



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN UN NIÑO EN EDAD ESCOLAR Y SU
TRATAMIENTO MEDIANTE TERAPIA FILIAL

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

SAMUEL ACOSTA GALVÁN

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

REVISORA: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

DRA. NOEMÍ DIAZ MARROQUÍN

MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ



MÉXICO, D.F.

JUNIO, 2011



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.

***ESTA TESIS SE REALIZÓ GRACIAS AL APOYO DE BECA FINANCIADO POR EL PROYECTO
DE INVESTIGACION E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA***

PAPIIT (No. IN307309-2)

***MODELO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL
MALTRATO INFANTIL***

Responsable Del Proyecto:

Dra. Amada Ampudia Rueda

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haber abierto sus puertas para mí; “Solo quien es universitario conoce el orgullo de sentir a la Universidad en el corazón”.

A la Facultad de Psicología, “en sus magnificas instalaciones he dejado preciosos momentos de vida que siempre llevare en mi memoria”

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por apoyar económicamente durante dos años mi formación en la Maestría.

A todos y cada uno de aquellos que conforman a la Universidad Nacional Autónoma de México, en el espíritu de su gente se encuentra su grandeza como Institución.

Muy particular y especialmente a las profesoras de la Maestría, ya que siempre supieron brindar una valiosa guía y ser un modelo a seguir en la obtención de este triunfo.

A la ODI por permitirme poner en práctica todo lo aprendido en mi camino y ser un espacio donde puedo trabajar libremente.

Dedicatorias:

A mi familia, a todos y cada uno de ellos que cada mañana son un motivo para seguir adelante.

A mis sobrinos, porque con sus risas y travesuras siempre me han sabido aliviar aún en mis momentos más difíciles.

A mis hermanos, quienes siguen siendo la fortaleza donde descansan mis sueños. Benja (mírame donde quiera que estés) Toño, Lupe y Blanca.

A mis amados padres les dedico de ferviente manera este logro, esta tesis también es de ellos, pues son mis guías, amigos, confidentes y maestros de esta vida, que agradezco me haya tocado vivirla a su lado y en su protección. “Yo tengo dos hermosas estrellas que me cuidan y me protegen”, mis queridos padres. Para ustedes todo mi amor y mi cariño.

A mis amigos de maestría y facultad, excelentes colegas y respetados profesionales que con su experiencia me han ayudado a tener un punto de vista propio de la psicología. Jorge, Khalil, Liz, Vero, Nash, Lina, Naye, Ale, Clau, Brenda, Oli, Laura, Gaby, Ivonne, a Margarita, Analía, Sandra, Luisa, Diego, Elisa, Leslie, Bere, Alex y muchos otros que se han atravesado en mi camino y quizá en este momento no recuerdo, pero que me han dejado grandes enseñanzas.

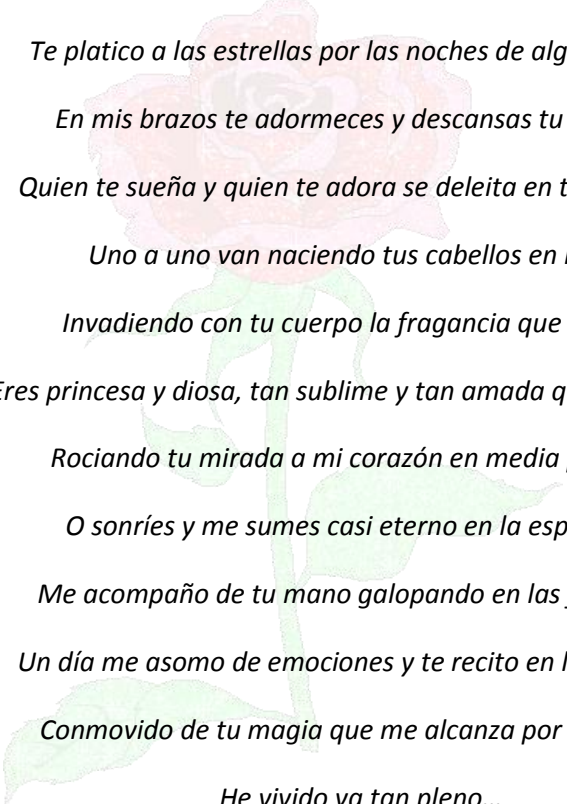
Dedicada muy especialmente, para una mujer especial en mi vida, Dany gracias por tantas tardes de pláticas hermosas y bellos sueños compartidos, gran parte de este camino se forjó en tantos días en que podíamos platicar de todo y de nada, en reírnos de casi cualquier cosa, también en compartir experiencias dolorosas, en saber dar tiempo, en cuidar que nuestros sueños se cumplan, en caminar por el mundo esperanzados del futuro, en imaginarnos como colegas que procuran el bienestar de los demás, me quedaría siempre corto al agradecerte y dedicarte algunas letras, por eso, te diré lo que siempre he dicho desde que te conozco, “¡mi vida ya era buena Dany, pero cuando tu llegaste la adornaste con tus bellos detalles!”, muchas gracias, ahora y por siempre.

Dedicada a la musa de mis sueños, que ha sido la fuente de mil inspiraciones y muchos bellos recuerdos, el motivo de la mañana y el alivio de mis noches, a pseudónimo lo firmo R. R. que sólo tú entiendes y siempre sabes que te llevo en mi corazón.

“Nos vemos en cualquier parte, quizás hasta en mis sueños... donde siempre te apareces... y provocas en mi sonrisas que me duran todo el día”

Benedetti, M.

Flor oriental, sólo para ti:



*Diré de esta historia que tiene varios comienzos,
A un lado del espejo y por encima del reflejo,
No me olvido de la foto donde contaba de mis versos,
Y a un te escribo en la memoria o soñando con tus besos,
Te platico a las estrellas por las noches de algún cuento,
En mis brazos te adormeces y descansas tu desvelo,
Quien te sueña y quien te adora se deleita en tu recuerdo,
Uno a uno van naciendo tus cabellos en ideas,
Invadiendo con tu cuerpo la fragancia que te ama,
Eres princesa y diosa, tan sublime y tan amada que engalanas,
Rociando tu mirada a mi corazón en media plegaria,
O sonrías y me sumes casi eterno en la esperanza,
Me acompaño de tu mano galopando en las fronteras,
Un día me asomo de emociones y te recito en la distancia,
Conmovido de tu magia que me alcanza por los cielos,
He vivido ya tan pleno...
Opinando que te quiero...*

*Diré de una historia que se cuenta en varios comienzos,
A un costado del reflejo, ya no sé si hay espejo...
No me olvido de la foto donde amaba yo a tus versos,
Y aún te escribo en la memoria o soñando con un beso,
Recuerdo tu nombre...
Recuerdo tus versos...*

Índice

Problemas de conducta en un niño en edad escolar y su tratamiento mediante terapia filial

Introducción	I
Capítulo 1. Trastorno negativista desafiante.....	1
Antecedentes	1
Conducta agresiva y la agresión patológica	2
El trastorno negativista desafiante. Etiología, definición y características	3
Teoría cognitiva.....	4
Distorsiones cognitivas.....	4
Influencias familiares.....	6
Tratamiento Psicodinámico.....	8
Tratamiento cognitivo-conductual.....	10
Capítulo 2. Terapia filial.....	18
Orígenes.....	18
Antecedentes teóricos de la terapia filial.....	18
Modelo centrado en el niño.....	19
Modelo cognitivo-conductual.....	20
Modelo familiar.....	21
Integración de los diferentes enfoques teóricos.....	22
Consideraciones para la terapia filial.....	23

Fase inicial.....	24
Fase intermedia.....	24
Fase final.....	25
Seguimiento de las sesiones.....	28
Enquadre e Instrumentos para la Terapia Filial.....	28
Habilidades obtenidas de las sesiones.....	29
Tópicos de interés.....	29
Capítulo 3. Método.....	31
Justificación y planteamiento del problema.....	31
Hipótesis y preguntas de investigación.....	32
Objetivos.....	32
Tipo de estudio.....	34
Materiales y escenario.....	34
Procedimiento.....	35
Presentación del caso.....	36
Motivo de consulta.....	36
Descripción clínica.....	36
Familiograma.....	37
Historia de desarrollo y antecedentes clínicos.....	37
Entrevista con la madre.....	39
Resultados de la evaluación.....	39
Diagnóstico.....	41
Pronóstico y tratamiento.....	42
Capítulo 4. Análisis de las sesiones	43
Tratamiento en la etapa inicial.....	44
Tratamiento en la etapa intermedia.....	50

Tratamiento en la etapa final.....	57
Sesiones de orientación con la madre.....	62
Sesiones de terapia filial.....	68
Fase 1. Preparando a los padres.....	68
Fase 2. Sesión madre e hijo.....	69
Fase 3. Cierre.....	71
Seguimientos.....	71
Capítulo 5. Discusión y conclusiones.....	73
Discusión.....	73
Conclusiones.....	82

Bibliografía

Anexos

Introducción

Al trabajar con niños en comunidades marginadas, pude observar que uno de los problemas más reportados son aquellos relacionados con el tipo conductual. Desde un enfoque cognitivo conductual la intervención psicoterapéutica debe centrarse en la estructuración o reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante a un encuadre debidamente estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, éstas se encuentran mediadas por un sistema de creencias que provienen del marco familiar, donde el niño da por hecho que sus conductas negativas son lo único que se espera de él. Desde un enfoque social la familia debe proveer de un marco donde el niño se desarrolle, además debe promover aspectos sociales y afectivos que determinarán como se relacionará en otros entornos. Sin embargo si el ambiente familiar es desfavorable y no cambia, es probable que el niño mantenga conductas que a la larga se extinguirán si no se recibe el apoyo suficiente (Papalia, 2005).

Los padres son considerados como un agente de cambio puesto que ellos son quienes construyen y manejan el ambiente de sus hijos. La participación de los padres en terapia ayuda a resolver problemas presentes en el niño y de esta forma se potencializan los efectos de la terapia (Bayley y Ford, 2000), asimismo el hecho de involucrar a los padres dentro de las sesiones del niño proporciona un ambiente seguro para que ejerzan su rol de padres y participen en la solución del problema (Bayley, 2002). Briemeister y Schaefer (1998) afirman que la participación de los padres en terapia se reconoce como una forma de intervención viable, que no sólo ayuda a modificar la conducta negativa del niño, sino que también ayuda a fortalecer la unidad de la familia, enseñando a los padres nuevas habilidades y mejorando las que ya se tienen. Guerney (2000) considera que enseñar a los padres las habilidades del terapeuta en materia de juego es la forma ideal para que los padres se relacionen de una manera más apropiada y positiva con sus hijos. En este mismo sentido la terapia de juego filial es un método que permite a los padres ser los principales agentes de cambio, desempeñando el papel de terapeutas y usando el juego para resolver los problemas de sus hijos (VanFleet, Rian y Smith, 2005).

Dado todo este marco contextual de lo importante que resulta la familia como un núcleo social primario y su importancia en la relación a las dificultades que pueda enfrentar el niño en su desarrollo en el presente reporte se busca describir cómo los problemas de conducta están asociados a núcleos familiares con deficiencias en la crianza de los niños, asimismo se afectan la relación directa entre madre/padre e hijo. Lo cual únicamente conlleva a reforzar las problemáticas del niño, mismas que repercuten en diferentes áreas de su vida.

Este reporte se basa en la experiencia personal y profesional que consolido mucho del aprendizaje que obtuve en el curso de la maestría con residencia en psicoterapia infantil. Lo que en este trabajo se plasma es precisamente el avance que obtuve de mi aprendizaje y gracias a las supervisiones que profesionalmente se imparten por las profesoras que tienen a su cargo dicha maestría.

A continuación se describe de manera esquemática aquellos aspectos que se mencionan en cada uno de los capítulos de este reporte.

En el primer capítulo se abordara el trastorno negativista desafiante, cómo surge, que características presentan los niños con este trastorno y la forma en que diferentes disciplinas teóricas lo visualizan en búsqueda de un tratamiento eficaz; de ellas se presta especial atención a la terapia de juego cognitivo conductual, la cual provee de métodos estructurados e imposición de límites dentro del espacio de juego, esto en suma contribuye a buscar las dinámicas de autorregulación, autoobservación y autocontrol en el niño. De igual forma este enfoque de terapia aporta al trabajar con los padres de estos niños con tareas en casa e instrucciones claras y precisas al interactuar madre/padre y niño (Friedberg, 2005).

Para el segundo capítulo se abordan los orígenes de la terapia de juego filial. Si bien es cierto este enfoque integra los conocimientos de diferentes áreas, uno de ellos se refiere precisamente al entrenamiento a padres desde el enfoque cognitivo conductual, además de las tareas en casa, por lo que no se considera que resulten marcos teóricos contrapuestos, de igual forma se analizan los antecedentes que en su relación este tipo de terapia guarda con la terapia centrada en el niño y con la terapia familiar, así como las ventajas de trabajar con ella para buscar resultados que perduren por un largo tiempo sin la necesidad de que el niño o los padres acudan de manera regular a terapia, sólo se hacen seguimientos durante meses o años posteriores a la misma, para evaluar los resultados de la intervención y garantizar que estos sigan siendo satisfactorios, sobre todo en la relación madre/padre e hijo (VanFleet, Ryan y Smith, 2005; Landreth y Bratton, 2006).

