque en este caso no ocurrió así, el espacio de terapia brindó al menor dicha posibilidad); y la autoafirmación, la cual implica saber que no hay nada malo en expresar emociones, pensamientos y opiniones y lograr dicha expresión.

El proceso terapéutico proporcionó a R. un espacio de expresión en el que pudo dar nombre a las sensaciones que experimentaba, sin sentirse juzgado, acusado o castigado. Encontró en dicho espacio un lugar en el que se sintió aceptado, escuchado y entendido; le permitió integrar las partes *perdidas* de sí mismo y dar sentido al caos que vivía, logrando asimilar las experiencias significativas de su vida.

Por su parte, el establecimiento de una relación terapéutica cordial, el ambiente cálido dentro del cual se desarrolló la terapia y las actividades realizadas, promovieron la toma de consciencia en el menor, permitiéndole adquirir habilidades de solución de problemas y lograr un mayor autoconocimiento, lo que era resultado de su creciente capacidad para tener un contacto sano consigo mismo. Como afirma Perls (en Fernández, 2014), “cuando estamos sanos estamos en contacto con nosotros mismos y con la realidad” (p. 14).

Conforme R. logró comprender lo que veía, sentía, pensaba y experimentaba, la sintomatología reportada en un inicio disminuyó. Entonces, el menor fue capaz de hacer frente los problemas que experimentaba de una manera adaptativa, guiado por una toma de decisiones a conciencia. R. pudo establecer relaciones más armoniosas con las personas a su alrededor, lo que se vio facilitado por la adquisición de herramientas de autorregulación emocional que le permitieron encontrar formas más saludable de *estar* en el mundo. Al poder vincularse con su mundo de una manera positiva, incluyendo a sus padres, hermanas y compañeros de clase, aumentó la aceptación por parte de éstos.

Por su parte, el juego facilitó la comunicación entre la terapeuta y el menor, ayudando a propiciar un entorno cordial y de protección en el que R. se sintió lo suficientemente seguro para expresarse; posibilitó que la terapeuta observara el mundo interior del niño, es decir, sus emociones, pensamientos y conflictos, así como la manera en que intentaba resolverlos. Por ejemplo, a través de la creación de historias

con títeres se pudo apreciar que el menor tendía a emplear la agresión física como una manera de solucionar conflictos con sus pares.

Se puede concluir que, en casos en los que existen relaciones hostiles con el entorno, tener la posibilidad de experimentar una relación cálida, empática y de aceptación genuina a lo largo del proceso terapéutico constituye uno de los aspectos esenciales para lograr la integración y fortalecimiento del *self*, pues ayuda a fomentar las habilidades de contacto al permitir al niño estar completamente presente con todos los aspectos de sí mismo, como son los sentidos, el cuerpo y las emociones, así como sentirse cómodo al hacerlo.

En cuanto al trabajo con los padres, se puede afirmar que, si bien es de gran relevancia su inclusión en el proceso de sus hijos, se debe elegir de manera cuidadosa la modalidad de participación, siendo importante considerar aspectos como el grado de motivación y compromiso, nivel intelectual y si existen conflictos personales o de pareja que puedan limitar los beneficios de hacerlo.

Así mismo, se concluye que, cuando no es viable disminuir los factores de riesgo a nivel familiar debido a la falta de disponibilidad de los padres para comprometerse con el proceso terapéutico de su hijo, ya sea por conflictos personales o en la pareja, dificultades para vincularse afectivamente con otras personas (especialmente con su hijo) o por otras cuestiones que limiten la adquisición e implementación de habilidades positivas para la crianza, resulta de suma importancia trabajar con el niño para fortalecer su sentido de sí mismo, proporcionándole las herramientas necesarias que le permitan enfrentar el entorno hostil que lo rodea de la mejor manera posible.

A manera de reflexión, se considera relevante destacar la importancia que tiene el conocimiento de las distintas etapas de desarrollo y las habilidades que se esperan en

cada una de ellas, pues esto representa la base para poder identificar si las conductas o dificultades observadas en los menores constituyen parte de un desarrollo normal, o si es necesario realizar algún tipo de intervención.

Como lo afirma Lucio (2014), la psicopatología del desarrollo resalta la importancia del estudio de las diversas problemáticas en relación con los cambios típicos que se presentan a lo largo de la vida. Este enfoque habla de una serie de hitos y secuencias que se presentan en las áreas física, cognitiva y socio-emocional del desarrollo, dando gran importancia a los factores de riesgo y protección presentes en la vida y contexto del menor, los cuales pueden influir en su funcionamiento ulterior.

Por otra parte, es esencial el estudio y conocimiento de las diversas posturas teóricas dentro de la psicoterapia infantil, pues como Schaefer (2012) afirma: “no hay una talla única que se ajuste a todos los problemas que se enfrentan en la actualidad” (p. 349), por lo que el terapeuta debe cambiar entre las distintas posturas para satisfacer las necesidades del niño, adoptando así un método que integre lo que se considere más apropiado de cada una de las perspectivas teóricas, según el caso, y así lograr cambios adaptativos en el funcionamiento del cliente.

La autora del presente reporte considera que la práctica clínica y la supervisión tienen un papel invaluable en la formación de psicoterapeutas infantiles, pues es a través de éstas que se tiene la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos y metodológicos adquiridos a lo largo de la formación, así como de adquirir habilidades clínicas, como la escucha, la resolución de problemas, el análisis y síntesis de información, entre otras, que se verán reflejadas en una práctica clínica más eficiente.

Limitaciones y sugerencias

Una de las principales limitaciones que se enfrentó durante el proceso de terapia de R. fue la problemática de pareja que vivían sus padres. Si bien éstos asistían a las sesiones (tanto del menor como de orientación) de manera regular y puntual, era notorio que el conflicto entre ellos los rebasaba, lo que dificultó que, a lo largo del trabajo con ellos, lograran implementar algunas de las estrategias de solución brindadas. Así mismo, su limitada capacidad para reflexionar respecto a la manera en que sus acciones y la manera en que se relacionaban con su hijo no fomentaba su sano desarrollo, sin duda les dificultó encontrar formas de generar una convivencia más armónica dentro de la familia.

Reflejo de lo anterior era el hecho de que durante las sesiones solían culparse mutuamente de lo que, según ellos, el otro no hacía bien en relación a la crianza de R. Parecían mucho más pendientes de lo que ocurría entre ellos que con el menor. La madre desvalorizaba con frecuencia las acciones del padre, como si supiera exactamente lo que había que hacer; por su parte, mientras el padre parecía posicionarse como víctima de la situación, refiriendo sentirse atacado por su esposa; de cualquier forma, parecían no seguir ciertas recomendaciones brindadas por la terapeuta, lo que, indudablemente, limitó el trabajo realizado con ellos y con el menor.

Aunque en un inicio se intentó promover en los padres la introspección, al no obtener los cambios esperados se optó por que las sesiones fueran más dirigidas, con sugerencias muy precisas respecto a lo que debían hacer en casa, por ejemplo, en cuanto al establecimiento de límites y manejo de consecuencias, además de hacer uso de registros conductuales. En este caso, los cambios observados se lograron, principalmente, a través del empleo de recomendaciones puntuales, más que de esperar que los padres realizaran cambios a partir la reflexión. Si bien en algún momento del

tratamiento se consideró que podía resultar benéfico para R. integrarlos al proceso del menor a través de sesiones de juego filial o familiar, se decidió no hacerlo debido a que se encontraban tan inmersos en sus propias necesidades que no podían enfocarse en las de su hijo (por lo que posiblemente requirieran un proceso de terapia para ellos mismos), lo cual es una de las contraindicaciones para llevar a cabo dichas sesiones (VanFleet, 2014).

Por otro lado, aún cuando el menor presentaba un nivel intelectual inferior al esperado para su edad cronológica, las técnicas empleadas fueron adecuadas a su nivel de desarrollo, facilitando así que se sintiera cómodo con las actividades que se realizaban. Se sugiere considerar en todo momento del proceso terapéutico variables como el nivel de desarrollo (cognitivo, motriz y emocional), escolaridad, nivel socioeconómico y disponibilidad para involucrarse en el proceso, con el fin de ajustar el tratamiento a las necesidades específicas del caso.

De igual manera, es importante respetar los tiempos del paciente, pues en ocasiones se asume que por iniciar un tratamiento psicológico están necesariamente listos y abiertos al cambio, lo cual no siempre ocurre de esa manera. Se recomienda determinar en qué fase del cambio se encuentran tanto el menor como sus padres y tomarlo en cuenta para la planeación del tratamiento psicológico, además de considerar lo que diversos autores plantean respecto a las características que debe tener la relación terapéutica y su importancia para el proceso.

Se sugiere, siempre que sea posible, incluir a los padres en el tratamiento psicológico de los niños, ya que como Naidu y Behari (2010) mencionan, los padres pueden ser catalizadores del tratamiento de sus hijos pues su participación puede, en el mejor de los casos, ayudar al mantenimiento de los cambios observados en el menor y su generalización a entornos como el familiar y social. Sin embargo, no siempre es

posible o conveniente hacerlo, lo cual puede apreciarse en el presente caso, en el que la problemática personal y de pareja de los padres dificultaba que se vincularan afectivamente con su hijo y pudieran generar patrones de interacción más saludables.

A partir de la experiencia adquirida al respecto, en situaciones en las que exista una problemática importante en la relación de pareja, dificultades para ejercer el rol de padres adecuadamente y establecer una relación positiva con su hijo, así como una pobre capacidad de introspección en los padres que dificulte la posibilidad de generar cambios en el sistema familiar, se recomienda: diseñar sesiones estructuradas y dirigidas, siguiendo puntos muy específicos a tratar en las sesiones; ayudarlos a identificar los patrones de crianza que emplean; enfocar su atención en los aspectos de la interacción que tienen con su hijo que apoyan o no su desarrollo armónico; generar estrategias en casa que faciliten el mantenimiento de los logros terapéuticos con el menor; hacer uso de recursos como formatos de registro conductual, modelamiento y role-playing, para promover no sólo la adquisición sino la implementación de habilidades para mejorar la relación padres-hijo; sensibilizarlos respecto a la importancia de contar con un espacio terapéutico individual para dar respuesta a problemáticas personales y de pareja; y en caso de ser posible, realizar sesiones semanales o quincenales con los padres, a la par de las sesiones con el niño, con el objetivo de dar mayor seguimiento a los avances y dificultades que surjan a lo largo del proceso.

REFERENCIAS

- Abello Blanco, A., & Liberman, A. (2011). *Una introducción a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Ampudia Rueda, A. (2009). *Guía Clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual Moderno.
- Ampudia Rueda, A., Santaella Hidalgo, G. B., & Eguía Malo, S. (2009). *Guía Clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual Moderno.
- Andrade Palos, P., & Betancourt Ocampo, D. (2012). Problemas Emocionales y Conductuales en Niños: Predictores desde la Percepción de los Padres y de los Hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(2), 650-664.
- Association for Play Therapy. (s.f.). Recuperado el 27 de agosto de 2016, de <http://www.a4pt.org>
- Axline, V. M. (2003). *Terapia de Juego*. México: Diana.
- Bailey, C. E., & Ford Sori, C. E. (2000). Involving Parents in Children's Therapy. En *Children in Therapy. Using the Family as a Resource* (págs. 475-503). Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Directions for Child and Adolescent Development*(108), 61-69.
- Beck, J. S. (2009). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Belsky, J., & Fearon, R. M. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 293-310.
- Betancourt, D., & Andrade Palos, P. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(1), 29-48.