En el tercer capítulo se aborda la metodología empleada para este estudio de caso, dada la revisión de Hernández, Fernández y Baptista (2006) se proponen las hipótesis bajo las cuales se dio el trabajo y se presenta de manera formal el caso analizado, sustituyendo el nombre de los implicados por letras, para conservar los estatutos de confidencialidad de la terapia.

En el cuarto capítulo se retoman los análisis de aquellas sesiones que resultaron significativas y que se considera fueron de suma importancia en el tratamiento, además de que reflejan los avances que se obtenían a través de la terapia. El formato bajo el cual se analizan dichas sesiones es retomado de modelos de reportes de observación que utilizaba el terapeuta. Lo que se busca con estos formatos es esquematizar de alguna forma la información recabada para dar un análisis que al lector le permita observar la manera en que las técnicas propuestas eran implementadas en las sesiones.

Finalmente para el quinto capítulo se discuten los resultados obtenidos dando respuesta a las hipótesis originalmente planteadas y concluyendo con aquellos aspectos que se considera aportan información para el tratamiento del trastorno negativista desafiante, primeramente con la inclusión del niño en una terapia de corte cognitivo conductual, con la madre en sesiones de orientación y finalmente con ambos en una terapia de tipo filial que en suma lo que buscaba era fortalecer la relación entre ambos como inicialmente se propuso.

Capítulo 1. Trastorno Negativista desafiante. Definición y tratamiento

Antecedentes

Las alteraciones de conducta son un problema clínico importante en la niñez, generalmente se presentan asociadas a importantes desajustes en la vida familiar, escolar y social del niño.

A través de la historia a los niños que presentan lo que hoy conocemos como trastorno negativista desafiante se les ha denominado de diferentes maneras, ya sea niños agresivos, niños con problemas de conducta u opositoristas. Sea cual sea la forma en que han sido denominados, la constante que se observa y preocupa son las manifestaciones conductuales agresivas, retardoras y ofensivas hacia figuras que representan autoridad y/o iguales (Stallard, 2007).

La importancia de realizar un diagnóstico diferencial se basa en que en los niños que presentan el trastorno negativista desafiante, existe una conducta opositorista-agresiva, que es diferente a los rasgos delictivos que se presentan en el trastorno disocial. Para identificar aquellos aspectos que diferencian estos trastornos es básico hacer un diagnóstico acertado, pero para ello se deben conocer las características del trastorno negativista desafiante.

Originalmente a este trastorno se le consideraba como personalidad pasivo-agresiva, pero en la actualidad se distinguen dos trastornos dependiendo de la edad del sujeto; los niños al no poder ser diagnosticados con un trastorno de personalidad, se les diferencia de los adultos por un negativismo desafiante, el cual es considerado como un trastorno típico de la niñez (Solloa, 2006).

En el ámbito clínico, la American Psychological Association (APA) en 1984, en la tercera versión revisada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, lo clasificó dentro de los trastornos de la conducta perturbadora, denominando a esta alteración como trastorno opositorista desafiante. En la actualidad el DSM IV TR (2002) lo clasifica dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y se refiere a él como trastorno negativista desafiante y también lo refiere como opositorismo. Para comprender lo que implica este trastorno es necesario saber cuándo la conducta opositorista es normal, cuándo adquiere dimensiones patológicas, la relación que tiene con la disciplina y cuál con la conducta agresiva.

El opositorismo es normal en ciertas etapas del desarrollo, donde es necesario para asumir una individualidad y poder establecer normas y controles internos, la patología comienza cuando estas fases se prolongan o cuando el medio reacciona excesivamente a la oposición del niño. De esta manera el opositorismo sano de una etapa adquiere autonomía por sí mismo, se convierte en parte del carácter y persiste aún después de que su función adaptativa ha terminado (Solloa, 2006).

La primera aparición del opositorismo normal aparece entre los 10 u 11 meses con lo que se conoce como “la batalla de la cuchara”, cuando el niño se quiere alimentar solo.

Otra fase normal aunque más prolongada, ocurre entre los 18 y 30 meses, donde el negativismo es una expresión de la independencia y autonomía que se desarrolla y de la que el niño hace gala durante el entrenamiento del control de esfínteres. Al respecto la teoría de Erickson (1983) sobre el desarrollo psicosocial del niño es un buen punto de partida para comprender que sucede en esta etapa. Erickson establece que el desarrollo del ser humano pasa por ocho etapas de vida, las cuales, al vivirse exitosamente, aportan una mayor fuerza del yo. La segunda de estas etapas (Autonomía vs Vergüenza-duda) se experimenta en la primera infancia y coincide con la etapa anal freudiana de control de esfínteres. Erickson la explica como la adquisición de un sentido de autonomía. En esta etapa la adquisición de la autonomía es el tema central, a medida que aumenta la confianza del niño en su madre, en su ambiente y en su vida, comienza a descubrir que la conducta que se desarrolla es la suya propia, con lo que afirma un sentido de autonomía y realiza su voluntad. Sin embargo, el niño consciente de su dependencia crea al mismo tiempo un sentido de duda respecto de su capacidad y su libertad para afirmar su autonomía y existir como un ser independiente, además, esta duda se acentúa a causa de cierta vergüenza suscitada por la rebelión instintiva contra su dependencia anterior, la cual le complacía mucho, y por el temor de sobrepasar sus propios límites o los de su ambiente.

Erickson (1983) considera que estas presiones contradictorias en el niño, a afirmarse y autonegarse el derecho y la capacidad de realizar dicha afirmación, proporcionan el tema fundamental de la conducta negativista de esta segunda fase del desarrollo. Es en este momento en que el niño necesita una guía sensible y comprensiva, así como un apoyo graduado, que le permitan adquirir una relativa autonomía en ciertas áreas de su vida, integrar en sí mismo lineamientos orientadores de control y dirección que antes, cuando se hallaba en estado de total dependencia, eran manejados por otros. El niño que supera la crisis de esta etapa logra interiorizar su propia autorregulación frente a la regulación de los demás, es decir, está comenzando a introyectar las normas e interdicciones paternas mediante el proceso de identificación. Cuando el niño supera la crisis puede sentirse desorientado y forzado a volverse contra sí mismo, con vergüenza y dudas acerca de su propia autonomía e individualidad y con una baja tolerancia a la frustración, por lo que se vuelve sumamente demandante e impositivo en un afán por sentirse independiente de alguna manera.

En principio estos argumentos representan un sustento teórico para la expresión de emociones que buscan la adaptación del niño a un ambiente de nuevas exigencias durante su desarrollo, sin embargo una de las manifestaciones y formas en que el niño buscará adaptarse a estas exigencias cada vez mayores es, sin duda, la conducta agresiva.

Conducta agresiva y la agresión patológica

La agresividad en el hombre es algo innegable, es una manifestación de la conducta humana que se hace evidente todos los días, es un fenómeno que se aprecia en la historia de la humanidad, en las guerras y en todos esos actos que parecen ir en contra de los valores de la humanidad y que tienen una cualidad destructiva.

Ha habido una gran controversia al definir hasta qué punto la conducta agresiva es innata o es más bien modelada por el ambiente. Desde el punto de vista del aprendizaje social, la conducta agresiva está íntimamente relacionada con las experiencias ambientales y de aprendizaje. Dentro de este marco resulta fácil comprender porque muchos padres agresivos y hostiles producen mediante el modelamiento hijos también agresivos, agresión genera agresión, fue uno de los postulados básicos de este enfoque. Es innegable ya el hecho de que situaciones que provocan frustración, sufrimiento o algún tipo de privación crearán conductas agresivas (Bandura, 1974).

Tomando en cuenta los conceptos antes explicados, la agresión se puede conceptualizar como una conducta humana universal con valor para la supervivencia, cuya aparición pone en marcha reacciones bioquímicas y hormonales. Las experiencias con el medio pueden a su vez orientar y modificar la agresividad, y en el plano personal, la agresividad puede sublimarse y de esta manera tornarse productiva. No obstante es importante, como se señaló al principio de este capítulo, identificar cuándo la agresión adquiere manifestaciones anormales o patológicas que resultan perjudiciales para el niño y el entorno donde se desenvuelve.

Ya que la agresión es un factor de riesgo importante para la salud mental, ha sido un tema muy estudiado. Cuando la agresión adquiere dimensiones desadaptativas se manifiesta a través de una serie de acciones interpersonales físicas o verbales que son destructivas o que provocan daño a los demás, a los objetos o a uno mismo. Los niños que manifiestan conductas agresivas generalmente son diagnosticados con negativismo desafiante y en el peor de los casos con un trastorno disocial, sin embargo, la conducta agresiva puede ser también parte de otras patologías. Por ello resulta básico definir claramente el trastorno negativista desafiante y sus características (Berkowitz, 1996).

El trastorno negativista desafiante. Etiología, definición y características

El DSM IV TR (2002) menciona que el trastorno negativista desafiante se manifiesta por un patrón recurrente de comportamiento oposicionista, desafiante, desobediente, hostil, dirigido a las figuras de autoridad que persiste durante por lo menos seis meses. Por su parte la CIE 10 (1994), considera al negativismo como un subtipo del trastorno disocial, exigiendo que además de sus características distintivas, cumpla con los criterios del mismo trastorno disocial aunque no incluya las violaciones más importantes a los derechos de los demás.

Clínicamente se pueden diferenciar dos tipos de negativismo, el pasivo y el activo, en el primero, el comportamiento del niño se caracteriza por lo que es llamado la “huelga de los brazos caídos”, es decir, que el niño no realiza las órdenes o peticiones de los otros, pero sin llevar a cabo conductas hostiles u oposicionistas manifiestas. Estos niños nunca se enfrentarán directamente con un “no lo hago”, sino que solo dirán si a todo pero sin llevarlo a cabo. Por otro lado, los niños con negativismo activo se resistirán en forma abierta a realizar las peticiones de otros, mostrando una actitud constante de enojo y resentimiento y desplegando conductas francamente hostiles y agresivas (Solloa, 2006).

Con frecuencia el negativismo aparece asociado a otros trastornos como déficit de atención con hiperactividad y trastornos del lenguaje; los niños negativistas suelen presentar a lo largo de los años escolares baja autoestima, humor variable, baja tolerancia a la frustración y tendencias precoces al uso de drogas. Suele aparecer a los 8 y 9 años, este trastorno suele ser identificado principalmente en el ámbito familiar, para luego extenderse a los otros, cuando se da en un inicio temprano puede ser indicio de un futuro trastorno disocial. Sin embargo, es importante recordar que las conductas poco respetuosas de los niños con trastorno de negativismo desafiante son menos severas que las presentes en el trastorno disocial.

Así mismo se ha observado que este trastorno se encuentra más en familias en la que los padres están muy preocupados por el poder, control y autonomía, en donde las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes, así como en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores. En algunas investigaciones se le ha encontrado relacionado con la depresión materna, aunque aún no se sabe si ésta es la causa o la consecuencia del negativismo (Solloa, 2006).

Los estudios muestran una prevalencia entre 2 y 16 % presentándose en mayor proporción en los varones antes de la pubertad. Con frecuencia, la historia clínica revela que durante los años escolares estos niños tuvieron temperamentos problemáticos o una actividad motora excesiva (Solloa, 2006).

Como ya se mencionó, la conducta opositorista es normal en ciertas etapas del desarrollo, siendo necesaria para asumir una individualidad así como para poder establecer normas y controles internos (Erickson, 1983). Sin embargo, cuando la expresión abierta de la agresión es bloqueada por el temor, éste se expresa como una resistencia pasiva, que a su vez, se convierte en una forma de manejar el estrés. Así es como el opositorismo sano de una etapa adquiere autonomía por sí mismo y se convierte en parte del carácter que persiste aún después de que su función adaptativa ha terminado (Solloa, 2006). En algunos niños la sintomatología negativista puede aparecer como reacción a un accidente, enfermedad, después de un evento traumático, o puede ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, pérdida de autoestima o tendencias a la sumisión.

Teoría cognitiva

Para comprender los trastornos psicológicos de los niños, los teóricos cognocitivistas parten de la siguiente distinción. Hay síntomas debidos a deficiencias cognitivas que implican precisamente una actividad cognitiva insuficiente, mientras que otros se deben a distorsiones cognitivas que incluyen apreciaciones e interpretaciones erróneas de los hechos. En los niños agresivos se encuentran ambos tipos de disfunciones, que iremos analizando con más detalle.

Distorsiones cognitivas

La investigación en cuanto a las distorsiones cognitivas en el área de la interacción social señala que los niños agresivos perciben e interpretan los eventos del medio de manera

diferente que los niños no agresivos y que atienden a un menor número de señales cuando interpretan el significado de la conducta de los otros (Ellis, 1980).

Para Solloa (2006) los niños agresivos son hipervigilantes, atienden las señales inmediatas, especialmente señales hostiles; no se toman el tiempo para hacer inferencias más profundas sobre la conducta de los demás y tienen la expectativa de que la intención de los otros es molestarlos; los niños agresivos no solo tienden a sobrepercibir la agresión de los otros, sino que además subestiman su propia agresividad. Además, demuestran un estilo de procesar la información, caracterizado por un pensamiento irracional, ilógico y distorsionado, lo que da lugar a que desarrollen creencias generalizadas que apoyan el uso de la agresión. Estos niños piensan que su agresión es legítima, aumenta su autoestima y les ayuda a evitar una imagen negativa, además que los otros niños merecen ser agredidos, la agresión tiende a ser mayor cuando la provocación se percibe como intencional. La conducta agresiva tiene que ver con las atribuciones, es decir la manera que el niño posee para filtrar sus experiencias, generalmente atribuyen la responsabilidad del conflicto al otro. Los niños agresivos tienen dificultad para inhibir sus impulsos agresivos, tienen la confianza de que la agresión les brindará recompensas tangibles y que reducirá la probabilidad de ser tratados de forma aversiva por los demás. Esto sugiere que hay una forma de reforzamiento negativo que mantiene la respuesta agresiva. Los niños agresivos muestran dificultades para reconocer y nombrar sus sentimientos y tienden a generalizar y confundir el enojo con otros estados afectivos como la tristeza. La dificultad para discriminar las emociones, supone a su vez, una pobre capacidad para empatizar, es decir, para ponerse en el lugar de los otros. La empatía es un fenómeno intrapsíquico y social que se plantea mediante tres componentes:

1. Identificación de afectos. Es la capacidad para describir la capacidad emocional del otro.
2. Perspectiva cognitiva. Se refiere a la habilidad de asumir la perspectiva y la función que desempeña el otro.
3. Responsividad emocional. Se refiere a la habilidad para responder afectivamente.

La capacidad para sentir empatía inhibe a agredir a los demás e involucrarse en actos antisociales; por esto es un fenómeno psicológico relacionado positivamente con la conducta prosocial y negativamente con la antisocial.

Stallard (2007) señala que algunas de las distorsiones cognitivas que matizan las conductas y las emociones son:

- Abstracción selectiva, descalificar lo positivo. La atención se concentra en experiencias negativas.
- La generalización o magnificación. Agrandar las cosas, le damos demasiado énfasis a las experiencias negativas.
- La inferencia arbitraria. Predecir que las cosas van a salir mal.

- El razonamiento emocional. Demuestran que las emociones inundan el pensamiento y lo obnubilan.
- Expectativas no realistas. Se concentran en que las cosas salgan mal, se trazan objetivos inalcanzables.
- La personalización. Se asume la responsabilidad de los acontecimientos negativos.

Asimismo menciona que debido a estas distorsiones cognitivas los niños agresivos manifiestan deficiencias en sus habilidades para solucionar problemas. Particularmente en:

1. Habilidades para generar soluciones alternativas.
2. Habilidades para considerar las consecuencias.
3. Implementación de la solución elegida.

Los niños agresivos generan un menor número de soluciones, además que en muchas ocasiones estas son deficientes en calidad y contenido. Sus soluciones se basan en conductas directas y no en estrategias verbales, esto significa que tienden a actuar el impulso, sin reflexionar sobre el contexto o en las consecuencias de su conducta y no buscan respuestas alternativas, de ahí su característica impulsiva.

Influencias familiares

No resulta extraño que los niños presenten conductas que son perjudiciales o de oposición hacia sus cuidadores. De hecho, estas conductas se observan en una tasa relativamente alta entre los niños en edad escolar. A veces, sin embargo, los comportamientos persisten y pueden ser incontrolables por otros, además de afectar el funcionamiento típico en el hogar o la escuela (Murdock, 2009).

Murdock (2009) afirma que si el poder y el control son muy importantes para los padres o si utilizan la autoridad para aliviar sus propias necesidades, se puede establecer una batalla entre niño y padres que predispone para este desorden. Así, lo que empieza para el niño como un esfuerzo para establecer la autodeterminación, se transforma en una defensa contra la sobredependencia de la madre y una herramienta de protección contra la intrusión en la autonomía del yo (Erickson, 1983).

Para Solloa (2006) el comportamiento oposicionista pueda estar agravado por:

- a) Padres que reaccionan en exceso a las necesidades de autonomía del niño, con una actitud autoritaria o intrusiva. En estas familias, si los padres tratan de dominar al niño el negativismo se expresará en forma de resistencia pasiva, pues el niño no podrá expresar su enojo de manera manifiesta, por temor a ser reprimido o castigado.
- b) Padres inconsistentes o ambivalentes. En estas familias, el niño es reforzado por la vacilación de los padres y continúa con la conducta oposicionista. En estos

casos “el salirse con la suya” se vuelve más importante que el contenido de lo que se pelea; estos niños saben lo que es importante para sus padres y se rebelarán contra ellos en forma activa principalmente.

Elementos como el rechazo paterno, la permisividad frente a la agresión, la tendencia a castigar, una deficiente comunicación entre padres e hijos y las relaciones agresivas con los hermanos contribuyen a la conducta oposicionista.

La psicopatología parental es otro factor importante pues el trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo; trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias, con trastorno depresivo o familias en las que hay conflictos conyugales graves (Bailey, 2002; Stallard, 2007; Van Fleet, 2000; Van Fleet, Ryan y Smith, 2005).

Es cierto que el niño oposicionista y rebelde puede ser portador del síntoma de un matrimonio disfuncional, pero también puede suceder lo contrario; es decir, que sean los problemas del niño los que alteren y descontrolen el funcionamiento de la pareja.

El comportamiento del niño con comportamiento negativista indudablemente va a afectar la vida familiar, pues los padres en su afán desesperado por corregir al niño intentarán diferentes estrategias tornándose a si vacilantes e inconstantes, la investigación con familias de niños negativistas, señala que los padres que se muestran más negativos en sus interacciones; despliegan niveles muy altos de conducta aversiva y un proceso parental inadecuado; por ejemplo, ordenes vagas o de doble sentido, una supervisión inadecuada de la conducta de los niños, bajos niveles de cohesión, o un esfuerzo rígido o caótico por controlar (Van Fleet y cols., 2005).

Se ha encontrado que los padres de niños agresivos manifiestan hacia sus hijos y hacia sus parejas una conducta altamente agresiva en lo verbal y en lo corporal. Esto lleva a suponer que hay un componente importante en el que a través del modelamiento de los padres, el niño aprende a afrontar los problemas mediante la hostilidad.

El estilo atribucional de los padres también puede ser otra vía de transmisión de un estilo de pensamiento distorsionado, se ha encontrado que las madres de niños agresivos tienden a atribuir la causa del mal comportamiento del hijo a él mismo y no a circunstancias externas.

El trastorno negativista se manifiesta generalmente en el ámbito familiar, aunque con el tiempo se extiende a la escuela y a sus otras relaciones sociales. Las manifestaciones resultan más evidentes con las personas que se encuentran más cercanas al niño. Los niños con este trastorno no se consideran a sí mismos como oposicionistas y piensan que su comportamiento es una respuesta razonable (Solloa, 2006).

La agresión es un asunto focal del negativismo y se manifiesta de maneras diversas en ambientes diferentes. Dentro de las manifestaciones más abiertas se encuentran la

rebeldía, provocación, peleas frecuentes, molestar a los demás y exabruptos emocionales. Los síntomas que menciona son:

- Terquedad persistente
- Desobediencia
- Berrinches
- Conducta provocativa, sin violar los derechos básicos de los demás
- Rencor y venganza
- Resistencia al cambio
- Manifestación de quejas continuas
- Renuencia a ceder o negociar con la autoridad
- Rebeldía
- Conducta molesta que provoca malestar en los demás
- Estado de ánimo caracterizado por ira y enojo

Los criterios que establece el DSM IV TR (2002) para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante son los siguientes:

- A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos cinco meses, estando presentes cuatro (o más), de los síntomas siguientes:
 1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 2. A menudo discute con adultos.
 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
 7. A menudo es colérico y resentido.
 8. A menudo es rencoroso o vengativo.
- B. El trastorno negativista desafiante provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial.

Dentro de la investigación y el trabajo clínico se han implementado tratamientos de corte conductual, cognitivo, psicodinámico y familiar, como se describe a continuación.

Tratamiento Psicodinámico

En el tratamiento psicodinámico se exploran las motivaciones y necesidades inconscientes que llevan al comportamiento oposicionista del niño. El terapeuta intenta conocer las razones de la conducta del niño, el nivel de desarrollo psicológico y estructural que ha alcanzado y el nivel de operación de las funciones mentales. Lo primero que hay que tomar en cuenta para tratar este trastorno desde el punto de vista

psicodinámico es que el problema deriva de una lucha por el control, que se remite a una dificultad en la etapa anal.

En el marco de la relación psicoterapéutica que es permisiva pero cercana y consistente al mismo tiempo, los niños podrán dejar que el enojo aflore y así elaborar las experiencias traumáticas que permitirán un sano desarrollo de su independencia y autonomía. En la seguridad que brinda una relación controladora puede entender la naturaleza de su comportamiento y así encontrar formas más asertivas de expresar su individualidad (Sollloa, 2006).

Para trabajar con estos niños cuya perturbación de la conducta se caracteriza por la falta de inhibición es necesario utilizar técnicas terapéuticas especiales. Se han utilizado modificaciones de las técnicas psicoanalíticas basadas en la comprensión del rol terapéutico del analista, que funciona como yo auxiliar del niño. El tratamiento consiste en la integración de los impulsos conflictivos del yo y en el fortalecimiento de su función sintética. El analista debe ser capaz de establecer una relación con el niño que le posibilite a éste hacer una identificación positiva con él y así estar dispuesto a aceptar que lo discipline.

El analista deberá enfrentar incesantes provocaciones por parte del niño; estas tienen por objeto quebrantar al terapeuta para que finalmente se enfade y tome represalias con lo que se confirmaría la creencia del niño en relación a que “no merece ser querido” y de que todos los adultos son iguales, desconfiables, sádicos y punitivos, y que, por tanto, su conducta antisocial se justifica y no tiene por qué cambiar.

El niño debe sentir que el analista a la vez que comprende sus impulsos y su necesidad de descargarlos está firme a su lado y no permitirá que lo abrume ni que los descargue sin control; si el niño no siente éste apoyo por parte de su analista experimentará angustia y desconfianza y puede llegar a pensar que el analista es una persona que pretende tentarlo para que se conduzca “mal” y hacerlo enfrentar en conflicto consigo mismo y con su medio. Como resultado, se volverá cada vez más destructivo para comprobar cuán lejos puede ir sin que se le ponga freno.

Es importante mejorar la autoestima de estos niños y descubrir cuáles son sus necesidades reales antes de que la defensa automática opositora emerja contra el sentimiento de ser controlado. Así, la independencia sustituye sus esfuerzos por no sentirse sometido, humillado y controlado.

La forma de trabajo con el niño será a través del juego, la idea es que el juego sirve a los niños como un aspecto catártico, así como para elaborar situaciones en las que ha sido sometido. Es a través del juego que los niños pueden representar sus impulsos, fantasías y sus defensas, ya que es el equivalente de la asociación libre en el adulto y a través de la actividad lúdica el terapeuta podrá hacer señalamientos, confrontaciones e interpretaciones. El juego además sirve para practicar funciones sociales y de imitación, es una forma de manejar el símbolo y la ficción. En niños opositores es muy

conveniente trabajar también juegos que exijan el cumplimiento de reglas tradicionales (Solloa, 2006).

Tratamiento cognitivo-conductual

En el aspecto puramente conductual a continuación se muestran algunas de las técnicas que los terapeutas utilizan para ayudar a los niños con trastorno negativista desafiante.

- Procedimientos de autocontrol

Los reforzadores para el caso de niños pequeños se encuentran determinados por actividades que el niño considere placenteras. Por ejemplo, para el niño puede ser más satisfactorio el gritar, el hablar con los demás o moverse por la habitación en lugar de prestar atención al maestro por mucho rato. Pero si el maestro le dice que si está atento por algunos espacios de tiempo se les permitirá ir de un lado a otro, hablar con los demás, etc. de esta forma los niños son capaces de controlarse todo ese tiempo a fin de obtener dicha recompensa (Ellis, 1989).

- Control del estímulo

Se busca controlar algunos de los elementos presentes en el ambiente que tienden a generar los hábitos que perjudican. En el caso particular de los niños, hay varios principios establecidos en el trabajo con adultos que también pueden aplicarse en el tratamiento con menores, ejemplo es la alianza colaborativa y el descubrimiento guiado dentro de las sesiones que resultan útiles. En las sesiones de juego se busca que el niño participe de las actividades guiadas con el fin de explorar las ansiedades y disiparlas mediante el juego, así mismo como la solución de problemas ante dichas ansiedades.