- Blom, R. (2006). *The Handbook of Gestalt Play Therapy. Practical guidelines for child therapists*. Londres: Kessica Kingsley Publishers.
- Bornstein, M. H., & Arterberry, M. E. (2003). Recognition, discrimination, and categorization of smiling by 5-month-old infants. *Development Science*(6), 585-599.
- Bosch, L. (1983). El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación. *Anuario de Psicología*, 28(1), 85-114.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy en clinical practice*. Nueva York: Jason Aronson.
- Brenan, P. A., Grekin, E. R., Mortensen, E. L., & Mednick, S. A. (2002). Relationship of maternal smoking during pregnancy with criminal arrest and hospitalization for substance abuse in male and female offspring. *American Journal of Psychiatry*, 159, 48-54.
- Bretherton, I. (1991). Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. En M. R. Gunnar, & L. A. Sroufe, *Self processes and development* (págs. 1-41). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brito Guadarrama, K. (2014). *Adaptación del Inventario de Esquemas sobre la Apariencia-Revisado (ASI-R) en adolescentes mexicanos* (Tesis de especialización). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2014/junio/305635347/Index.html>
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2014). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes técnicos* (3 ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Bush, K. R., & Peterson, G. W. (2008). Childhood growth and development. En T. P. Gullotta, & G. M. Blau (Edits.), *Handbook of childhood behavioral issues: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (págs. 43-67). New York: Routerledge Press.
- Campos, R. P. (2010). Caso 5. Terapia de juego cognitivo conductual en el manejo de la tartamudez y la ansiedad. En A. F. Esquivel, *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos* (págs. 151-165). México: Manual Moderno.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Case, R. (1992). *The mind's staircase*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública [CESOP]. (2005). *Violencia y maltrato a menores en México*. México: Cámara de Diputados LIX Legislatura.

- Chao, R. K. (2001). Extending research on the consequences of parenting style for Chinese Americans and European Americans. *Child Development*, 72(6), 1832-1843.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (s.f.). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and direction for child development research. *Child Development*(75), 317-333.
- Cornejo Parolini, L. Z. (1996). *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Couperus, J. W., & Nelson, C. A. (2008). Early Brain Development and Plasticity. En K. McCartney, & D. Phillips (Edits.), *Early Childhood Development* (págs. 85-105). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Craig, G. J., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
- Craig, G. J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Cuervo, M. (2009). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121.
- D'Alessio, L. (2009). *Mecanismos Neurobiológicos de la Resiliencia*. Buenos Aires: Polemos.
- Deater-Deckard, K., & Cahill, K. (2006). Nature and nurture in early childhood. En K. McCartney, & D. Phillips, *Blackwell handbook of early childhood development* (págs. 4-21). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Deater-Deckard, K., & Petrill, S. A. (2004). Parent-child dyadic mutuality and child behavior problems: An investigation of gene-environment processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1171-1179.
- Dolto, F. (1980). *Psicoanálisis y pediatría: las grandes nociones del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Drewes, A. A. (2012). Terapia de juego integrativa. En C. E. Schaefer (Ed.), *Fundamentos de Terapia de Juego* (2 ed., págs. 349-364). México: Manual Moderno.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 25(12), 1627-1640.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in children. A handbook for adults*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas [UNICEF]. (1995). *Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor*. México.
- Esquivel y Ancona, F., Heredia y Ancona, M. C., & Lucio Gómez-Maqueo, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual çModerno.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. (2015). *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*. Escuela de Becarios. Secretaría de Investigación y Posgrado. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Feixas, G., & Miro, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández Rodríguez, L. (2014). *Juego Psicoterapéutico para el desarrollo emocional. Psicoterapia Gestalt para niños y jóvenes*. México: Pax.
- Fernald, A. (1996). Approval and disapproval: Infant responsiveness to vocal affect in familiar and unfamiliar languages. *Child Development*(64), 657-674.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., & Diego M. (2006). Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*, 26, 15-30.
- Fischer, K. W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87, 477-531.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2014). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Gamboa Ojeda, L. G. (2010). Caso 1. Terapia de juego para el autocontrol de emociones con un niño con capacidad intelectual por debajo del promedio. En F. E. Ancona, *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México, 77-90: Manual Moderno.
- García Fernández, M. E. (2006). Consecuencias del maltrato físico infantil sobre los problemas de conducta: mediadores y moderadores. *Intelligo*, 1(1), 49-61.
- Garzón, R. (2009). *Trabajo social forense y maltrato infantil*. Cali: Anzuelo Etico.
- Gelman, S. A. (2008). Early Conceptual Development. En K. McCartney, & D. Phillips (Edits.), *Early Childhood Development* (págs. 149-166). Oxford, UK: Blackwell Publishing.

- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gullotta, T. P. (2008). How Theory Influences Treatment and Prevention Practice with the Family. Evidence Based Prevention and Treatment Approaches. En T. P. Gullotta, & G. M. Blau (Edits.), *Family Influences on Childhood Behavior and Development* (págs. 1-20). New York: Routledge.
- Harter, S. (1996). Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. En J. Suls, & A. G. Greenwald (Edits.), *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: Guilford Press.
- Harter, S. (2008). The Developing Self. En W. Damon, & R. M. Lerner (Edits.), *Child and Adolescent development: an advanced course* (págs. 216-255). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Hartup, W. W., & Laursen, B. (1991). Relationships as developmental context. En R. Cohen, & A. W. Siegel (Edits.). Hillsdale: Erlbaum.
- Hartup, W. W., & Abecassis, M. (2004). Friends and enemies. En P. K. Smith, & C. H. Hart, *Blackwell handbook of childhood social development*. Malden, MA.
- Henao, G., & García, M. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 785-802.
- Heredia y Ancona, M. C. (2014). Influencia del contexto social y familiar en el desarrollo del niño y sus alteraciones. En E. Lucio, & M. C. Heredia y Ancona, *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (págs. 27-48). México: Manual Moderno.
- Heredia y Ancona, M. C., Santaella Hidalgo, G. B., & Somarriba Rocha, L. A. (2012). *Interpretación del Test Gestáltico Visomotor de Bender. Sistema de puntuación de Koppitz*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernandez, P. A. (2006). El subsistema cognitivo en la etapa preescolar. *Revista Aquichan*, 6(1), 68-77.
- Higgins, E. T. (1991). Development of self-regulatory and self-evaluative processes: Costs, benefits, and tradeoffs. En M. R. Gunnar, & L. A. Sroufe (Edits.), *Minnesota Symposia on Child Development. Self processes and development* (Vol. 23, págs. 125-166). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs* (Vol. 2). Nueva York: Norton.
- Kernberg, P., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno .
- Kim-Cohen, J., & Moffitt, T. E. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development, 75*, 651-668.
- Klimes-Dougan, B., & Kendziora, K. T. (2000). Resilience in Children. En *Children in Therapy. Using the Family as a Resource* (págs. 407-427). Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Knell, S. M. (2004). *Cognitive-behavioral play therapy*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Knell, S. M. (2009). Cognitive Behavioral Play Therapy: Theory and Applications. En *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy. Evidence-Based and Other Effective Treatments and Techniques* (págs. 117-134). Hoboken, NJ: Wiley.
- Knell, S. M. (2012). Terapia de juego cognitivo-conductual. En C. E. Schaefer (Ed.), *Fundamentos de Terapia de Juego* (págs. 313-328). México: Manual Moderno.
- Landy, S. (2009). *Pathways to Competence. Encouraging Healthy Social and Emotional Development in Young Children* (2 ed.). Baltimore: Brookes Publishing.
- Levine, L. E., & Munsch, J. (2014). *Child development*. Los Ángeles: SAGE.
- Levine, L. E., & Munsch, J. (2016). *Child Development from Infancy to Adolescence*. Los Ángeles: SAGE Publications, Inc.
- Lewis, M. (1997). The Self in Self-Conscious Emotions. *Annals of the New York Academy of Sciences, 818*(1), 119-142.
- Lewis, M. (2003). The Emergence of Consciousness and Its Role in Human Development. *Annals of The New York Academy of Sciences, 1001*(1), 104-133.
- Lindsay, W. R., Howells, L., & Pitcaithly, D. (1993). Cognitive therapy for depression with individuals with intellectual disabilities. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 66*(2), 135-141.

- Lucio Gomez-Maqueo, E. (2014). Psicopatología infantil. En E. Lucio Gomez-Maqueo, & M. C. Heredia y Ancona, *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (págs. 1-26). México: Manual Moderno.
- Maluccio, A. N., & Ainsworth, F. (2003). Drug abuse by parents: A challenge for family reunification practice. *Children and Youth Services Review, 25*, 553-569.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*(2), 63.
- Martínez, Á. C. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas, 6*(1), 111-121.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2008). Vulnerability and Resilience in Early Child Development. En K. McCartney, & D. Phillips (Edits.), *Early Childhood Development* (págs. 22-43). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Medina Liberty, A. (2007). *Pensamiento y Lenguaje. Enfoques constructivistas*. México: McGraw-Hill.
- Méndez, M., Andrade Palos, P., & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 5*(1), 99-118.
- Meth, R. L. (2000). Involving Fathers in Children's Therapy. En C. E. Bailey (Ed.), *Children in Therapy. Using the family as a resource* (págs. 383-406). Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Moore, C. (2010). Social Cognition in Infancy. *Encyclopedia on Early Childhood Development, 5-7*.
- Moreno Manso, J. M. (2003). Estudio sobre las repercusiones lingüísticas del maltrato y abandono emocional infantil. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 23*(4), 211-222.
- Mortola, P. (2010). *El Método Oaklander. Aprender Gestalt Infanto-Juvenil con Juegos y Arte*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Mussen, P. H., Conger, J. J., & Kagan, J. (2009). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.
- Naidu, T. , & Behari, S. (2010). The parent-child-therapist alliance: A case study using a strategic approach. *Journal of Child & Adolescent Mental Health, 22*(1), 41-50.

- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. En J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Edits.), *Handbook of psychotherapy integration* (2 ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2012a). *El Tesoro Escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanti-juvenil*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2012b). Terapia de juego Gestalt. En C. E. Schaefer (Ed.), *Fundamentos de Terapia de Juego* (págs. 171-186). México: Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: CENGAGE Learning.
- Ocampo, D. B., & Palos, P. A. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.
- Oliva, A., Parra, A., & Sanchez, M. I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 20(2), 225-242.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs10/es>
- Oros, L. B., & Vogel, G. K. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, 17(1), 85-101.
- Papalia, D. E., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2013). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Parke, R. D., Leidy, M. S., Schofield, T. J., Miller, M. A., & Morris, K. L. (2009). Socialization. En J. B. Benson, & M. M. Haith, *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (págs. 446-456). Denver: Academic Press.
- Pedroza Atitlán, M. (2015). *Escala de esquemas maladaptativos tempranos en niños de 8 a 13 años* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2015/anteriores/psicologia/0734428/Index.html>
- Pereira, M. G., & Flores Galaz, M. M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15(2), 221-230.