Friedberg (2005) distingue tres métodos conductuales asociados al tratamiento con niños el moldeamiento, la desensibilización sistemática y el desvanecimiento del estímulo.

1) Moldeamiento.

El moldeamiento es una estrategia psicológica con la cual se pretende aumentar la frecuencia de una conducta en un individuo que no la realiza o que no la hace con tanta frecuencia como se desearía. Sirve para establecer conductas complejas que aun no existen en el repertorio comportamental de un individuo. Consiste en reforzar en aproximaciones sucesivas, conductas que el sujeto emita que se asemejen a la conducta meta.

El moldeamiento se utiliza cuando el sujeto (en este caso niños) no tiene la habilidad para realizar la conducta. Por ello, se ofrece un refuerzo o reforzador positivo cuando consigue hacer la acción. La conducta se descompone en sus partes más simples y se escalona su aprendizaje, tomando en un primer lugar las más elementales y avanzando hacia las más complejas. Así, se va reforzando una a una, primero las elementales y progresivamente, las más complicadas.

2) Desvanecimiento del estímulo

El desvanecimiento se basa en la disminución gradual de ayudas que se le han dado al niño para que realice la conducta deseada. Pretende que se mantenga el comportamiento del niño a pesar de la reducción de las ayudas que se le proporcionaron para aprenderlo. El desvanecimiento consta de:

- Fase aditiva: se le suministra al niño todas las ayudas necesarias para la consecución de la conducta meta.
- Fase sustractiva: las ayudas se van reduciendo de forma progresiva hasta que el sujeto pueda realizar la conducta sin ninguna ayuda externa. La disminución puede desarrollarse de distintas maneras: disminuyendo o demorando la ayuda o bien reduciendo su intensidad.

En ambas fases, se han de facilitar tras la emisión de conductas cercanas a la conducta objetivo, un refuerzo continuo y contingente a dicha emisión. Esta técnica es utilizada junto con el moldeamiento y, al igual que ella, suele emplearse tanto para el aprendizaje cotidiano como para conductas más específicas. Es decir mediante esta técnica y con el moldeamiento se buscan transferir habilidades a diferentes circunstancias o con distintas personas, desvaneciendo poco a poco la situación en que el niño realiza la conducta inadaptable.

3) Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática es un método cuya característica principal es la aproximación sucesiva del sujeto a situaciones que le producen una exacerbación disfuncional de conductas emocionales o cognitivas. Se presenta la situación problemática pero se impide la ansiedad por medio de la relajación muscular o mediante actividades de juego o visualizaciones tranquilizadoras.

La terapia racional emotiva es un método de terapia verdaderamente amplio, debido a que contiene muchas técnicas cognoscitivas, emotivas y conductuales, en su forma general, la terapia racional emotiva es sinónima de lo que usualmente se llama terapia cognitivo-conductual (TCC), de hecho en la base de este tipo de terapia descansan muchos de los principios obtenidos a través de la terapia racional emotiva.

El método para trabajar con un niño con problemas de conducta es correctivo más que punitivo, más educacional que restrictivo. Es necesario enseñarle el tipo correcto de actitudes (Ellis, 1974). Inicialmente el niño debe reconocer sus emociones, e identificar las manifestaciones conductuales que éstas le provocan, por ejemplo si está enojado, es probable que reaccione de mala manera ante las restricciones que se le imponen, porque en su patrón de pensamiento se convence a sí mismo una y otra vez, que estas restricciones son injustas y de que no puede soportar injusticias de este tipo. Después de convencerse de estas cosas se siente irresistiblemente empujado a romper las normas.

Sin embargo si se logra que el niño vea y entienda que las restricciones no son necesariamente injustas, que está haciendo realmente intolerable la situación al atacarla y que probablemente no le traerá ningún beneficio el hacerlo, la conducta mejorará (Ellis, 1974).

A la par deben enseñársele las ventajas de la conducta constructiva. Mostrarle que cooperar con figuras de autoridad es una mejor manera de ponerlas de su lado (Ellis, 1974).

La terapia cognitivo-conductual requiere tener la capacidad de identificar, cuestionar y generar sistemáticamente formas alternativas de pensar. El proceso implica un alto grado de madurez y complejidad cognitiva. Además requiere tener la capacidad de realizar tareas abstractas tales como contemplar los hechos desde diferentes perspectivas o bien concebir atribuciones alternativas. La cuestión de hasta qué punto los niños pequeños poseen el nivel de madurez cognitiva necesaria para poder pensar acerca del pensamiento ha sido cuestión de debate (Stallard, 2007).

No obstante, la terapia cognitivo-conductual se aplica con frecuencia en niños menores de 10 años y se han observado buenos resultados al trabajar desde este enfoque los problemas relacionados con la conducta. El adaptar y ajustar los conceptos y las técnicas de la terapia cognitivo-conductual al nivel evolutivo propio del niño contribuye a superar algunas de las dificultades evolutivas señaladas (Ronen, 1992).

La terapia cognitivo-conductual con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y en el ahora. Como los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Conectar habilidades de afrontamiento a acciones concretas suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada.

La utilización de técnicas más concretas con unas instrucciones claras y sencillas es de gran utilidad al trabajar con niños más pequeños. La terapia cognitivo conductual tiene que ser divertida, interesante y atractiva, además debe incluir materiales y deben usarse conceptos apropiados al nivel de edad.

Los niños son sumamente intuitivos y aprenden a utilizar principios psicológicos para entender la conducta social, para regular su propia conducta y para dominar y controlar sus entornos (Friedberg, 2005).

La competencia lingüística determina hasta que punto un niño puede beneficiarse de una intervención verbal directa. En los niños con poca capacidad verbal están indicadas las tareas que tienen poco contenido verbal, como el trabajo con dibujos, con marionetas, con juguetes, con juegos o con manualidades. Friedberg (2005) menciona que otras técnicas son:

La metáfora

La metáfora es de utilidad en terapia con niños ya que ofrece la posibilidad de describir y comprender los términos abstractos en términos más concretos. De igual forma es un procedimiento alternativo pues da la posibilidad de usar diálogos donde el niño hable de una situación problemática. Se basa en el uso de muñecos o juguetes alternativos con objeto de recrear y escenificar la situación difícil que vivió el niño.

El dibujo

Mediante el dibujo, el niño también es capaz de recrear situaciones relacionadas con los problemas y elaborarlos de una manera que le permita modificar algunas de las pautas comportamentales que le originan la conducta problemática.

Cuentos

Las lecturas y los cuentos pueden servir como medios que se utilizan para facilitar la comprensión de las problemáticas de los niños a su nivel verbal. De esta forma se logran trabajar aspectos difíciles para el niño de una manera sencilla y comprensible (Friedberg, 2005).

Aunque muchas de las dificultades psicológicas a las que los niños se enfrentan son dolorosas y estresantes para ellos, los temas más incómodos pueden tratarse de un modo imaginativo, creativo y que promueva la participación. Cuanto el niño más se implica y más participa, menor es la sensación de que sea un trabajo (Friedberg, 2005). Las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas al tratamiento de las distorsiones cognitivas tienen por objeto aumentar la conciencia del niño respecto de sus cogniciones, creencias y esquemas disfuncionales e irracionales y facilitar su comprensión respecto de los efectos de dichas cogniciones sobre la conducta y las emociones. Los programas de intervención están orientados a modalidades de automonitorización, identificación de cogniciones desadaptativas, comprobación de pensamientos, y reestructuración cognitiva, mediante la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados a un encuadre bien estructurado. Al respecto de los problemas de conducta Stallard (2007) propone las siguientes técnicas.

Identificación de distorsiones y déficits cognitivos

Ofrece la oportunidad de identificar las cogniciones disfuncionales o negativas y las creencias o los supuestos irracionales más comunes. A su vez conduce a aumentar la conciencia y el conocimiento respecto de la naturaleza y el tipo de distorsiones cognitivas (por ejemplo la magnificación, la concentración en los aspectos negativos que limitan la solución de problemas).

Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas

Se fomenta la enseñanza de nuevas habilidades cognitivas mediante la distracción, las autoinstrucciones, el pensamiento consecuente y las habilidades en solución de problemas

Autodominio emocional

Mediante la relajación muscular, la respiración o la imaginación, se busca controlar la ansiedad, por ejemplo se fomenta la conciencia respecto de lo que contribuye al desarrollo de la agresividad, de tal forma que el niño pueda contenerla en un nivel que no sea expresado con cólera o ira.

Exposición

Mediante un proceso de exposición gradual se busca contribuir a facilitar el dominio de las situaciones, es decir, se definen las situaciones problema, el objetivo general se descompone en pasos más pequeños y después cada uno de estos pasos es clasificado dentro de una escala que sigue un orden creciente de dificultad, evolucionando a lo largo de la escala hasta que el problema se considera dominado.

Role playing

El role playing (la escenificación, dramatización, o representación de papeles) brinda la oportunidad de practicar el afrontar las situaciones problemáticas. Esto permite sacar a la luz posibles soluciones alternativas o bien nuevas habilidades.

Asimismo se ha considerado que la participación activa y el involucramiento de los padres desde el entrenamiento para padres hasta el uso de técnicas de juego que mejoren la relación padres-hijos.

Entrenamiento a padres

El entrenamiento para padres se refiere a aquellos procedimientos en los cuales uno de los padres o ambos son entrenados para interactuar de una forma distinta con su hijo. Este tipo de tratamiento parte del supuesto de que los problemas de conducta se deben a las interacciones disfuncionales entre padres e hijo, es decir, una relación dentro de la cual los padres promueven conductas agresivas e ignoran las conductas positivas.

Para Solloa (2006) existen diversas variantes del entrenamiento a padres, pero se pueden identificar características comunes entre todas ellas. El tratamiento está dirigido hacia los padres principalmente, siendo ellos quienes implementarán algunos procedimientos en casa; se comienza entrenando a los padres para identificar, definir y observar los problemas desde un punto de vista distinto. Las sesiones de tratamiento son enfocadas al aprendizaje de normas sociales y de los procedimientos típicos de modificación conductual (premios, castigos, reforzamiento, etc.). Las sesiones proveen a los padres de oportunidades para observar cómo se implementan algunas técnicas, de practicar el uso

de las mismas y finalmente de revisar los problemas que pueden tener al implementar estas técnicas en casa.

La meta inmediata de este tipo de programas es desarrollar algunas habilidades en los padres de familia que les permitan promover cambios en la conducta de sus hijos. Al principio se les propone practicar las nuevas habilidades en conductas sencillas que sean observables. Cuando los padres son más eficientes en el uso de las estrategias, el programa aborda problemas conductuales más severos y en otro ámbitos, como sería el escolar.

Se han observado marcadas mejorías en la conducta del niño en casa y en la escuela a lo largo del tratamiento e incluso se habla de que la mejoría en la conducta sigue siendo evidente después de varios años de finalizado el tratamiento. El impacto del tratamiento con padres es relativamente amplio puesto que en él no solamente se observan cambios positivos en las conductas del paciente agresivo sino también en los hermanos. Todos estos cambios sugieren que el entrenamiento conductual de los padres altera múltiples aspectos de la interacción en estas familias disfuncionales.

Un enfoque de intervención está orientado a que se realice en diferentes contextos. Puesto que estos niños pueden presentar historias complejas que incluyen problemas familiares, personales, dificultades académicas y las dificultades sociales (Murdock, 2009).

Para el tratamiento de niños con trastorno negativista lo que ha resultado más efectivo es una combinación de psicoterapia individual para el niño y asesoría a los padres. Es importante que los padres dejen de reforzar el oposicionismo a través de brindarle al niño su atención (aunque sea negativa) por su mal comportamiento.

Tareas en casa

Implicar a los padres en el proceso ha mostrado tener un gran efecto en la terapia cognitivo-conductual con niños. El cometido principal es ayudarle al padre a transferir las habilidades de las sesiones de terapia al entorno doméstico (Stallard, 2007).

Las tareas para casa son un elemento central de las terapias cognitivo conductuales, que permite a los niños aplicar sus habilidades a contextos reales. La terapia cognitivo-conductual con niños se centra en los problemas, es activa y está orientada a objetivos (Friedberg, 2005).

Solloa (2006) propone las siguientes técnicas para trabajar con los padres son:

1. Ignorar. Se ignora la conducta de un niño que trata de llamar la atención pero que no es amenazante. Este método funciona con problemas de molestar, quejarse, hacer pucheros y aburrirse. Es muy conveniente que además se enseñe a los padres a sorprender a los niños siendo buenos, en lugar de sorprender a los niños siendo malos.

2. La ley de la abuela. El niño debe realizar alguna actividad antes de hacer lo que el desea, así el niño desarrolla conciencia de los comportamientos que se esperan de él y de las reglas impuestas por los padres.
3. Consecuencias naturales y lógicas. Implica el hecho de que el niño enfrente la consecuencia natural ante su comportamiento. Por ejemplo si no hizo la tarea será reprendido por la maestra.
4. Tiempo fuera. Este método es útil cuando se requiere que la conducta cese inmediatamente, este método requiere que la situación de la que se aísla al niño sea reforzante, el aislamiento tiene el propósito de que el niño se tranquilice, se relaje y revise las alternativas posibles.
5. Tareas extra. El asignar tareas extra a menudo tiene un fuerte impacto en la conducta del niño. Al implementarlo los padres deben tomar en cuenta tres cosas. Es más conveniente darlo por trabajo y no por tiempo. Es decir poner a cortar el pasto y no corta el pasto por una hora. La calidad del trabajo. Hablar del trabajo antes de empezarlo a hacer para que el niño sepa lo que se espera de él. La meta del trabajo. Los padres revisan la tarea con el terapeuta antes de implementarla.
6. Perdida del privilegio. Según cada niño se deben observar aquellas características que se identifiquen como problemáticas. Sin embargo no debe iniciarse con este sistema, pues puede ocasionar disputas por el poder.
7. Economía de fichas. Se le dan puntos al niño cuando emite la conducta deseada. Es conveniente en niños pequeños y con familias que tiene un horario más o menos establecido.
8. Semana Domingo. Se usa dinero, y es recomendable en niños más grandes.
9. Contrato. Los miembros de la familia se ponen de acuerdo, escriben obligaciones y derechos a la vez que completan tareas en la casa, destinados a mejorar la conducta del niño.

La mayoría de las familias con niños oposicionistas son expertas en mencionar aspectos negativos, en hacer comentarios críticos y sarcásticos, se ha observado que esto tiende a disminuir los efectos de la terapia a largo plazo, ya que cuando los padres se ven imposibilitados de continuar con sus tareas o con las funciones aprendidas tienden a incurrir en problemáticas nuevamente con sus hijos (Solloa, 2006). A luz de estos resultados y basados en la funcionalidad de una terapia que involucre a los hijos con sus padres con actividades lúdicas, encontramos una forma de tratamiento que resulta conveniente explorar y mencionar, para ayudar a los padres a crear un marco idóneo para el desarrollo del niño en el propio campo del niño, el juego, a saber la terapia filial entre padres e hijos. Esta se describe en el siguiente capítulo, como parte de un enfoque de tratamiento excelente para optimizar los resultados de la terapia con niños con trastorno negativista desafiante y hacer que los buenos resultados prevalezcan al ayudar a los

padres a tener un espacio de convivencia con sus hijos desde un enfoque experiencial con el juego.

Capítulo 2. Terapia filial.

Orígenes

Según Moustakas (1959) la terapia de juego filial es esencialmente una relación entre un niño y su madre o padre a través de la cual el niño se descubre a sí mismo como una persona importante, ve que es valorado y amado, y reconoce su pertenencia irremplazable en la familia. Es una forma mediante la cual el niño se abre a la expresión emocional y en este proceso libera tensiones y sentimientos reprimidos. El padre no le dice que hacer, sin embargo se sienta cerca observándolo y mostrando interés y aprecio. En la relación de terapia de juego creada en la casa, el niño encuentra que su padre realmente se interesa, quiere entenderlo, y lo acepta como es.

La terapia filial ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar las relaciones entre padres e hijos. Los resultados muestran un aumento en la aceptación, la empatía, la atención positiva, y mejores competencias para educar a los hijos, además de disminuir sus problemas de conducta (Grskovi y Goetze, 2008).

Baruch (1975) planeaba sesiones de juego en casa con la intención de mejorar las relaciones padre-hijo. Natalie Fuchs (1957 citado en Axline en 1975), hija de Rogers, utilizó los principios propuestos por Axline (1975) para ayudar a su hija a través de sesiones de juego especiales y en horarios regulares para reducir sus reacciones emocionales en relación al entrenamiento para ir al baño.

Para reconocer los beneficios de la terapia filial es necesario abordar sus orígenes, para posteriormente conocer sus métodos y los beneficios que trae a los niños mediada por la relación con sus padres.

Antecedentes teóricos de la terapia de juego filial

Bernard y Louis Guerney (1964 citados en Van Fleet, Ryan y Smith, 2005), psicólogos infantiles, rogerianos discípulos de Axline, desarrollaron la terapia de juego filial como una forma de capacitar a los padres para que jugaran en forma terapéutica con sus hijos y, de esta manera, fortalecieran su relación padre e hijo y solucionaran diversos problemas de los niños.

Guerney (2000) considera que enseñar a los padres las habilidades del terapeuta en materia de juego es la forma ideal para que los padres se relacionen de una manera más positiva y apropiada con sus hijos y, al mismo tiempo, les den una terapia efectiva, en lugar que el terapeuta infantil lo haga. Este método permite que los padres no se sientan amenazados por la relación que el terapeuta establece con su hijo, y también aprovecha el gran vínculo entre padres e hijos para crear una empatía terapéutica.

La terapia de juego filial, es un método que permite a los padres ser los principales agentes de cambio de la conducta de sus hijos, desempeñando el papel de terapeutas y usando el juego (Reddy, Files y Schaefer, 2005).

A diferencia de otros enfoques terapéuticos en los que se usa el juego, esta terapia, al igual que la centrada en el niño, no exige que los padres aprendan psicodinamia o psicopatología, o que elijan como responder en forma diferencial en función de la historia de vida del niño, debido a que ambos métodos se enfocan en lo que sucede en el espacio terapéutico, es decir, el aquí y ahora.

Como ya se menciona la terapia de juego filial integra ideas y principios de diversos enfoques terapéuticos, principalmente de aquellos que se relacionan con la terapia de juego, la centrada en el niño, la cognitivo-conductual y la familiar.

Modelo Centrado en el niño

En los años cuarentas Virginia Axline empezó a desarrollar la terapia de juego no-directiva, cuyos principios se basan en la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers. Axline pensaba que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia con adultos.

Axline (1975) también menciona que en cuanto a la conformación de su personalidad el niño ansía crecer, crecer en su experiencia, en su comprensión, en su aceptación de sí mismo y de su propio mundo. Está asimilando todos los ingredientes que se integran en una configuración que es solamente suya y se llama "personalidad".

Lo que parecieran conductas inadaptadas como soñar despierto, retraimiento, compensación, identificación, proyección, regresión, represión y demás son solo manifestaciones del yo interno para aproximarse a la realización de su autoconcepto. Sin embargo entre más alejados se encuentren la conducta y el concepto, existirá un mayor grado de inadaptación ya que el individuo reacciona de determinada forma debido a la configuración total de todas sus experiencias.

Por esto al igual que Rogers, Axline piensa que cada individuo lleva dentro de sí mismo la habilidad para resolver sus propios problemas y el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. Para que esto pueda suceder es necesario que el individuo realice una introspección, que en suma le brinda la oportunidad de actuar todos los sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor y confusión. Los sentimientos emergen a la superficie, de manera que el niño puede aprender a controlarlos o a rechazarlos. Y poco a poco con la relajación emocional empieza a darse cuenta de su poder interno para ser un individuo con derechos propios y lograr la realización (Van Fleet, Ryan y Smith, 2005).

El niño necesita un determinado control pero debido a que no es lo bastante autosuficiente debe entender que el control surge como resultado del respeto mutuo. El reflejo de las actitudes expresadas emocionalmente ayuda a ahondar en su mundo interno haciendo que surja su verdadero Yo y la comprensión de sí mismo.

Según Axline (1975) el trabajo terapéutico (en la relación terapeuta-niño) debe estar enfocado en ocho principios básicos.

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal y como es.
3. Crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de forma que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos.
4. Está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de forma que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar los cambios.
6. No intenta dirigir las acciones o conversación del niño. El niño guía el camino.
7. No pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual.
8. El terapeuta establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación.

El uso cuidadoso de la interpretación es necesario y debe basarse en la obvia actividad de juego del niño. Por tanto la respuesta del terapeuta deberá incluir el símbolo que el niño ha utilizado. En lo progresivo se pretende que se enfatice el punto respecto a aceptar al niño tal como es y alentarle hacia la autoexpresión. Liberando emociones y sentimientos de forma tangible, es decir pintando, con arcilla, mediante música, con diferentes ritmos, baile, danza o mediante el juego libre.

Modelo Cognitivo-Conductual

La terapia cognitivo-conductual porta la idea de intervenir a partir de programas de capacitación a padres o instrucción didáctica (Santiago, 2007).

Es necesario que el padre tenga expectativas realistas en cuanto al niño y al tratamiento que se quiere dar, es decir se deben definir los problemas de manera clara (Friedberg, 2005). Asimismo se busca incrementar las conductas deseadas mediante alternativas para reforzar conductas, sustituir las órdenes y basarse en orientaciones y, por tanto reducir las conductas no deseadas.

Es necesario dedicar un tiempo de juego donde se brinda a los niños la oportunidad de escoger, en este escenario el padre tiene la posibilidad de aumentar la frecuencia de los refuerzos. Para ello el padre debe identificar las conductas agradables para el niño y las desagradables y hacer una lista de reforzadores potenciales.

Las alternativas para reforzar conductas se dan mediante aproximaciones graduales, por pequeños pasos y mediante refuerzos diferenciales y recompensas verbales, es importante que se den sin juicios, de una manera inmediata a la conducta presentada y sin críticas.

Para Santiago (2007) en esta capacitación el padre observa lo que el terapeuta le modela con respecto a la relación que tiene con el niño y de esta forma aprende a:

- a) Cambiar la conducta destructiva o disfuncional de sus hijos.
- b) Identificar y modificar los antecedentes y consecuentes de dicha conducta.
- c) Manejar apropiadamente los premios o castigos.
- d) Emplear adecuadamente el tiempo fuera.
- e) A partir de la retroalimentación del terapeuta, el padre puede monitorear el desarrollo de sus habilidades.

Asimismo la terapia de juego filial al igual que la terapia conductual puede hacer uso de videos para mostrar ejemplos y exponer la forma adecuada de mejorar la comunicación padre e hijo, de mejorar su relación y de resolver problemas.

Otro principio conductual que se emplea en la terapia de juego filial es el de la generalización. En la terapia de juego filial se le ayuda al padre para que aplique las habilidades aprendidas a otros espacios fuera de la hora de juego, en casa u otros espacios de convivencia.

Modelo Familiar

De este enfoque se retoma la importancia de involucrar a la familia en el proceso terapéutico del niño, porque cada miembro de la familia tiene una relación con los demás, de tal forma que un cambio en uno de ellos provoca alteraciones a los otros componentes de esa familia. Además la terapia de juego filial permite trabajar con la comunicación dentro de la familia.

Los niños esperan de su familia que los protejan, partiendo del hecho de que las relaciones conflictivas entre las familias influyen en la presencia de problemas internalizados o externalizados en los niños. La inclusión de la familia en la terapia plantea transformar interacciones negativas en interacciones de apoyos considerando a la familia como fortaleza y apoyo en los niños, Los terapeutas pueden elevar la voz de los niños para que sea escuchada por los miembros de la familia y estos respondan de manera efectiva. Ayuda a identificar las fortalezas familiares e individuales (Bailey, 2002). Además de ayudar a los padres a relacionarse con sus hijos en formas que pondrán en libertad el poder interno del niño para construir, seguir adelante, crear y auto-sanarse. Este tipo de terapia pretende realzar y fortalecer la relación padre-hijo a través de mejoras en la interacción familiar y de estrategias de solución de problemas y mediante un incremento en los sentimientos de afecto, calidez y confianza familiar.

Este tipo de terapia parte de un supuesto teórico, “Todos los niños tienen fortalezas y recursos para cambiar”. Asimismo “El cambio es inevitable”, pues constantemente se está cambiando. Es importante no olvidar que “hay muchas maneras de ver un problema”. Cuando las familias llegan a sesión llegan saturadas del problema, se deben buscar eventos excepcionales donde la problemática no se presente y que ayudaran a disminuir la saturación del problema y dejar de percibir que toda la relación familiar gira en torno a este. Se debe cambiar la visión de que el niño es el problema y sustituirla por la visión de un niño que tiene un problema, de esta forma se obtiene colaboración de los padres. Se externaliza el problema pues ahora se visualiza como algo que puede ser considerado fuera de las características de la familia y por tanto algo que puede ser tratado.

Van Fleet y sus colaboradores (2005) mencionan que los siguientes aspectos deben ser tomados en cuenta al llevar a cabo este tipo de intervención.

- a) Las preguntas dan claridad y entendimiento y representan opciones lingüísticas para expandir posibles significados
- b) En esta orientación se nombra a los problemas y se externalizan conversaciones sobre ellos.
- c) Se invita a los miembros de la familia a unirse para ver a los problemas como separados de las personas y a usar la terapia como un contexto para renegociar la relación con el problema.
- d) Se ayuda a eliminar culpas y defensas además de dar libertad al niño para que tenga más agencia personal.
- e) Una vez que el problema es visto de esta manera la familia es libre de reconocer y construir historias preferidas.
- f) Es útil crear audiencias para las historias alternativas y trabajar para conmemorar y celebrar los cambios.

De esta forma es como la terapia familiar trabaja con las problemáticas considerando a la familia como un sistema, que en consecuencia puede ser modificado, logrando que en este caso el niño sea beneficiado en sus emociones, sentimiento y/o conductas.