- Pérez-Landeiro, A., Allende-Bandrés, M. A., Agustín Fernández, M. J., & Palomo Palomo, P. (2002). Teratogénesis: clasificaciones. *Farmacia Hospitalaria*, 26(2), 171-177.
- Pinto-Martin, J., Whitaker, A., Feldman Judith, Cnaan, A., Zhao, H., Rosen-Bloch, J., . . . Paneth, N. (2004). Special education services and school performance in a regional cohort of low-birthweight infants at age nine. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18(2), 120-129.
- Preston, J. (2003). *Terapia Breve Integradora. Enfoques Cognitivo, Psicodinámico, Humanista y Neuroconductual*. Bilbao: Desclée de Bouwer.
- Rafael, L. A. (2008). *Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y Vygotsky*. Universidad Autónoma de Barcelona, Máster en Paidopsiquiatría. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar en cooperación con Aldeas Infantiles SOS Internacional. (2010). *Documento de divulgación latinoamericano. Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria*. Buenos Aires: Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Madrid: Paidós.
- Rose, S. A., Feldman, J. F., Jankowski, J. J., & Van Rossem, R. (2005). Pathways From Prematurity and Infant Abilities to Later Cognition. *Child Development*, 76(6), 1172-1184.
- Ruble, D. N., & Frey, K. S. (1991). Changing patterns of comparative behavior as skills are acquired: A functional model of self-evaluation. En J. Suls, & T. A. Wills (Edits.), *Social comparison: Contemporary theory and reserach* (págs. 70-112). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ruiz, I., & Gallardo, J. A. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18(2), 261-272.
- Russell, A., Mize, J., & Bissaker, K. (2004). Parent-Child Relationships. En P. K. Smith, & C. H. Hart (Edits.), *Childhood Social Development* (págs. 205-222). Oxford, UK: Blackwell.

- Rutter, M. (1983). Stress, coping and development: Some Issues and Some Questions. En N. Garmezy, & M. Rutter (Edits.), *Stress, Coping, and Development in Children* (págs. 1-42). Nueva York: McGraw-Hill.
- Sánchez, G. B. (2010). Caso 4. Trastorno de Ansiedad. "Yo no soy gris, amarillo o blanco...". En A. F. Esquivel, *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos* (págs. 131-150). México: Manual Moderno.
- Sandstrom, M. J., & Zakriski, A. L. (2004). Understanding the experience of peer relection. En J. B. Kupersmidt, & K. A. Dodge, *Children's peer relations: From development to intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid: McGraw Hil.
- Sarmiento Silva, C., & Aguilar Villalobos, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(11), 25-30.
- Sattler, J. M. (2010). *Evaluación infantil. Fundamentos cognitivos* (5 ed., Vol. 1). México: Manual Moderno.
- Scaramella, L. V., & Leve, L. D. (2004). Clarifying parent-child reciprocities during early childhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 89-107.
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2009). The therapeutic powers of play. En A. A. Drewes (Ed.), *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy* (págs. 3-15). Hoboken: Wiley.
- Schaefer, C. E., & O'Connor, K. J. (1988). *Manual de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Schechter, D. S. (2004). How post-traumatic stress affects mothers' perceptions of their babies: A brief video feedback intervention makes a difference. *Zero to Three*, 43-49.
- Schonhaut, L., Rojas, P., & Kaempffer, A. M. (2005). Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo: Comuna urbano rural, Región Metropolitana, 2003. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(6), 589-598.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- Shaw, D. S., Gilliom, M., Ingoldsby, E. M., & Nagin, D. S. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology*, 39, 189-200.

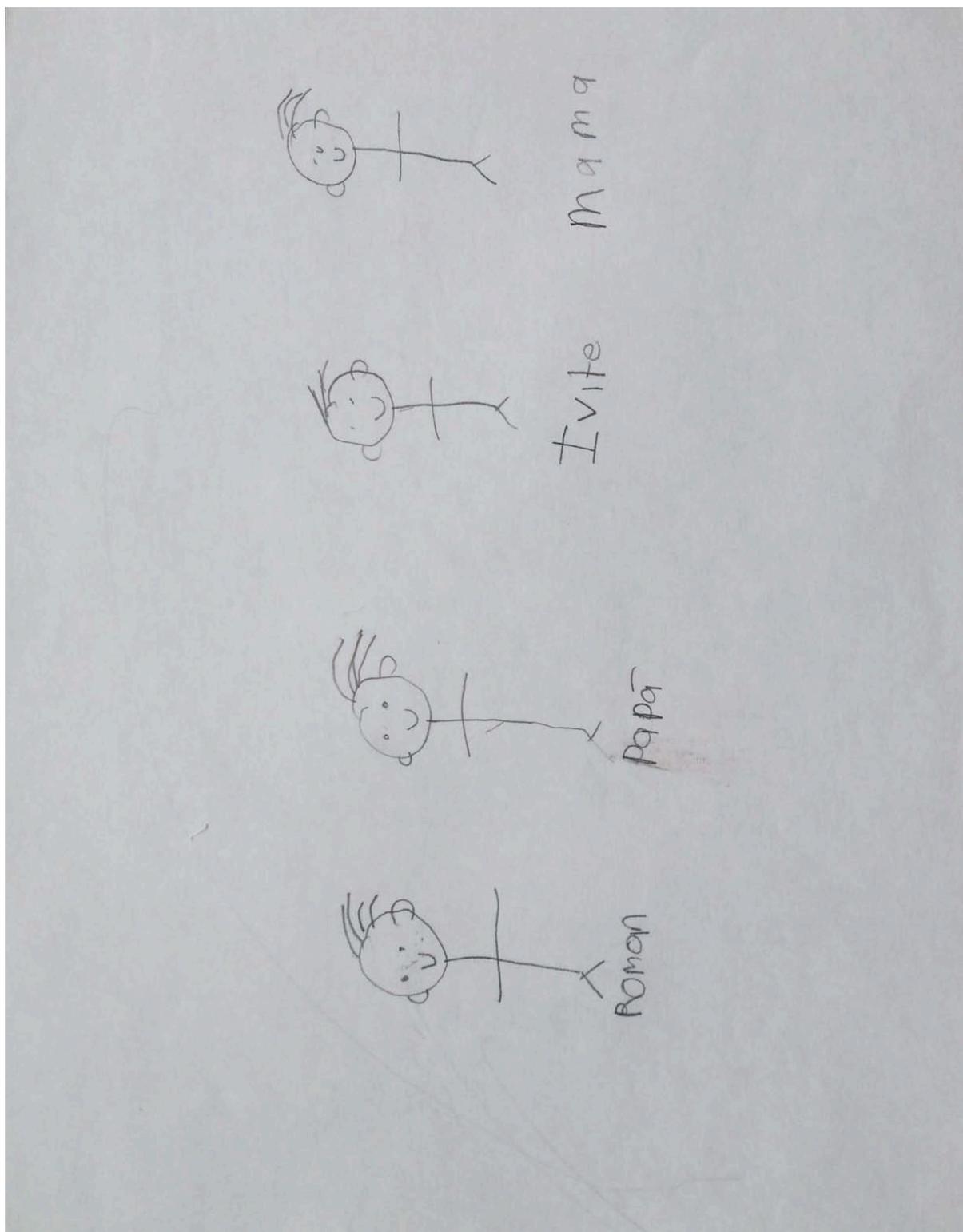
- Smith, P. K., Cowie, H., & Blades, M. (2003). *Understanding Children's Development*. Malden, MA: Blackwell.
- Sowislo, J., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, *139*(1), 213-240.
- Spencer, J. P., Clearfield, M., Corbetta, D., Ulrich, B., Buchanan, P., & Schöner, G. (2006). Moving Toward a Grand Theory of Development: In Memory of Esther Thelen. *Child Development*, *77*(6), 1521-1538.
- Stone, M. H. (2007). CBT Group Treatment with Children and Adolescents: What Makes for Effective Group Therapy? En R. W. Christner, J. L. Stewart, & A. Freeman (Edits.), *HANDBOOK OF Cognitive-Behavior Group Therapy with Children and Adolescents* (págs. 23-38). Nueva York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Stuber, M. L., & Shemesh, E. (2006). Post-traumatic stress response to life-threatening illnesses in children and their parents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *15*(3), 1-13.
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Impact of hostility and withdrawal in interparental conflict on parental emotional unavailability and children's adjustment difficulties. *Child Development*, *77*, 1623-1641.
- Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: a selective review and critique. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(4), 222-232.
- 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.
- Torres, V. I. (2013). Fantasía y muerte. Una aproximación a la propia muerte en terapia. *Apuntes de Psicología*, *31*(3), 327-333.
- Trapani, C., & Gettinger, M. (1996). Treatment of Students with Learning Disabilities. Case Conceptualization and Program Design. En M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Edits.), *Cognitive therapy with children and adolescents: a casebook for clinical practice* (págs. 251-277). Nueva York: The Guilford Press.
- Tronick, E. (2009). Social Interaction. En J. B. Benson, & M. M. Haith, *Social and Emotional Development in infancy and Early Childhood* (págs. 429-436). Denver: Academic Press.

- Trzesniewski, K., Donnellan, M., Moffitt, T., Robins, R., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low Self-Esteem Is Related to Aggression, Antisocial Behavior, and Delinquency. *Developmental psychology*, 42(2), 381-390.
- VanFleet, R. (2014). *Filial Therapy- Strengthening Parent-Child Relationships Through Play*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Wellman, H. M., & Lagattuta, K. H. (2000). Developing understandings of mind. En S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Edits.), *Understanding other minds: Perspective from developmental cognitive neuroscience* (2 ed., págs. 21-49). New York: Oxford University Press.
- Whitman, T. L., Scherzinger, M. F., & Sommer, K. S. (1991). Cognitive Instruction and Mental Retardation. En P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures* (págs. 276-315). Nueva York: The Guilford Press.
- Williams-Washington, K. N., Melon, J., & Blau, G. M. (2008). Childhood Growth and Development within a Family Context. En T. P. Gullotta, & G. M. Blau (Edits.), *Family Influences on Childhood Behavior and Development* (págs. 21-38). New York: Routerledge.
- Woodward, A. L., & Guajardo, J. J. (2002). Infant's understanding of the point gesture as an object-directed action. *Cognitive Development*(17), 1061-1084.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida. Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós.
- Zárate, L., Montero, J., & Gutiérrez, M. (2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y Salud*, 16(2), 171-178.

ANEXOS

Anexo 1. Pruebas aplicadas en la evaluación

Dibujo de la familia real y cuestionario.