Integración de los diferentes enfoques teóricos

Reddy y sus colaboradores (2005) mencionan esquemáticamente las aportaciones de los diferentes enfoques teóricos representan para la terapia filial la posibilidad de integrar este conocimiento en relación a los niños y a sus metas de la siguiente forma:

- Desarrollar un entendimiento de las emociones propias y de los otros
- Expresar sus sentimientos de maneras apropiadas para que sus necesidades puedan ser satisfechas
- Desarrollar habilidades de solución de problemas
- Reducir sus conductas problemáticas

- Trabajar a través de sus conflictos para mejorar su ajuste/adaptación
- Hacer mejores elecciones y hacerse responsables de ellas
- Aumentar la confianza en sus padres
- Aumentar su seguridad y autoestima

Asimismo al reformular los principios de Axline (1975), Van Fleet (2000) sugiere que se mejoran y generan nuevas habilidades en los padres.

1. Los padres son cálidos y amistosos en la relación con el niño
2. Aceptan las expresiones, sentimientos y decisiones del niño tal como son (cuidando que sus conductas no violen ningún límite de la sesión de juego).
3. Crean un ambiente de permisividad para que el niño se sienta libre de expresar sus emociones y sentimientos.
4. El padre está atento de los sentimientos que el niño está expresando y se los refleja para que el niño pueda entenderlos y aprender más sobre sus emociones y conductas.
5. Respeta la habilidad del niño para resolver sus propios problemas, absteniéndose de darle recomendaciones o solucionarle el problema, de esta forma el padre le permite al niño la responsabilidad de tomar decisiones y hacer cambios.
6. No dirige las acciones o pláticas del niño de ninguna manera. El padre le permite dirigir la actividad.
7. Dado que es un proceso gradual el padre se muestra paciente, sin apresurar al niño.
8. Es capaz de establecer sólo los límites necesarios para mantener la seguridad de los niños.

De esta forma a la vez que se logran cambios en los niños, se generan cambios en la relación con sus padres, ya sea en la identificación de emociones, expresión de afecto, manejo de límites, solución de problemas y calidad de la relación.

Consideraciones para la terapia filial

Landreth y Bratton (2006) consideran que la terapia filial es una gran generadora de cambios. Es por ello que es necesaria la participación de los padres en estas sesiones pues en ellas se generará el aprendizaje y los cambios que puedan ocurrir en el niño.

Para el trabajo con padres se proponen sesiones especiales semanalmente con 30 minutos de duración. Donde se deja un espacio en cada una de estas sesiones para el relato de las experiencias. Se espera que el periodo de tratamiento se extienda a 10 sesiones aproximadamente donde el foco principal de la intervención reside en la relación

entre el padre y el hijo, especialmente en los tiempos de juego y las formas de juego (Landreth y Bratton, 2006).

Landreth (1991) distingue tres fases de tratamiento: inicial, intermedia y de cierre.

Fase inicial

Evaluación. En ella se evalúan las habilidades de los padres. La Interacción social, se evalúa en base a historia de desarrollo y mediante la observación del juego familiar. Para obtenerlo el terapeuta debe realizar la evaluación inicial del niño y de las necesidades de la familia. Para la observación del niño al jugar con su familia se pueden emplear cuestionarios en forma de lista checable que permitan tener un registro de la observación.

Discusión. En esta etapa se busca dar una justificación de la terapia filial así como de su proceso, es decir, la disposición y la capacidad para que ésta pueda ser implementada, hasta un estimado esquemático del número de sesiones y el objetivo de cada una de ellas.

El terapeuta debe exponer porque considera importante trabajar con este enfoque incluso a los padres. Además no se debe olvidar que para la terapia filial los padres se consideran parte del proceso, por ello el terapeuta debe observar las reacciones y prestar atención a las emociones y sentimientos de los mismos.

Demostración. El terapeuta muestra como se realiza una sesión de juego centrada en el niño mientras los padres observan con la intención de ser preparados para en el futuro ser participantes de las sesiones a la vez que utilizan reflejos para identificar y devolver al niños sus emociones. Es en un amplio sentido que se utilizan las primeras sesiones para clarificar la idea de las sesiones de juego centradas en el niño que los padres son invitados a observar como el terapeuta dirige una sesión. Posteriormente el terapeuta discute la sesión contestando preguntas y haciendo comentarios acerca de la misma, retomando el material que los padres hayan observado y ejemplificando con las técnicas empleadas (el reflejo de emociones) y dando un sentido al uso de esta técnica y su importancia.

Fase intermedia

Entrenamiento o formación. En esta etapa el objetivo del terapeuta será realizar ejercicios en la formación de habilidades y ensayos con los padres.

En la fase de entrenamiento usualmente se involucra a los padres. En estas sesiones se les enseña cómo deben conducirse en las sesiones de juego. Como las habilidades están siendo puestas en práctica y de hecho siendo aprendidas el terapeuta no espera que se haga todo bien sino de buena forma.

Sesión de juego filial. Cuando el terapeuta y el padre sienten que está preparado se realizan las actividades del padre pero ya dentro de las sesiones de manera activa, es decir, en presencia del terapeuta y del niño. El terapeuta observa las sesiones de juego y

se reúne en privado al final para dar información, escuchar sus reacciones, y discutir los avances o problemas.

Transferencia. Se determina el momento y la forma en que los padres realizarán las sesiones de juego sin la observación directa del terapeuta. Asimismo y una vez llevadas las sesiones de juego filial en casa se discuten y comentan las sesiones con los padres acerca de las habilidades previamente aprendidas e implementadas. Se considera necesario que el terapeuta esté enterado acerca de los avances y problemas que surgen en las sesiones en casa.

Fase final

Generalización. En esta fase se busca de manera específica que los esfuerzos estén encaminados en ayudar a los padres a generalizar estas habilidades en la terapia. Durante las sesiones el terapeuta trabaja con el uso de algunas de las habilidades en las sesiones de juego aplicadas cotidianamente en la familia. De igual forma comparte algunas de las habilidades del niño, con los padres con el fin de retroalimentar. Planificación de la despedida. Se planea la despedida del proceso en una sesión de juego supervisada. Previamente cuando las sesiones de juego están avanzando sin problemas, el terapeuta comienza a planear con el padre la finalización de la fase de terapia. Además el terapeuta comparte algunas habilidades adicionales que deben desarrollarse para la crianza de los hijos.

Evaluación final. En esta fase se trabaja con los padres en una post-evaluación. Una evaluación final consiste en:

- a) Una discusión entre los padres y el terapeuta acerca de las mejoras que se han percibido en la relación.
- b) Se re-evalúa para observar los cambios a partir de la implementación de estas técnicas para demostrar los progresos en una post evaluación.

Una aproximación en cuanto a las sesiones y su estructura en relación a objetivos específicos de acuerdo con Landreth y Bratton (2006) debería ser:

Primera sesión
Objetivo. Planteamiento de objetivos y respuesta reflexiva
a) Crear un ambiente seguro para los padres para que compartan sus vivencias abiertamente
b) El terapeuta da una visión general de los objetivos de formación, haciendo hincapié en el desarrollo hacia la sensibilidad de los padres para con sus hijos.
c) Se transmite el concepto de respuesta reflexiva y se da una demostración, enfocándose en la identificación y el reflejo de sentimientos.

Segunda sesión
Objetivo. Principios básicos de las sesiones de juego
a) Los padres son introducidos a los conceptos.
b) Se da una lista de los juguetes que se usarán durante los tiempos de juego, así como la explicación de por qué es importante que sean esos juguetes
c) El terapeuta muestra una sesión típica de juego videograbada, observando el rol de juego y las habilidades de los padres.
d) Los padres eligen su kit de juego y deciden el momento y el lugar para desempeñar las sesiones.

Tercera sesión
Objetivo. Periodo de sesiones y procedimientos
a) El objetivo principal es preparar a los padres para la primera sesión de juego en casa.
b) Se les prepara con un folleto que resume los puntos esenciales para llevar a cabo sesiones de juego.
c) Se les recuerda que es necesario que sea el niño quien dirija las sesiones seguido por el padre en su rol de juego.
d) El terapeuta provee a los padres con procedimientos basados en listas checables para ayudar a los padres en sus sesiones.

Cuarta sesión
Objetivo. Formato de supervisión
a) El objetivo es que los padres reporten lo acontecido en la primera sesión de juego.
b) La exposición de las grabaciones en video proporciona una gran ayuda para el aprendizaje.
c) Es fundamental encontrar algo positivo para lo que cada uno de los padres comparten.

d) Las habilidades del escenario de juego son enseñados a los padres.
Quinta sesión
Objetivo. Revisión de las habilidades en las sesiones de juego
a) Se busca que los padres empleen las habilidades aprendidas en las sesiones de juego.
b) Se generan nuevas habilidades, buscando ser consistente en el aprendizaje de aquellas que se han transmitido.

Sesiones 6 a 9
Objetivo. Supervisión de sesiones
a) Cada sesión empieza con el reporte de los padres acerca de las sesiones que se han tenido en casa, seguida por la supervisión de los padres asistida por sus grabaciones.
b) Cada semana se presentan grabaciones a los padres para mejorar el aprendizaje y la generalización de las habilidades para jugar fuera del período de sesiones.
c) El tema de aliento y de elogios hacia el niño se presenta en el período de sesiones 7 y 8.
d) Ayudar a los padres para comenzar a generalizar las habilidades que han aprendido para aplicarlas en la vida cotidiana.

Sesión 10
Objetivo. Evaluación y resumen
a) La primera sesión es usada para revisar y llevar a cabo el cierre del grupo. reconociendo a los padres y los progresos que han hecho sus hijos.
b) El terapeuta estimula y refuerza sus comentarios a través de los ejemplos de los progresos que han compartido en reuniones anteriores.
c) Se hace hincapié en la importancia de continuar con las sesiones de juego,
d) En caso de que así se requiera se organiza un grupo de seguimiento por un período de sesiones determinado (por lo general en 4 a 6 semanas).

Seguimiento de las sesiones

De igual forma se plantea un seguimiento del caso con el objetivo de compartir brevemente sus experiencias en sus sesiones de juego desde la sesión de despedida. En esta reunión se abordan los cambios que han observado en sí mismos y en sus hijos. Además se les pide a los padres ejemplos de cuando se han utilizado con éxito sus nuevas habilidades.

Encuadre e Instrumentos para la Terapia Filial

Juguetes

Es ideal tener un set de juguetes “especiales” para las sesiones de terapia filial en casa, estos deberán ser diferentes a lo que los niños regularmente juegan. Estos juguetes deben ser:

1. Juguetes seguros al usar para el niño.
2. Deben ser variados para facilitar la expresión de sentimientos e ideas.
3. Tener la cualidad de emplearlos también en el juego imaginativo.

Al respecto de los juguetes Axline (1975) propone una lista que incluye:

Familia de muñecas, una casita y algunos muebles, crayolas, plastilina, tijeras, suficiente papel para dibujar, animales, soldados, carritos, indios y vaqueros, aviones y barcos, muñecos bebés de trapo y biberones, títeres que representen una familia, teléfonos (dos), policías, médicos, equipos médicos, algunos materiales para construcción como los “Lego”, cubos de diferentes tamaños, si es posible una caja de arena para colocar soldados, barro, carritos y animales.

Es muy importante que el terapeuta maneje los juguetes con que él mismo se sienta cómodo, además hay que pensar en incluir algunos juguetes sofisticados para chicos mayorcitos como mesitas de billar, fútbolín, tiro al blanco, sacos para golpear, máscaras. Todo para promover la autoexploración y la curiosidad.

Hay que enfatizar que el espacio de juego es un espacio que le permite al chico la expresión de emociones.

En cuanto a la estructura de la sesión, ésta debe contener:

- El encuadre de las sesiones de juego
- Mensaje introductorio
- Tiempo para ir al baño
- Salida del cuarto de juego.

Habilidades obtenidas en las sesiones

Empatía

Demostrarle al niño que ellos tienen el 100% de atención y que comprenden sus necesidades y sentimientos mediante el reflejo de los sentimientos que observa en su hijo siempre evitando hacer preguntas y dirigir (Van Fleet y cols., 2005).

Imaginación

También señalan que respecto a la imaginación se busca aprender a conocer como el niño entiende el mundo por medio del juego imaginario y se involucra con él. Por ello es necesario actuar el papel que el niño elija tanto para el padre como para el terapeuta. En este sentido el niño es el director, una vez asignados los roles ya no se utilizan los reflejos. Es necesario que si no se está seguro de lo que el niño pide, se pregunte en forma de secreto.

Establecer límites

Los límites están diseñados para la seguridad en la sesión. Para establecer la autoridad parental. Los niños aprenden a ser responsables de sus actos dentro de la sesión. Con esto se ponen límites de una manera corta, sencilla y firme. Asimismo se mide el límite que el niño quiere cruzar. Se da una advertencia en la segunda ocasión que rompa la regla. Si esto pasa las consecuencias también se dan, con un tono sereno y firme se le informa al niño que dejarán la sesión hasta aquí por que rompió la regla 3 veces.

Entendiendo el juego de los niños

Es importante aprender a detectar y entender los temas a que los niños juegan para después discutirlos con el terapeuta y se debe detectar un patrón de juego en el niño para considerarlo significativo

Tópicos de interés

En el juego agresivo el padre debe aprender a diferenciar entre violencia y agresión. Esto significa la agresión es aceptada en la terapia filial mientras no sea destructiva (ya que de convertirse en destructiva se convierte en violencia), pero se debe mantener dentro de ciertos límites.

Reacción Emocional de los padres a la sesión de juego

Pueden llegar a sentirse molestos por el tipo de juego de su hijo. Puede haber reacción en relación a las experiencias de los padres o del temperamento. Es muy importante compartir estos sentimientos con el terapeuta, dejarles saber que son normales, para irlos resolviendo conjuntamente.

Finalmente el objetivo de la terapia filial, es precisamente mejorar la relación entre padres e hijos por lo que se espera que estos problemas ocurran dentro de las sesiones para

poder resolver las problemáticas y enseñarle a los padres como enfrentarlas adecuadamente.

Después de hacer una revisión suficiente de la literatura, en el siguiente capítulo se presenta un estudio de caso que buscara determinar cómo estos principios teóricos son aplicados en la práctica terapéutica.

Capítulo 3. Método

Justificación y planteamiento del problema

Al haber tenido la oportunidad de estudiar la maestría en Psicoterapia Infantil, pude trabajar con niños que presentaban diferentes problemáticas, siendo los problemas conductuales, problemas emocionales, ansiedad, trastorno por déficit de atención, hiperactividad y enuresis, los más reportados. Al hacer mi residencia en el centro comunitario Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro y mediante las prácticas supervisadas algunos de los elementos que más contribuyeron con mi formación fueron aquellos de niños que directamente se relacionaban con los problemas de conducta, trabajé con seis niños que eran referidos por esta causa. La incidencia observada y la preocupación que genera en familiares, padres y escuela hacen dificultosa la intervención, además los patrones familiares disfuncionales, las actividades de convivencia difusa, eventual y la crianza de los niños con diferentes personas, son factores que se suman o contribuyen al surgimiento y mantenimiento de estas problemáticas. Solloa (2006) menciona que en familias en las que los padres están muy preocupados por el poder, control y autonomía, en donde las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes, así como en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores es frecuente que se presente el trastorno negativista desafiante. Una opción en el tratamiento de estos problemas es la terapia cognitivo-conductual que se aplica en niños menores de 10 años y mediante la cual se han observado buenos. Este enfoque basa su intervención psicoterapéutica en la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante el encuadre terapéutico. Por su parte la terapia de juego filial, es un método que permite a los padres ser los principales agentes de cambio, desempeñando el papel de terapeutas y usando el juego para resolver los problemas de sus hijos (Van Fleet, Ryan y Smith, 2005). Bajo estas líneas teóricas surgen diferentes preguntas, mismas que se citan a continuación.

Hipótesis y preguntas de investigación

Ante los planteamientos expuestos surgen diferentes **preguntas de investigación** ¿es posible mejorar los problemas de conducta en un niño de edad escolar, mediante la terapia cognitivo conductual?, ¿es posible que la orientación a padres mejore el avance en el tratamiento de estos problemas conductuales en el niño? y finalmente ¿la terapia de juego filial mejorará la relación a largo plazo entre padres e hijo?

Las **hipótesis** generadas a partir de las preguntas suponen que:

H1 Si es posible mejorar los problemas de conducta en un niño de edad escolar mediante la terapia cognitivo conductual.

H2 Si es posible que la orientación a padres mejore el avance en el tratamiento de estos problemas conductuales en el niño.

H3 la terapia de juego filial si mejorará la relación a largo plazo entre padres e hijo.

Objetivos

Objetivo general

Reducir las manifestaciones de los problemas conductuales en un niño de edad escolar mediante terapia cognitivo conductual, a la vez que se trabaja con los padres en sesiones de orientación, para mejorar sus habilidades en la identificación de emociones de su hijo y posteriormente incluirlos en terapia filial y lograr que los resultados sean a largo plazo y mejoren de manera significativa la relación padre e hijo.

Objetivos específicos

Niño (Terapia cognitivo-conductual)

- Atención en las áreas del desarrollo para fortalecer sus habilidades.
- Manejo de la agresividad mediante el moldeamiento, la desensibilización sistemática y el desvanecimiento del estímulo, para que se puedan reforzar las conductas positivas del niño, logre reducir la ansiedad mediante el juego y finalmente transferir las habilidades aprendidas a situaciones de la vida cotidiana.
- Fortalecer el desarrollo mediante la identificación y manejo adecuado de las emociones mediante la autominutorización y la autoregulación.
- Brindar herramientas para afrontar y resolver de manera adecuada sus problemas.
- Fortalecer los vínculos sociales mediante la empatía y la estimación de las propias capacidades (autoconcepto).

Madre (Orientación a madre)

- Lograr el interés de la madre en su hijo mediante la exploración de su relación.
- Fortalecer aquellas ocasiones en que los problemas no se presentan y que resultan agradables para su relación.
- Mediante sesiones que demuestren cuales son las habilidades esperadas y aquellas que deben fortalecerse para continuar con un desarrollo adecuado.
- Trabajar en la identificación y reconocimiento de las emociones de su hijo.

Madre e hijo (Terapia filial)

- Lograr que la madre sea cálida y amistosa en la relación con el niño
- Asimismo que acepte las expresiones, sentimientos y decisiones del niño tal como son (cuidando que sus conductas no violen ningún límite de la sesión de juego).
- Lograr que creen un ambiente de permisividad para que el niño se sienta libre de expresar sus emociones y sentimientos.
- Que la madre logre respetar la habilidad del niño para resolver sus propios problemas, absteniéndose de darle recomendaciones o solucionarle el problema,

de esta forma la madre le permite al niño la responsabilidad de tomar decisiones y hacer cambios.

- Asimismo no dirigirá las acciones o pláticas del niño de ninguna manera. La madre le permitirá dirigir la actividad. Mientras es capaz de establecer sólo los límites necesarios para mantener la seguridad del niño.

Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de caso que se refiere a A., un niño de 8 años de edad que actualmente estudia el segundo año de primaria, pertenece a una familia extensa cuyos integrantes conviven bajo condiciones de hacinamiento y en un nivel socio-económico medio-bajo.

Materiales y Escenario

Las sesiones de evaluación y tratamiento se llevaron a cabo en un cubículo asignado previamente del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El centro comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” se fundó en 1981, sus objetivos son participar en la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado en Psicología para contribuir al conocimiento de las situaciones y problemáticas de la comunidad.

Otorga atención psicológica a través de diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en áreas como: adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación, entre otras, todo esto, a nivel preventivo y de intervención psicoterapéutica.

Los materiales empleados fueron un Kit de juguetes que incluían:

- 24 títeres de diferentes profesiones.
- Muñecos de luchadores y un pequeño ring de juego.
- Muñecos de superhéroes.
- Plastilina, colores, crayones, acuarelas, hojas y pinceles.
- Casita con muñecos pequeños y muebles para su instalación.

- Juego de tapetes de Fomi.
- Mesa escritorio.
- Un cubículo con espacio de 3x3 metros con iluminación.

Procedimiento

1. Se tuvieron 10 sesiones de evaluación con el niño donde se administraron las pruebas mencionadas anteriormente, así como el juego diagnóstico para de igual manera fortalecer la alianza colaborativa.

Para la fase de evaluación se aplicaron las siguientes pruebas psicológicas:

- Bender (anexo 1)
 - Historia evolutiva
 - Dibujo de la figura humana (anexo 2)
 - Test de desarrollo de la percepción visual en su segunda versión (Frostig 2) (anexo 3)
 - Test de inteligencia de Wechsler para niños en español (anexo 4)
 - Juego diagnóstico
 - Dibujo libre (anexo 2)
2. Se tuvieron 11 sesiones de intervención solo con el niño donde se trabajaban las sesiones por objetivos específicos.
 3. Se realizaron 5 sesiones de orientación con la madre donde se observaban los avances del niño en casa y se ayudaba a la madre a reconocer las emociones de su hijo.
 4. Finalmente 8 sesiones de intervención con el niño y su madre donde se trabajaba su relación y la forma en que resolvían problemas de manera conjunta.

Presentación del caso

Ficha de identificación

- Nombre: A.
- Edad: 9 años Fecha de Nacimiento: 16 de octubre 2000
- Escolaridad: 2do. de primaria
- Papa: G. Edad: 30
- Escolaridad: Preparatoria
- Ocupación: chofer de la UNAM
- Mamá: A. Edad: 30
- Escolaridad: Preparatoria
- Ocupación: Empleada

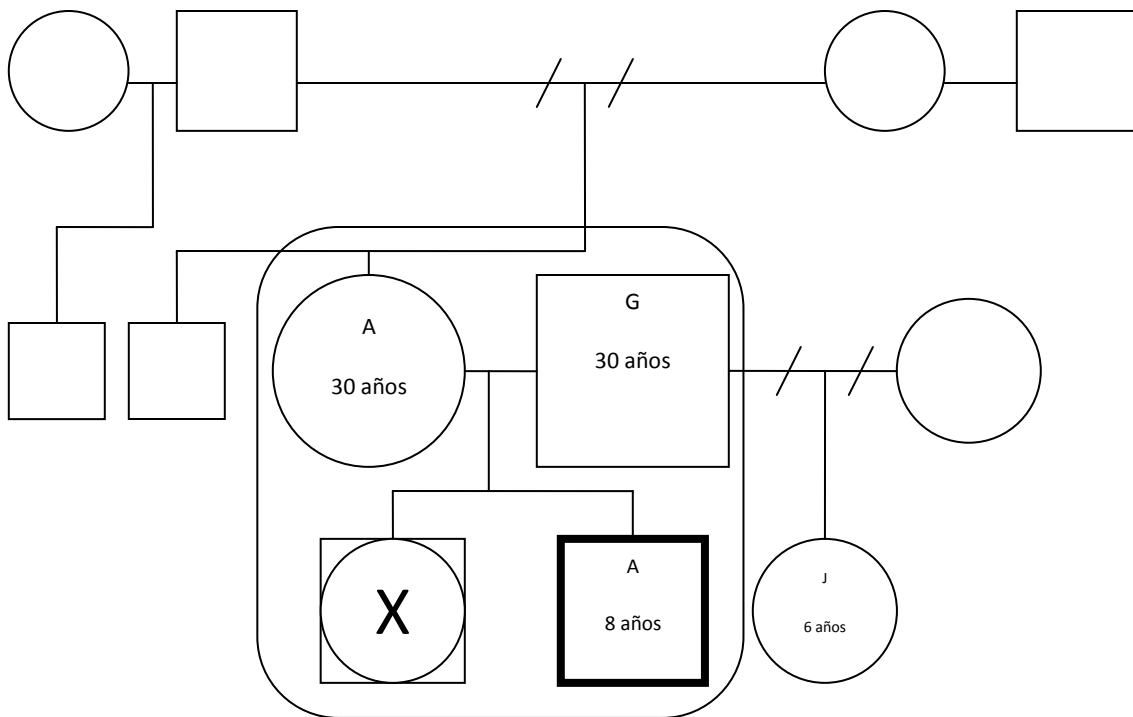
MOTIVO DE CONSULTA

- Mamá: “es un niño muy acelerado, es un niño hiperactivo, y es un niño que en lugar de caerte bien te cae mal”.
- Niño: “Porque soy muy acelerado, quiero hacer todo rápido” menciona que hacer las cosas rápido es mejor y porque si no, no le da tiempo.

DESCRIPCION CLINICA

- Escolar de edad aparente a la cronológica de talla y peso esperado, presenta buen aliño personal.
- Maneja un adecuado lenguaje para su edad, buen contacto visual e interactúa adecuadamente con el terapeuta.
- Es espontáneo, cooperador y parece expresar adecuadamente las emociones, mayormente la alegría.

FAMILIOGRAMA



HISTORIA DEL DESARROLLO Y ANTECEDENTES CLÍNICOS

Presentó un desarrollo Psicomotor aparentemente normal, Sedestación 7 meses, primera palabra 5 meses, gateo a los 9 meses, caminó al año con 2 meses (mamá), inició del lenguaje al año 8 meses, es descrito como un bebé muy tranquilo, alegre y que le gustaba que le cantaran. La ablactación inicio a los 6 meses y se destetó a los 2 años.

Alimentación

- Alimentos que come con más frecuencia: Harinas, dulces, carnes, vegetales, frutas, Agua y leche.
- Realiza tres comidas al día y necesita ayuda para alimentarse.

- Tiende a distraerse y jugar con la comida, especialmente revolviéndola.
- Se levanta frecuentemente de la mesa.
- Rechaza los alimentos.
- Es sumamente social y hablador durante las comidas.

Control de esfínteres

- Edad en la que controló esfínteres: 2 años.
- Rara vez padece de accidentes intestinales.
- Muestra marcado interés por el baño en casas ajenas.