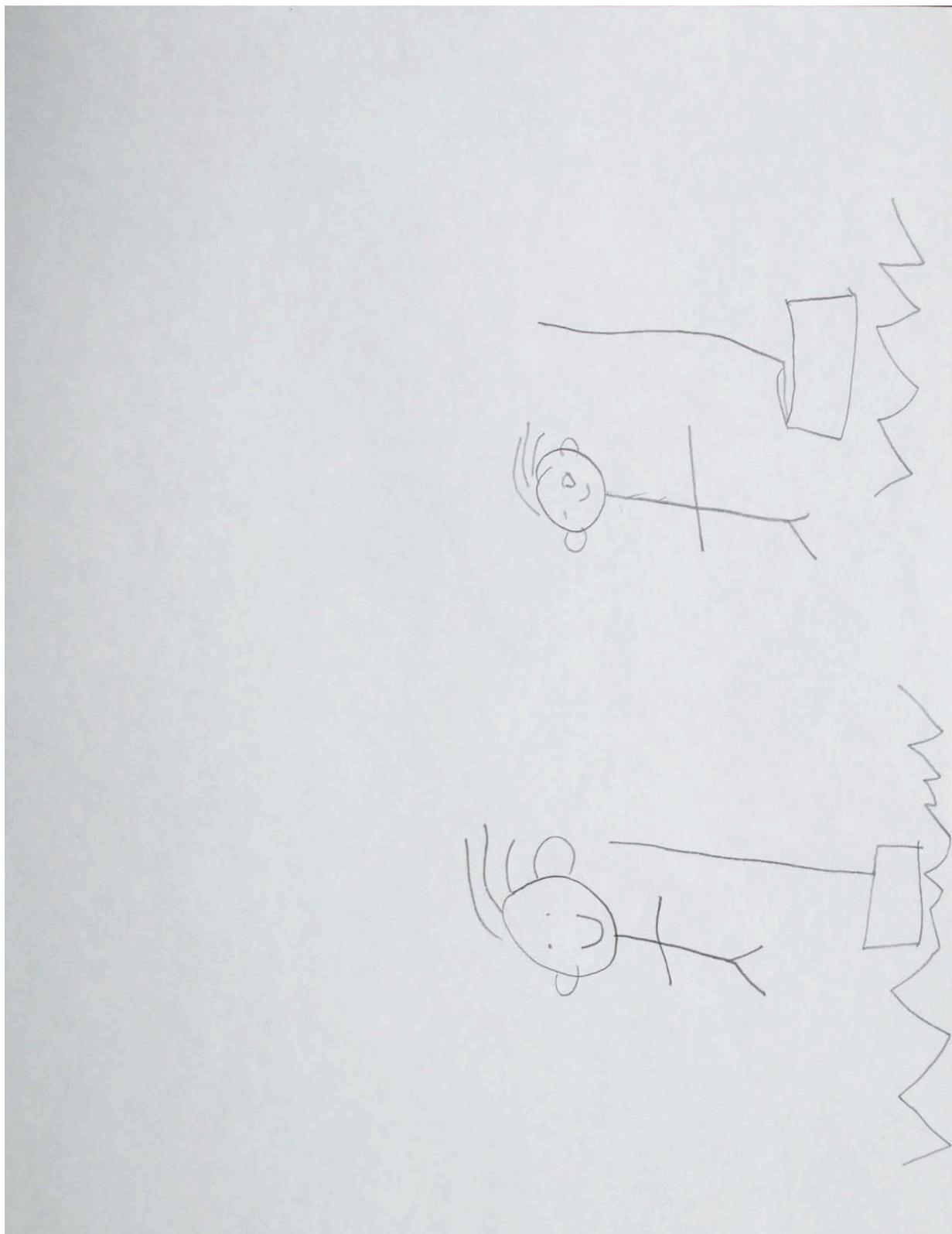
Cuestionario de la familia real.

Al preguntar si el dibujo estaba listo respondió que sí. Primero se dibuja sólo él; al preguntar si hay alguien más en esa familia dibuja a su hermana. Se preguntó si estaba completa a lo que respondió que había dos personas que faltaban; en ese momento le mostró a la terapeuta una cadena que le había regalado su mamá y una bolsa de Angry birds. Luego dibujo a su papá y, finalmente, su mamá. Al preguntarle si su dibujo estaba listo respondió que sí.

Comentó que los personajes eran: él, su hermana I., su papá y su mamá.

- ¿Dónde están? En mi casa.
- ¿Cuál es el más bueno?, ¿por qué? Mi papá y mi mamá (se le pidió elegir uno), mi papá porque lo quiero.
- ¿Cuál es el más feliz?, ¿por qué? Yo, porque me gusta ser feliz.
- ¿Cómo se llevan los personajes? Estos...yo, mi mamá, mi papá, mi hermana, bien, jugamos fútbol o luego basquetbol.
- ¿Quién ayuda a quién? Yo a mi papá, mi hermana a mi mamá; luego yo a mi mamá o luego mi hermana ayuda a mi papá.
- ¿Cuál es el más triste?, ¿por qué? Yo, no sé, soy triste cuando alguien se divorcia.
- Si la familia se tuviera que ir de viaje y uno de los personajes se tuviera que quedar, ¿quién sería? Yo, para cuidar la casa.

Dibujo de la familia en movimiento y cuestionario.

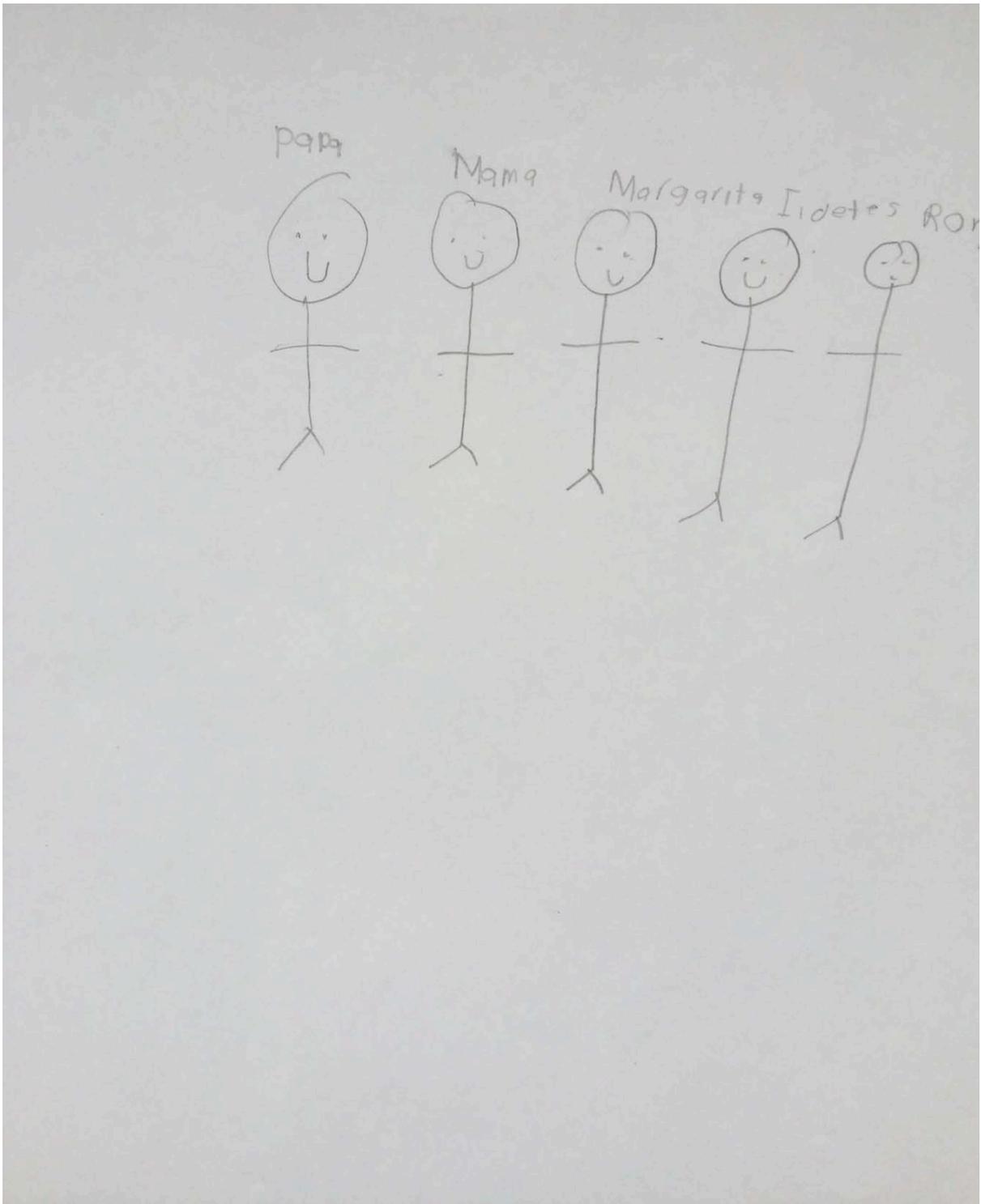


Cuestionario de la familia en movimiento.

Comentó que es su papá estaba barriendo el pasto de su casa. Se le preguntó si había alguien más en esa familia, momento en el que se dibujó. Explicó que el dibujo estaba listo.

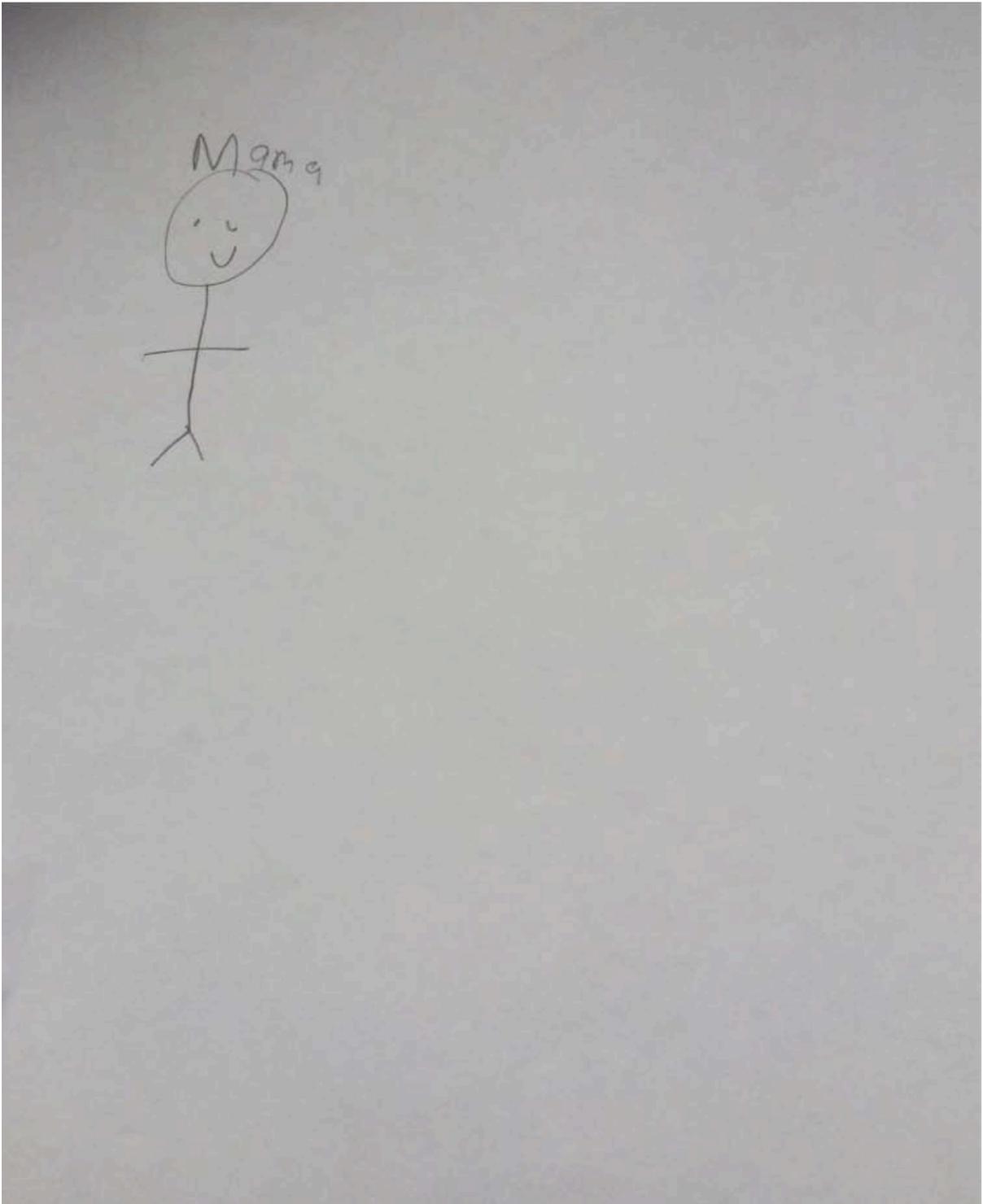
- ¿Dónde están? En mi casa.
- ¿Qué hacen? Barriendo el pasto.
- ¿Cómo se llevan? Bien.
- ¿Se ayudan? Sí.
- ¿Cuál es el más bueno? Los dos, porque lo quiero (se le pide que escoja uno), mi papá porque lo quiero.
- ¿Cuál es el más triste? Yo, porque luego se pelean mi mamá y mi papá.
- ¿Cuál es el más feliz? Mi papá, porque lo quiero.
- Si la familia se tuviera que ir de viaje y uno de los personajes se tuviera que quedar, ¿quién sería? Mi papá porque lo quiero, y como tengo una abuelita con cáncer...o mi mamá.

Dibujo de la figura humana 1.



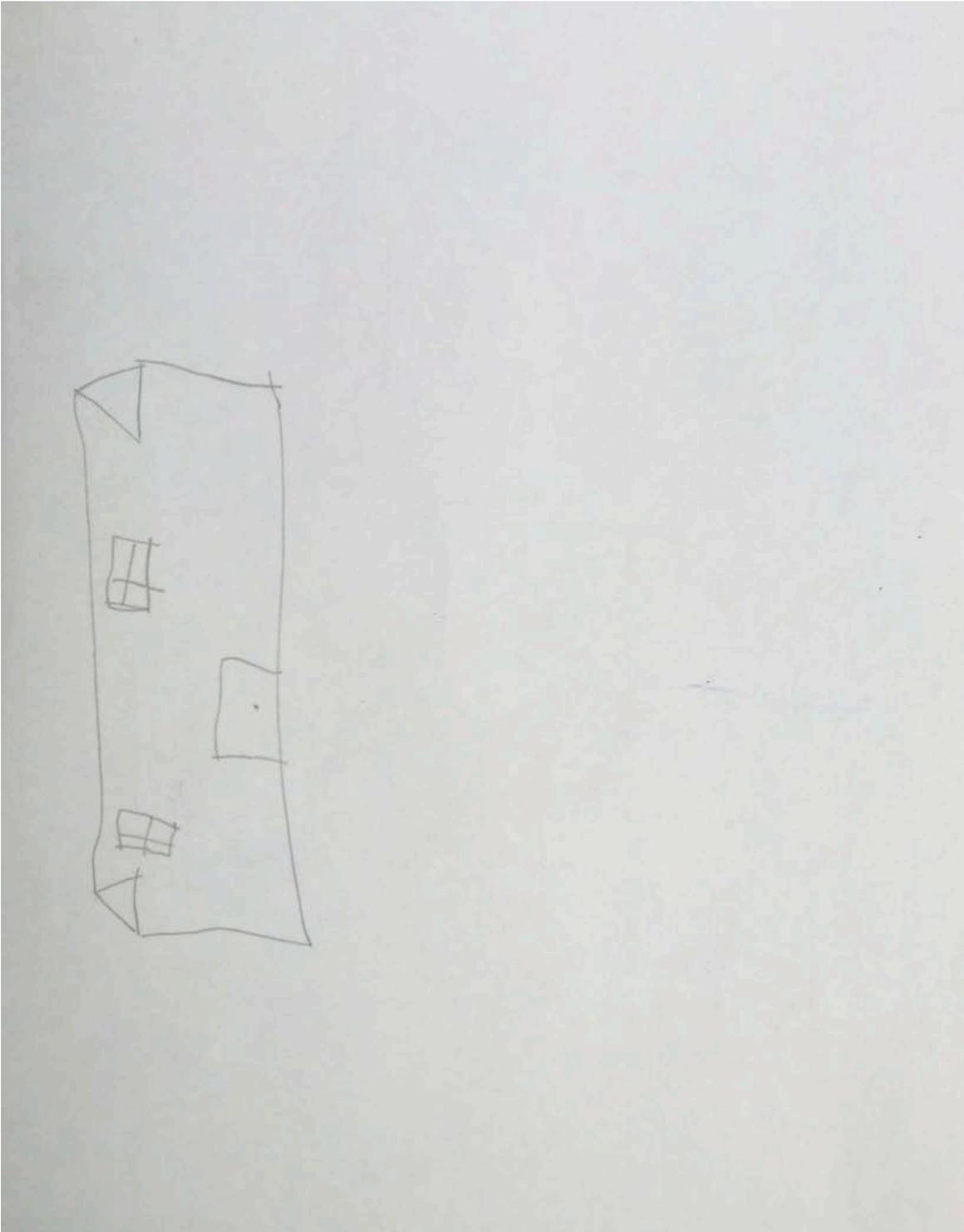
Explicó que eran su papá, su mamá, sus hermanas y él. Relató la siguiente historia: “una vez mi papá se fue de la casa y mi mamá le pegó a mi papá y entonces tuvo que irse muy lejos y volvió”.

Dibujo de la figura humana 2.



Comentó haber dibujado a su mamá. Narró la siguiente historia: “una vez mi mamá en su cumpleaños le regalamos un pastel y ella nos dio a mi hermana, a mi papá y a mi tío, y entonces mi abuelita se puso mal y la llevamos al hospital y le dijeron que tenía cáncer y nada más”. Leyó la historia correctamente, aunque lento y por sílabas.

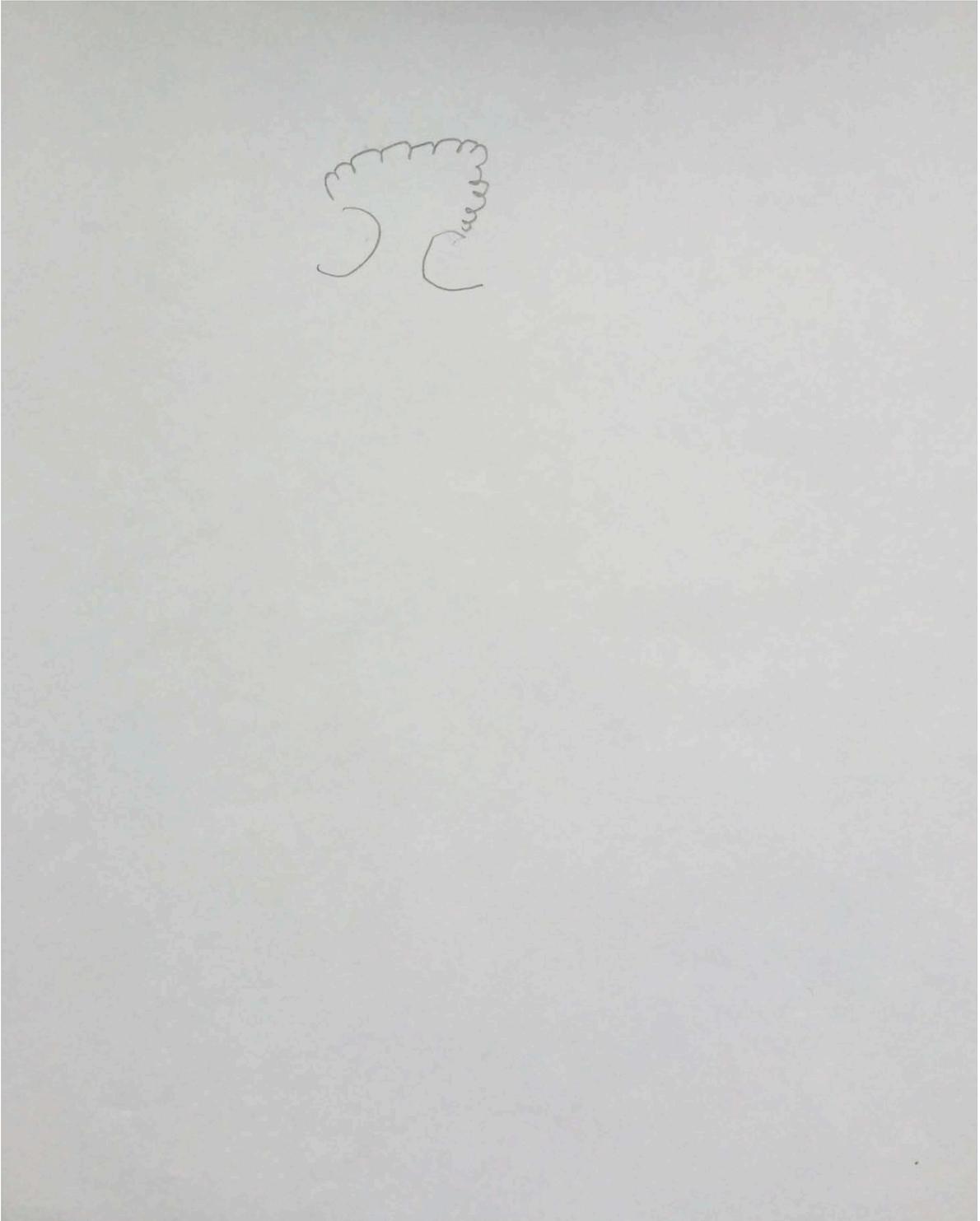
Dibujo de la casa.



“Esta casa me la dejó mi abuelito y después y también me dejó los ranchos, a mí y ya”.

En el interrogatorio posterior explicó que ahí vivían él, su papá, su hermana I., su mamá, su hermana M., su abuelita, su tío y su tía, quienes se llevaban bien. Si la casa fuera una persona, sería su papá. Escogería toda la casa para él.

Dibujo de un árbol.



“Una vez me gustó un árbol, me lo llevé a mi casa y lo sembré y luego le eché agua y después nació y después lo tiré a la basura como ya no me gustó y encontré otro más mejor. Era bien, tenía frutos mangos y el otro no. El árbol es ya grande. Ya no me acuerdo”. Comentó que el árbol estaba en su casa y si fuera una persona, sería su papá.

Acuario realizado en la sesión de juego familiar.



Conclusiones de la sesión de juego familiar.

Si bien la familia siguió las instrucciones dadas para la realización de la actividad, la comunicación entre ellos fue bastante escasa, particularmente entre los padres. Éstos en ningún momento hablaron entre sí para ponerse de acuerdo respecto a cómo harían la actividad; tampoco incluyeron al niño durante la planeación, más bien, trabajaron de forma paralela.

Aunque el padre cooperó con la actividad, lo hizo de forma aislada, pues en muy pocas ocasiones se dirigió a su esposa o a R. De igual forma, parecía ignorar los comentarios que le hacían, particularmente los de su hijo, quien hizo verbalizaciones que descalificaban su trabajo en varias ocasiones, como “tú no sabes dibujar” (sic. R.). Cuando la madre le pidió ayuda, éste no respondió de forma verbal, únicamente hizo lo que la madre le pidió. Su tono de voz fue bajo, y durante el interrogatorio posterior permaneció con los brazos cruzados.

En el caso de la madre estuvo más pendiente de lo que hacía R., comentando respecto a lo que éste hacía. A pesar de que nunca hubo una comunicación clara y directa entre los padres, la madre pidió a su esposo que la ayudara a dibujar su pez, pues expresó no saber cómo hacerlo. Un momento interesante, fue cuando la madre hizo un comentario negativo respecto al pulpo de R., diciendo “¡ay hijo! Te había quedado bonito hasta que mezclaste la pintura con el pincel” (sic. madre), descalificando de alguna manera el trabajo y esfuerzo de su hijo. Mientras hacían el acuario la madre únicamente pegó los peces en la cartulina y observó lo que su esposo y R. hacían. Sin embargo, ni ella ni el padre parecían prestar verdadera atención a lo que su hijo hacía, por lo que R. buscó la aprobación y ayuda de la terapeuta. El menor, por su parte, se mostró interesado por la actividad.

Peces hechos por cada uno de los integrantes:

- R.: pulpo. Comentó que, al igual que el animal de su papá, el pulpo es un animal que se siente bien, en libertad. Añadió que mataban a su pulpo (sus padres), diciendo que él también podría matar a los peces que éstos habían hecho.
- Mamá: pez vela. Refirió sentirse a gusto y contenta pues trataba de llevarse bien con todos; comentó: “si no se meten con el pez, todo está bien” (sic. madre).
- Papá: mantarraya. Explicó que era un animal libre, aunque podía quedar atrapado cuando la gente pesca; añadió ser un animal que no busca problemas con los demás.

Anexo 2. Guía para la evaluación del proceso terapéutico en la terapia de juego Gestalt (Blom, 2006)

Aspecto general	Subcomponentes	Al inicio del proceso	Al final del proceso
Relación terapéutica	Nivel de confianza	En un inicio el menor mostraba un nivel de confianza bajo, el cual se reflejaba en poco contacto tanto visual como físico con la terapeuta.	El menor mostró más confianza con la terapeuta, con frecuencia comentaba de manera espontánea situaciones que le ocurrían durante la semana, además de que establecía mayor contacto físico y verbal.
	Resistencia	Al inicio aparecía con mayor frecuencia, especialmente ante temas que percibía como amenazantes: malestar emocional y situación conflictiva entre y con sus padres.	Si bien la resistencia continuó apareciendo, era con menor frecuencia que al inicio. Se mostraba dispuesto a hablar respecto a situaciones que lo hacían sentir triste o enojado, como la muerte de su abuelo, el que sus papás lo regañen y le lleguen a pegar, además de las dificultades en la interacción con sus pares.
Habilidades para el contacto	Contacto con el terapeuta (se mantiene o no)	En un inicio, R. no lograba establecer contacto con la terapeuta, lo cual fue cambiando hasta poder mantener el contacto por periodos cortos de tiempo.	El menor consiguió establecer contacto con la terapeuta, logrando mantenerlo por periodos más largos.
	Retiro del contacto	El retiro solía darse de manera abrupta ante	Al final, mostraba una mayor capacidad de establecer

		temas que le generaban incomodidad. Esto se observaba a través de la participación activa en una actividad dada.	y mantener el contacto, por lo que el retiro de éste era más suave, indicando de manera verbal su deseo por cambiar de tema.
	Empleo de habilidades de contacto	Percibía cierta desigualdad jerárquica de respecto a la terapeuta, lo que dificultaba el empleo adecuado de habilidades de contacto. Se mostraba inhibido respecto a la expresión emocional, el uso del cuerpo y los sentidos.	Era capaz de emplear habilidades de contacto dentro del espacio terapéutico, por ejemplo, a través de la conversación, el dibujo y el juego. Así mismo, el contacto establecía a través del uso de los sentidos y su cuerpo
	Hace uso de límites en el contacto (para satisfacer sus necesidades)	Incapacidad para establecer límites claros y apropiados en la relación terapéutica. Esto le generaba sentimientos de ansiedad.	Logró establecer límites respecto a lo que le gusta y lo que no, lo que le permitió experimentar, conocer y probar sus propios límites. Ello se logró a través del establecimiento de límites claros dentro de las sesiones y respetando su necesidad o deseo de limitarse en algunas participaciones.
Establecimiento de límites	Influencia de introyectos	Mostraba dificultades importantes para discriminar entre los mensajes acerca de sí mismo que eran acordes a la realidad y aquellos que no. Se observaban introyectos relacionados con incapacidad para realizar actividades solo,	Si bien no logró ser capaz de identificar por completo la validez de los introyectos que ha asimilado, pudo darse cuenta de que hay cosas que puede hacer de manera adecuada solo.

		dependencia y poca valía.	
	Involucramiento, interés y excitación	Se mostraba interesado, con un nivel de excitación moderado y un involucramiento limitado, pues no era capaz de comprometerse en la relación terapéutica. Solía evitar actividades que implicaran el autodescubrimiento o la expresión emocional.	Se le observaba más involucrado en la relación terapéutica, mostrando interés por lo que la terapeuta desea hacer en ciertos momentos de la sesión. Su interés y excitación tanto en el juego como durante las diversas actividades aumentó, mostrándose más dispuesto a participar de manera activa.
Interés	Tono de voz	Generalmente bajo, especialmente ante actividades que implicaran temas que le provocaban angustia; moderado durante el juego.	Tono de voz de moderado a elevado dependiendo de la actividad que se realizara en la sesión.
	Uso de respiración	Se observaba una respiración entrecortada especialmente ante temas amenazantes.	Solía ser una respiración adecuada.
	Nivel de energía	Solía mantener un nivel de energía moderado, aunque éste aumentaba durante actividades de juego, cuando se mostraba efusivo y entusiasmado.	Presentaba un nivel de energía moderado aún en actividades que implicaban temas incómodos para él, como la relación con sus padres o pares. Durante el juego el nivel de energía solía aumentar.
Postura corporal	Cómo camina, se sienta y se para, y	Habitualmente caminaba con la cabeza agachado y una postura encorvada. Se sentaba	Caminaba con una postura erguida y un ritmo adecuado, denotando mayor seguridad. Usualmente

	cómo es su postura.	en una de las sillas pequeñas del consultorio y solía levantarse mostrando una energía moderada, especialmente cuando era para comenzar alguna actividad de juego.	se sentaba en uno de los sillones, como si se hundiera en éste. Al levantarse solía hacerlo con cierto grado de energía.
Humor	Cómo responde al humor	Responde de manera positiva, aunque con reserva, debido a la falta de alianza terapéutica sólida.	Respondía con mayor apertura, mostrándose a sí mismo, lo cual puede deberse, en parte, a una relación terapéutica cálida y de confianza.
	Sentido del humor	Ante situaciones que tenían una intención humorística, R. reaccionaba sonriendo y riendo en ocasiones.	Continuaba mostrando disfrute ante situaciones humorísticas, lo que demostraba a través de la sonrisa y la risa. Con relativa frecuencia generaba situaciones divertidas, por ejemplo, contando algún chiste.
	Juego imaginativo	Mostraba poca imaginación durante el juego, el cual solía ser más estructurado.	Se observaba mayor creatividad durante el juego, haciendo uso de la imaginación.
Resistencia	Nivel de resistencia	Solía mostrar un nivel de resistencia considerable, lo que podría ser visto como una manera de protegerse a sí mismo debido a la ausencia de fortaleza del <i>self</i> para hacer frente a situaciones que le generan malestar emocional.	La resistencia surgía de manera esporádica. A lo largo del proceso se respetó la resistencia cuando aparecía, intentando retomar la temática en cuestión en momentos posteriores.

	Cómo se manifiesta	A través del retiro de energía de la actividad, rehusándose a platicar al respecto. En algunas ocasiones se tapaba la boca o los ojos, demostrando su incomodidad respecto a ciertos temas.	Era capaz de expresar de manera verbal su deseo por no hablar de algunos temas. Se atrevía a hablar más respecto a ciertos temas que antes se rehusaba a tratar en las sesiones: conflictos en la relación con su familia, compañeros de clase y muerte de su abuelo.
Poder y control	Durante las sesiones	Se mostraba inseguro al momento de tomar decisiones dentro de las sesiones, buscando de manera constante que fuera la terapeuta quien eligiera las actividades o materiales. Durante el juego mostraba mayor iniciativa para tomar decisiones.	Mostraba mayor iniciativa para iniciar actividades y tomar el control en algunos momentos de la sesión, lo que generó en él mayor sensación de control sobre su entorno y sí mismo. Aún buscaba la aprobación de la terapeuta y consideraba la opinión de ésta para tomar algunas decisiones, por lo que se continuó reforzando que es capaz de tomar decisiones por sí mismo. Reconocía que en ocasiones le costaba trabajo tomar una decisión pues cambia de parecer con facilidad.
	¿Sabe qué son?	Se limitaba a mencionar algunos ejemplos de emociones, como contento y triste.	Sí. Reconoció qué es lo que las personas sienten ante distintos eventos, tanto positivos como negativos.
Expresión emocional	Capacidad de expresión	Limitada. Mostraba dificultades para expresar las emociones que le generaban diversas situaciones negativas de su entorno.	Adecuada, pues identificaba que todos experimentan diversas emociones a lo largo de su vida, lo que le dio la posibilidad de expresarlas con mayor

		seguridad. A partir de que Leo, un títere, comenzó a participar como co-terapeuta en las sesiones, se mostró más dispuesto a expresar sus emociones.
Identificar causas de las emociones	Se observaban dificultades para asociar algunos eventos particulares con ciertas emociones.	Asociaba que ante eventos positivos suelen experimentarse emociones agradables, mientras que los eventos negativos generan emociones como la tristeza o el enojo.
Manejo de emociones hacia distintas personas	Solía mostrar mucho enojo y hostilidad, principalmente en la relación con sus padres. Con sus pares la intensidad del enojo era menor. En cuanto a las emociones positivas, parecía no ser capaz de expresarlas de manera abierta.	Aún mostraba algunas dificultades para el control de emociones negativas, especialmente del enojo y en casa. Logró identificar que tiene derecho a sentirse enojado y que expresarlo “no es malo” (sic. R.). Con sus pares mostraba mayor capacidad de controlar su enojo. Mostraba mayor disposición a hablar de manera abierta de sus emociones, especialmente de las positivas, como la alegría y el amor.
Cómo maneja sus emociones	Mostraba formas poco asertivas para la expresión y manejo de emociones negativas. En el caso del enojo solía reaccionar de	Aún se observaban dificultades para manejar el enojo en casa. Con sus pares fue capaz de reaccionar de distinta manera, pues cuando lo molestaban, en vez

		manera agresiva hacia sus padres, hermanas y compañeros de escuela.	de agredirlos, los acusaba con la maestra o con sus papás.
	Emociones expresadas	no Mostraba resistencia a expresar la mayoría de sus emociones, como si el hecho de hablar de sus emociones fuera algo malo. Esto puede ser resultado de lo que ha aprendido en casa, donde se ha limitado la expresión emocional del menor.	Aún mostraba cierta resistencia ante ciertos temas y situaciones, específicamente relacionados con la tristeza. Sin embargo, se le notaba más dispuesto a hablar de las situaciones que le generaban enojo.
	Capacidad de expresión sentimientos pensamientos	de Mostraba ciertas dificultades para expresar sus sentimientos y pensamientos. y Su pensamiento era coherente aunque omitía algunos conectores al hablar.	Mostraba una mayor capacidad para expresar las emociones que le generaban diversas situaciones en su entorno. Se encontraba ubicado en tiempo, lugar y persona, mostrando un pensamiento concreto.
Aspectos cognitivos	Habilidades lenguaje	de Se observaban dificultades para la pronunciación del fonema “erre”, así como de lecto-escritura. Solía rehusarse a participar en actividades que implicaran la lectura y/o escritura.	Si bien aún mostraba algunas dificultades de lenguaje y en la lecto-escritura, al final se le veía más dispuesto a leer y escribir en algunas ocasiones, “se atrevía a equivocarse”.
	Capacidad de seguir indicaciones, jugar y organizarse	de Exhibía una capacidad adecuada para seguir indicaciones dentro del consultorio, aunque se distraía con algunos juguetes. y	Mostraba un nivel de atención adecuado, respetando los momentos estipulados durante la sesión. Exhibía mejores capacidades de organización y

solucionar problemas	<p>Mostraba dificultades para organizarse y buscaba el apoyo de la terapeuta para poder solucionar problemas dentro del consultorio. Denotaba impulsividad al momento de jugar y realizar diversas actividades.</p> <p>Durante el juego se mostraba más seguridad y espontaneidad.</p>	<p>planeación, considerando las consecuencias de actuar de manera precipitada.</p> <p>Se le observaba más seguro al intentar solucionar problemas dentro del consultorio, buscando diversas alternativas de solución.</p> <p>Continuaba mostrándose seguro, espontáneo y con capacidad para organizar y planear su juego.</p>
Ideas y opiniones propias	<p>Se observaban en R. dificultades en la expresión de ideas y opiniones, por lo que en algunas ocasiones se rehusaba a expresarlas y en otras lo hacía con cautela.</p>	<p>Se observaba en el menor mayor seguridad para expresar lo que piensa respecto a ciertas situaciones. Aún buscaba la aprobación por parte de la terapeuta y se preocupaba por considerar las opiniones de ésta en las diversas actividades que se realizaban.</p>
Coherencia de ideas y opiniones	<p>Sus ideas eran coherentes con la situación presentada, con excepción de los casos en los que aparecía la resistencia, momento en el que cambiaba de actividad de manera drástica y era incapaz de verbalizar su opinión al respecto.</p> <p>Solía cambiar de opinión de manera repentina, diciendo que sí a una cosa y</p>	<p>En ocasiones llegaba a expresar su temor a equivocarse o no encontrar la solución a algún problema; se reforzaba positivamente cuando resolvía los problemas por sí mismo. Mostraba mayor seguridad al expresar una opinión, manteniéndose firme al respecto, la mayoría de las ocasiones.</p>

		segundos después que no. Constantemente respondía con monosílabos o moviendo la cabeza.	
	Uso de símbolos y abstracción de acuerdo a la edad	El uso de símbolos no era acorde a lo esperado para su edad. Mostraba ciertas dificultades en la comprensión de conceptos abstractos, como lo son las emociones.	Lograba simbolizar a través del juego, estableciendo diversos roles durante éste. La comprensión de conceptos abstractos se trabajó con el empleo de metáforas; si bien aún mostraba limitaciones en cuanto a su capacidad de abstracción, lograba comprender algunos conceptos a través de las metáforas empleadas.
	Sentido del bien y el mal	Parecía tener la idea de que muchas de las cosas que hacía eran malas, como equivocarse, sentirse enojado o no saber la respuesta a alguna pregunta. Reconocía que “no está bien” (sic. R.) agredir o insultar a otras personas, por lo que cuando llegaba a hacerlo durante el juego se disculpaba de manera casi inmediata.	Reconocía que las personas “tienen derecho a enojarse” (sic. R.) y lograba reconocer la utilidad de las emociones. Expresaba la idea de que debe disculparse cuando se siente triste, enojado o asustado, como un intento por arreglar la situación. Se observaba en el menor la noción del bien y el mal.
Creatividad	Involucramiento abierto y libre en	Exhibía cierta inhibición a actuar de manera libre en actividades que implicaran el uso de	Se involucraba de manera entusiasta y libre en técnicas creativas, mostrándose dispuesto a imaginar

	técnicas creativas	la imaginación y creatividad.	e inventar cosas.
	Disposición a probar cosas nuevas	Se mostraba reservado ante la idea de probar nuevos materiales y actividades durante la sesión.	Se le notaba más dispuesto al uso de cosas nuevas, especialmente al ver que la terapeuta empleaba materiales como las pinturas dactilares o actuaba durante las sesiones; parecía que ver a otro hacerlo le brindaba cierta seguridad para aventurarse a probar.
	Retiro de la actividad, restricción o defensividad	Solía retirarse de manera abrupta de actividades que implicaran la expresión de emociones displicentes, restringiendo así su participación en estas. Se mostraba considerablemente defensivo.	Cuando consideraba necesario retirarse de alguna actividad lo hacía de manera sutil y logra expresarlo verbalmente. La restricción y defensividad disminuyeron.
Sentido del <i>self</i>	Grado de autoconciencia introspección	Era evidente la dificultad para entrar en contacto consigo mismo, mostrándose poco dispuesto a reconocer el malestar que le generaban diversas situaciones de su entorno.	Mostraba mayor conciencia de quién es, las cosas que le agradan y les desagradan tanto de sí mismo como de otros. Eventualmente expresaba sentimientos de culpa relacionados con las discusiones entre sus padres.
	Identificación de proyecciones	Se le percibía renuente a reconocer cosas de sí mismo en las diversas actividades lúdicas realizadas en las sesiones.	Consideraba que el contenido de creaciones como dibujos e incluso el juego, podía estar relacionado con experiencias propias. Empero, en ocasiones expresaba sentirse poco identificado con la situación.

Autocrítica, inseguridad, búsqueda de aceptación	Se mostraba bastante autocrítico el seguro durante las sesiones, buscando la aceptación de prácticamente todo lo que hacía por parte de la terapeuta.	Aún prestaba considerable atención a los errores que cometía durante la ejecución de diversas tareas, aunque parecía más dispuesto a reconocer y corregir sus errores. Aún buscaba la aprobación de otras personas.
Hacer afirmaciones de sí mismo	Las afirmaciones que realizaba estaba dirigidas principalmente a aspectos negativos de sí mismo.	Capaz de identificar aspectos positivos en él, como el hecho de que busca resolver las cosas por sí mismo y perseverar para lograrlo. Llega a hacer afirmaciones que demeritan su esfuerzo.
Tomar decisiones	Se le notaba menos dispuesto tomar decisiones por el mismo.	Más seguro al tomar decisiones dentro del espacio terapéutico.
Autoafirmación y asertividad frente a inhibición	Generalmente se mostraba inhibido.	Más consciente de sus propias capacidades, habilidades y virtudes. Se observaban algunas dificultades para expresar directamente los propios sentimientos, opiniones y pensamientos, así como para defender sus derechos en el momento oportuno y de la manera adecuada.
Separación de los padres	Se separaba de sus padres con facilidad, aunque en varias ocasiones expresó su deseo de permanecer con su madre en la sala de	R. ingresaba al consultorio con entusiasmo, sin dificultad para alejarse de sus padres. Al término de la sesión se le observaba contento y emocionado por

	espera.	contar a su madre las actividades que había realizado.
	Pelea por el poder	No. Por el contrario, solía delegar el poder a la terapeuta.
		R. expresaba su preferencia por ciertos materiales de juego y actividades, por lo que tomó mayor control sobre las sesiones, sin que ello implicara una lucha de poder por éste.
	Sentido de dominio de acuerdo a su edad	El grado de dominio que manifestaba no era acorde a lo esperado para su edad, pues denotaba cierto temor e inseguridad de que lo que hiciera no fuera lo correcto o no estuviera bien.
		Mayor dominio del espacio, aunque llegaba a retraerse en momentos específicos.
Habilidades sociales	Calidad de las relaciones con otros	Las relaciones más conflictivas se encontraban dentro del núcleo familiar, pues éstas se caracterizaban por ser agresivas, hostiles y de rechazo.
		El menor logró relacionarse de manera menos agresiva con sus padres y hermanas; mostraba más confianza para hablar de él y sus experiencias.
		Fue capaz de establecer límites de manera asertiva en su relación con otros.
	¿Tiene amigos?	Pocos. Manifiesta dificultades en la relación con sus pares debido a burlas por parte de éstos.
		Continuaba refiriendo que tenía pocos amigos, pues al parecer persistían burlas ocasionales de sus compañeros. Sin embargo, reaccionaba de manera

		distinta; en lugar de agredirlos buscaba ayuda de un adulto.
Signos de pensamientos y acciones independientes	de Por lo general, exhibía pensamientos y conductas que eran reflejo de lo que el contexto le reflejaba, más que de su propio sentir respecto a sí mismo.	Logró darse cuenta de que no todo lo que le dicen otras personas referente a su persona es necesariamente cierto.
Soporte del entorno a sus necesidades	Existencia de un apoyo precario por parte del entorno, especialmente de los padres, quienes parecían más preocupados por resolver los conflictos de pareja que por ayudar a su hijo a satisfacer sus necesidades.	Los padres parecían más conscientes respecto a la importancia que tiene la satisfacción de necesidades afectivas en el desarrollo de su hijo; continuaban exhibiendo dificultades para satisfacerlas de manera adecuada.
Satisfacción de necesidades propias	Recurría a conductas poco adaptativas, como llorar, insultar y agredir físicamente para satisfacer, especialmente, necesidades de atención y afecto por parte de sus padres.	Generó estrategias más funcionales para buscar la satisfacción de sus necesidades propias, especialmente en la relación con sus pares, con quienes intenta poner límites respecto a las cosas que no le agradan. Con sus padres, llegaba a mostrar conductas disfuncionales, aunque intentaba poner en práctica otras estrategias como decir lo que siente, distraerse y relajarse.

	Egocentrismo según la edad	Consideraba que muchas de las cosas que ocurrían a su alrededor estaban relacionadas con él, o bien, que ocurrían por su culpa.	Logró reconocer que las reacciones emocionales de otras personas no están necesariamente relacionadas con su conducta.
	Cómo se presenta ante los otros	Se presentaba a sí mismo como un niño temeroso e inseguro de sus capacidades, gustos, opiniones e ideas, denotando sentimientos de poca valía e insuficiencia.	Se mostraba ante otros como un niño más seguro de sí mismo, que confía en lo que sabe hacer. Aún presta atención a las cosas que no sabe hacer de la forma en que desearía.
	Ritmo rápido o lento	Lento.	Ritmo lento, aunque constante. Se esforzaba por comprender e involucrarse en las distintas actividades realizadas.
Proceso	Introvertido o extrovertido	Por lo general introvertido.	Más bien introvertido; más seguro.
	Cómo se dirige hacia los otros	Fuera del consultorio tendía a dirigirse a otros de manera agresiva y poco asertiva, no así en la relación con la terapeuta, con quien se mostraba cooperativo y dispuesto.	Disminuyó la agresión en las relaciones con sus pares, hermanas y padres; se dirigía a ellos de manera respetuosa. Ante situaciones de conflicto en casa, mostraba dificultades para la expresión abierta de emociones y situaciones problemáticas.
	Correspondencia dentro y fuera del	Las quejas referidas por la madre respecto a la conducta opositora de menor no se	En la escuela se confirman los cambios observados del consultorio. En casa, lo que dificulta la

consultorio

observaron durante las sesiones.

generalización de algunos de los avances tiene que ver con las dificultades de pareja.

Anexo 3. Técnicas empleadas a lo largo del proceso terapéutico

AMATE (Sentimientos con colores), [Schaefer & O'Connor, 1988].

AMATE es una nemotecnia que ayuda a recordar las emociones básicas: amor, miedo, alegría, tristeza y enojo. Se pregunta al menor ¿qué son los sentimientos?, escuchando atentamente sus respuestas, para luego brindar una definición sencilla. Posteriormente, se le pide que elija un color para cada emoción y que hable acerca de las situaciones que asocia con cada una de las emociones antes mencionadas.

Silueta de emociones (adaptación de AMATE de Schaefer & O'Connor, 1988).

Se dibuja la silueta del menor en tamaño real en papel kraft. Luego, se le pide que coloque en su perfil la parte del cuerpo en la que siente cada una de las cinco emociones básicas (amor, miedo, alegría, tristeza y enojo), utilizando para ello el color que eligió al realizar la técnica AMATE. Se busca promover la identificación de las reacciones fisiológicas y conductuales ante cada emoción, así como fomentar la relación entre cada una de ellas y los eventos que las precipitan.

Dibujo libre (Oaklander, 2001).

Se permite al niño “dibujar o pintar lo que le antoje y no lo que se les dice que hagan” (p. 46). Se emplean materiales como pintura, dado su valor terapéutico que fomenta la expresión emocional; dactilopintura, que tiene cualidades tranquilizantes y fomenta la experiencia táctil; así como colores, crayolas, entre otros.

Trabajo con arcilla (Mortola, 2010).

La arcilla es considerada un material natural muy versátil, que fomenta la expresión de sentimientos, además de que “brinda una tremenda experiencia de contacto, porque tiene casi vida propia” (p. 58). Ofrece experiencias táctiles y kinestésicas pues implica el uso de diversas partes del cuerpo. Así mismo, promueve una profunda expresión emocional, una vez que se ha establecido cierto grado de relación y contacto entre el terapeuta y el paciente. El autor plantea cuatro pasos para el trabajo con arcilla: primero, generar una experiencia utilizando la imaginación o fantasía, “quiero que imagines...”; segundo, propiciar la expresión sensorial de dicha experiencia, “quiero dibujes o haga lo que imaginaste”; tercero, realizar una descripción narrativa y metafórica de esa expresión, “quiero que seas eso que dibujaste o hiciste”; y, por último, buscar la expresión significativa de los pasos anteriores, “¿algo de eso tiene relación con tu vida?”. Dicha secuencia puede emplearse con otras experiencias terapéuticas, como la bandeja de arena o el dibujo.

Juego libre (Oaklander, 2001).

El juego imaginativo es considerado como una forma de fantasía que permite la expresión de preocupaciones, deseos, conflictos y temores, pues resulta más fácil y seguro para los niños poder expresarse a través del juego. Éste no se interpreta, por el contrario, se busca, en conjunto con el niño, la posible relación entre lo plasmado en el juego y situaciones de su vida.

Títere Leo (Oaklander, 2001).

Es común que a los niños les resulte más sencillo expresarse a través de un títere que comunicar de forma directa sus emociones, pensamientos o deseos. “El títere da

distancia, y el niño se siente más seguro para revelar algunos de sus más íntimos pensamientos” (p. 104). El uso de los títeres es muy versátil y pueden emplearse de diversas maneras, por ejemplo, pedir al menor que elija un títere y *sea* la voz de éste, que el terapeuta emplee un títere para entrevistar al niño o que elija varios para crear historias; también pueden ser auxiliares para disminuir la resistencia en los pequeños. En general, el uso de títeres facilita la interacción terapeuta-paciente.

La bandeja de arena (Oaklander, 2001).

Tanto la arena como el agua permiten la expresión de diversas fantasías por parte de los niños. Se emplean objetos pequeños (miniaturas de animales y cubos de construcción) que se prestan para significados simbólicos. Se pide al pequeño que realice una escena en la arena; “el niño puede crear en ella su propio mundo en miniatura” (p. 167). Además, la arena crea una experiencia táctil y kinestésica que suele despertar el interés del niño. También pueden emplearse los cuatro pasos planteados por Mortola (2010) para el trabajo con arcilla.

“Si tú no me quisieras” (Cornejo, 1996).

La autora plantea que es un juego que inicia con la frase “si tú no me quisieras” (p. 134), la cual debe ser completada por el niño. Después pueden emplearse frases como “si mi papá no me quisiera, si mi mamá no quisiera, si mis papás me quisieran”, dependiendo de la historia del pequeño.

Comprobación de evidencias (Friedberg & McClure, 2014).

Esta técnica anima a los pequeños a evaluar los hechos que apoyan sus creencias, así como aquellos que las cuestionan. Es útil para cuestionar

sobregeneralizaciones, conclusiones equivocadas e inferencias mal fundamentadas. Primero, se ayuda al menor a buscar las razones que lo llevan a establecer sus conclusiones. Después, se buscan evidencias que contradigan las creencias del menor, buscando situaciones que lo hagan dudar respecto a sus conclusiones. En tercer lugar, se invita al paciente a considerar explicaciones alternativas respecto a los hechos que en un inicio apoyaban, de manera absoluta, sus conclusiones. Finalmente, el terapeuta junto con el niño generan una conclusión considerando los hechos que apoyan sus creencias, las situaciones que las cuestionan y las explicaciones alternativas.

Ventajas y desventajas (Friedberg & McClure, 2014).

Se ayuda al paciente a generar una lista de ventajas y desventajas de resolver los problemas de una determinada manera. Primero, se identifica la situación sobre la que se quiere generar una perspectiva más amplia; luego, se hace una lista con todas las ventajas e inconvenientes; después se revisan con el paciente la lista realizada en el paso anterior, profundizando en cada aspecto; finalmente, se llega a una conclusión.

Modelamiento (Knell, 2012).

Constituye un aspecto fundamental del juego que se emplea para demostrar al niño habilidades de afrontamiento o de conductas que se desea que aprenda, por ejemplo, a través de un juguete, cuento o película. Facilita la adquisición, fortalecimiento o disminución de ciertas conductas de manera eficiente.

Role-playing (Friedberg & McClure, 2014).

Es una técnica que promueve el entrenamiento en habilidades sociales y fomenta el reconocimiento y expresión de emociones y pensamientos significativos. Se sugiere

que la simulación sea lo más realista posible.

Silueta ABC para niños (adaptación de Friedberg & McClure, 2014).

Los autores proponen colocar cuadros de diálogo (tipo cómic) junto a caras o dibujos de personas, en los que se registran los pensamientos y emociones ante una situación determinada, con el objetivo de promover la identificación de éstos (pensamientos y emociones). El niño dibuja la cara que refleje la emoción que experimenta y rellena los cuadros de diálogo con los pensamientos que logra identificar. Para el presente caso se realizó el dibujo de un niño en una hoja tamaño carta, acorde al sexo del menor, en el cual se colocó una nube de pensamiento; la cara del dibujo estaba en blanco para que el pequeño pudiera completarla según fuera el caso.

Psicoeducación del enojo (Bunge, et al., 2014).

Se ayuda al paciente a entender que, posiblemente, algunos de los problemas que experimenta en sus relaciones con otros están relacionadas con las dificultades en el control del enojo. Luego, se explica brevemente la función del enojo, el cual “es una alarma que nos avisa que estamos viviendo situaciones injustas” (p. 285), así como la importancia de regular dicha emoción. Los autores plantean técnicas como El volcán, identificar las señales de alarma cuando la intensidad del enojo comienza a aumentar (a nivel cognitivo, fisiológico y conductual) y el termómetro del enojo.

Paro de pensamiento: “El semáforo de los problemas” (Bunge, et al., 2014).

A través de la realización de un semáforo, se busca que el menor se detenga para pensar varias alternativas de solución ante un problema, antes de actuar. El color rojo implica detenerse y respirar o distraerse, en el color amarillo se generan alternativas de

solución, y en el color verde se busca que el niño elija alguna de las posibles soluciones antes planteadas y la lleve a cabo.

Técnicas de relajación (Bunge, et al., 2014; Friedberg & McClure, 2014).

El entrenamiento en relajación es una técnica conductual que ayuda en el manejo de la ansiedad y de la ira, para disminuir la intensidad de la excitación emocional en un momento dado. En este caso se utilizó la respiración diafragmática a través del empleo de metáforas como “estoy blandito como una muñeca de trapo”, “soplar el enojo en burbujas de colores”, “me inflo como un globo”, entre otras.

“Alternativas a mi enojo” (Gamboa Ojeda, 2010).

Con el fin de promover un manejo adecuado del enojo se realiza una lista de actividades que el menor puede realizar en casa para evitar lastimarse a sí mismo o a otros cuando se sienta muy enojado. Algunas de las alternativas pueden ser: romper una hoja de papel, pegar a una almohada, inflar un globo y patearlo, entre algunas otras. Puede pedirse el apoyo de los padre para la implementación de las técnicas en casa.

“Mi diario” (adaptación de registros de pensamiento de Friedberg & McClure, 2014).

Los autores plantean que los registros de pensamiento permiten que el paciente identifique la relación entre los pensamientos y emociones que se generan a partir de diversas situaciones. En este caso, se hizo un cuaderno con hojas blancas para que el menor pudiera llevarlo a casa y traerlo la siguiente sesión; se le pedía que en el diario registrara situaciones que le hubieran ocurrido durante la semana y las emociones que le

generaban. Posteriormente, en el consultorio, se comentaban los posibles pensamientos que había tenido ante las situaciones registradas en el diario.

“Lo que aprendí en terapia” (adaptación de “¿Cómo llegué, cómo me voy?” de Sánchez, 2010).

La autora plantea la realización de dos dibujos en una misma hoja; primero, el niño dibuja cómo se sentía cuando inicio su proceso terapéutico y, posteriormente, los cambios que reconoce a partir del proceso. Pueden colocarse textos, palabras o frases que ayuden en la comprensión de los dibujos.

“Cuando tenga algún problema...” (adaptación de “El camino tenebroso” de Campos, 2010).

La autora propone realizar el dibujo de un río atravesado por varias piedras; de un lado del río se coloca a un niño que pide ayuda, y del otro un día de campo en el bosque. Se explica al menor que las piedras representan obstáculos que ha enfrentado a lo largo de su proceso, mientras que el cierre terapéutico se simboliza con el día de campo al que puede llegar haciendo uso de las piedras. Para el caso aquí presentado se explicó al paciente que las piedras eran posibles soluciones ante problemas que pudieran ocurrirle en el futuro, por lo que se le pidió que rellenara cada piedra con una posible alternativa de solución.