Sueño

- Generalmente hace una siesta.
- Pide cosas (agua, comida) o ir al baño antes de acostarse.
- Trata de evitar irse a la cama.
- Raramente se lleva cosas a la cama con él.

Descripción del día típico

- Se levanta a las 7am, se baña, viste solo y desayuna.
- Entra a la escuela las 8am, la madre lo lleva.
- A las 4 pm sale de la escuela, la nueva esposa de su abuelo materno pasa por él y se lo lleva a su casa, donde come a las 5pm y hace la tarea antes de empezar a jugar.
- Su padre pasa por él a las 7 pm, llega a cenar, le revisa mamá las tareas y después ver la televisión antes de dormir.
- Duerme a las 10 o 11pm.

ENTREVISTA CON LA MADRE

- La madre hace referencia de una escena donde A. le quita el micrófono a un payaso y comienza agredirlo con él, menciona la madre “es un niño que en vez de caerte bien, te cae mal”.
- Para los padres A. comenzó a mostrarse acelerado a partir del nacimiento de su tío Diego pues por este motivo la abuela ya no puede cuidarlo.
- Hubo un altercado hace aproximadamente un año, el padre de A. suele tomar con frecuencia; tuvieron una discusión después de que el padre llegara borracho y comenzó a golpear a la madre mientras A presenciaba la escena.
- La pelea surgió a raíz de que la madre descubriera una segunda pareja de su marido (hace aproximadamente un año, fechas que coinciden con la aparición de las manifestaciones problemáticas del niño), a partir de ello la relación del padre y de la madre es distante.

Resultados de la evaluación

Área Perceptual

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede apreciar que las habilidades de A. se encuentran afectadas en el área de la percepción visual con respuesta motriz reducida, por lo que su desarrollo no ha sido el adecuado en esta área, sobre todo aquellas cuestiones de tipo de integración visomotora que han venido limitando sus respuestas motoras. A pesar de que por el momento su rendimiento se encuentra dentro de la norma en comparación con su grupo de edad, éste se puede ver limitado si no se logran corregir los problemas detectados en las áreas de Coordinación ojo-mano, Posición en el espacio, Figura-fondo y Cierre visual, que son áreas que se notan sumamente afectadas, no obstante se considera que sus capacidades ante estímulos que requieren de una respuesta basada principalmente en la velocidad visomotora y la constancia de forma es buena en relación al resto de sus capacidades (ver anexo 1 y 2).

Área Intelectual

En lo que al área intelectual se refiere, no se observaron problemas en comparación al grupo de edad, por lo que A. se puede describir como una persona que emplea sus habilidades al máximo en la solución de sus tareas. Sin embargo haciendo un análisis intrapersonal, hay dos áreas en las que se observa sumamente afectado, una de ellas se refiere a la capacidad para obtener, memorizar y reproducir el aprendizaje del medio social en el que habita, suele mostrarse renuente al realizar tareas que no consigue ejecutar efectivamente y se frustra con facilidad ante lo mismo. La segunda se refiere a su capacidad de observación: A. es un niño que busca dar respuestas con rapidez aunque al intentar contestar con prontitud, suele equivocarse en muchas ocasiones. Sin embargo muestra una buena capacidad de análisis y síntesis que le permiten anticiparse y planear de manera pronta sus respuestas. Verbalmente es un niño con un repertorio adecuado de recursos que le permiten interactuar y adaptarse ante las exigencias del medio. No obstante se recomienda trabajar con él en el área de la realización de tareas que requieran un nuevo aprendizaje, pues parece enfrentar problemas emocionales y perceptuales que obstaculizan su interés en atender estímulos para integrar información nueva (ver anexo 3).

Área emocional

Emocionalmente es un niño desorganizado que se frustra al no cumplir con las demandas del medio, es un niño inmaduro que se centra en la gratificación de sus propios deseos y necesidades, suele entrar en discusiones con padres, maestros e iguales, busca tomar revancha y planifica estrategias para cobrarse de las cosas que piensa le causaron daño intencionalmente, es inestable emocionalmente e impulsivo, por lo mismo suele agredir pues no cuenta con respuestas asertivas ni empáticas, no consigue ajustarse ante las demandas del medio ya que piensa que las exigencias de sus padres y maestros son injustas (ver anexo 4) .

Diagnóstico

El trastorno negativista desafiante es una categoría nosológica incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV TR, 2002) de la American Psychiatric Association, donde es descrito como un patrón continuo de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia las figuras de autoridad, el cual va más allá de la conducta infantil normal.

Para cumplir los criterios del DSM-IV-TR, deben tomarse en cuenta ciertos factores. Primero, el desafío debe ser lo suficientemente severo como para interferir con su habilidad para funcionar en la escuela, hogar o la comunidad. Segundo, el desafío no ha de provenir de algún otro trastorno, tal como la depresión, ansiedad o un trastorno de conducta de mayor severidad (de tal manera que entonces no sería un trastorno en sí sino parte del otro trastorno). Tercero, las conductas problema del niño han estado sucediendo por lo menos durante seis meses.

- a) Un patrón de conducta negativista, hostil y desafiante que ha durado al menos seis meses, durante los cuales cuatro o más de los siguientes están presentes:
 - 1. Pierde los estribos frecuentemente
 - 2. Discute con adultos frecuentemente
 - 3. Activamente desafía o rehúsa a acatar las peticiones o reglas de los adultos, frecuentemente
 - 4. Deliberadamente irrita a la gente, frecuentemente
 - 5. Frecuentemente culpa a otros por sus errores o mala conducta
 - 6. Con frecuencia es fácilmente irritado por los demás
 - 7. Con frecuencia está enojado y resentido
 - 8. Con frecuencia es rencoroso o vengativo

- b) La alteración en la conducta causa un impedimento clínicamente significativo en su funcionamiento social, académico u ocupacional.

- c) Las conductas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo.

- d) No se cumplen los criterios para trastorno disocial y, si el individuo tiene 18 años o más, los criterios no se cumplen para el trastorno de personalidad antisocial.

Si el niño o niña cumple al menos cuatro de los anteriores criterios, y si están interfiriendo su habilidad para funcionar, entonces técnicamente cumple con la definición.

En el caso de A. se muestra impulsivo y agresivo ante figuras de autoridad e iguales, suele frustrarse con facilidad y se irrita rápidamente, interrumpe o interfiere frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en el salón de clases, ha tenido peleas físicas con compañeros del salón, no atiende ni respeta las normas que le dan padres, maestros y terapeuta, el inicio de esta conducta problemática se remonta a Octubre de 2007 (la fecha de la evaluación es Septiembre de 2008) por lo que el problema ha persistido desde hace 11 meses y, le han traído problemas significativos en casa y escuela, por lo cual se nota que es un problema **relacionado con un trastorno negativista desafiante**.

Pronóstico y tratamiento

El trastorno negativista desafiante está asociado con el trastorno disocial. Sin tratamiento, alrededor de 52% de los niños con Trastorno negativista desafiante continúa cumpliendo con los criterios y alrededor de la mitad de ese 52% llegarán hacia un trastorno disocial.

Sin embargo el pronóstico es favorable pues se ha observado que las conductas problemáticas pueden disminuir con la intervención terapéutica, por lo que se considera que estas disminuirán con una intervención de tipo cognitivo conductual, un encuadre bien estructurado, una alianza terapéutica colaborativa y sesiones de orientación a padres con el fin de monitorear los avances y proponer nuevas tareas y el fortalecimiento de sus habilidades, así mismo se buscará la forma de mejorar su relación y los buenos resultados de la intervención mediante terapia filial.

Capítulo 4. Análisis de las sesiones

Hernández, Fernández y Baptista (2006) proponen para la parte de análisis de resultados los “formatos de observación”, donde se registra todo lo que se crea pertinente y mencionan que este mismo puede ser aquel que le resulte más conveniente. En este caso particular se empleó un formato propuesto por Lucio (2011) que primeramente incluye un registro de la sesión que se redacta a manera de resumen destacando los eventos más importantes de la sesión. En segunda instancia se reporta un análisis de la sesión, que incluye aquellos aspectos que ayudan a estructurar de manera detallada la sesión como: aspecto y actitud del paciente, actitud del terapeuta, verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico, alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas, recursos del paciente, cierre de la sesión y reflexiones.

Se trabajó por sesiones típicas y representativas del proceso, mismas que fueron seleccionadas de la bitácora donde se tenían el total de las sesiones, sin embargo de esta totalidad de sesiones se seleccionaron seis sesiones en el tratamiento cognitivo-conductual con A., dos con la madre en sesiones de orientación y tres de terapia filial en base a los avances observados y por las técnicas empleadas en dichos avances. Primeramente se realizó el registro de la sesión y conductas del niño, así como aquellas verbalizaciones, posteriormente se analizan estas sesiones de una manera estructurada, tratando de observar aquellas conductas que se modificaban a través de las sesiones y mencionando las principales técnicas empleadas y sus resultados en la conducta y el pensamiento del niño y la madre. Hernández, Fernández y Baptista (2006) proponen que en estos formatos de observación se registren algunos aspectos de temporalidad, mismos que nos permitirán ubicar en tiempo y espacio los avances del niño y la madre antes de su incursión a la terapia filial.

Asimismo Hernández (et al., 2006) también mencionan que en el análisis cualitativo de los datos, éste ocurre en paralelo; por lo que se muestran estas sesiones representativas donde lo que se pretende presentar son los avances obtenidos a través del tratamiento. Estos mismos autores sugieren que para analizar los datos se les puede dar un orden cronológico y por participante, en este sentido, primero se presentan las sesiones con el niño, mencionando las fechas en que se tuvieron. Después se presenta las sesiones representativas con la madre también incluyendo las fechas en que se realizaron y finalmente se presentan las sesiones de terapia filial también incluyendo las fechas de las mismas.

A continuación se presentan seis sesiones, divididas en la siguiente forma: dos en la etapa inicial, dos en la etapa intermedia y dos en la etapa final del tratamiento individual con el niño, cada una con su análisis de la sesión y un análisis de la etapa a la que pertenecen.

Tratamiento en la etapa inicial

Sesión 1 (7 de Octubre de 2008)
Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

En esta primer sesión A. entra con su madre y lo primero que observa son los juguetes que se encuentran frente a él, le menciona a la madre, *“mira mamá tiene muchos juguetes”*, empieza a explorar el espacio y se le propone al niños si está de acuerdo en que su mamá nos espere arriba mientras jugamos, él acepta y al preguntarle si sabe por qué esta ahí responde que es muy acelerado, al preguntarle *“¿qué quiere decir acelerado?”*, responde *“que hago las cosas muy rápido”*.

Al comenzar la sesión, el niño se muestra sumamente ansioso por iniciar el juego. No acepta ni escucha adecuadamente el encuadre. Lo que menciona ante mis indicaciones es *“sí, sí, pero ya hay que empezar a jugar si no, no nos va a dar tiempo”*.

Durante el juego, A. constantemente hace referencia a la muerte, de hecho en todos los juegos en alguna oportunidad simula matarme. Sin embargo llama mi atención que no me mata instantáneamente sino que me dispara en zonas que no me matan de un solo tiro (primero en un pie, después en la pierna y finalmente en la cara).

Su segundo juego hace referencia a la estrategia, para él es muy importante pues constantemente hace referencia a esta frase *“hay que tener una estrategia”*. En el juego con el boliche él derriba los pinos, pero me pone a mí los retos más complicados, cuando él a pesar de que se pone fáciles sus tiros no lo logra, se molesta, toma la bola nuevamente y derriba el pino con una fuerza exagerada.

De igual forma la comida es un tema que repetidamente menciona y que surge al recordar su anterior tratamiento, a su anterior terapeuta y su anterior espacio, comenta *“estas (bolas de boliche) son comida, comida aplastante, comida nutritiva”*. La comida mata al dinosaurio con quien él jugaba, lo aplasta en forma perseverante y con mucha fuerza. Sin embargo después el juego se torna tranquilo por unos instantes y después de comer, comienza a golpear a su dinosaurio contra la pared arrojándolo, una vez más con mucha fuerza.

Al terminar la sesión A. comienza a tirar los juguetes, después de que yo empezara a recogerlos, los tira de la mesa y me grita *“tu recógelos”*, me dice, *“es que había que jugar rápido, porque si no, no da tiempo de jugar”*, después de una pausa menciona, *“mi papá nunca me deja jugar”*. Después saca unas pistolas y me dispara con ellas.

Salimos del consultorio y le digo que nos veremos la próxima semana. No me contesta y sale a la recepción donde lo espera su mamá (quien acaba de regresar de la calle), ella le toma sus cosas y salen con prisa a la escuela.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

Se presentó aliñado aunque sin demasiados arreglos, su lenguaje era adecuado al nivel de edad, aunque se mostraba muy ansioso, sin una estructura organizada en su juego, se molestaba cuando no obtenía lo que deseaba, agredía al terapeuta en sus juegos y verbalmente al molestarlo, no aceptaba los límites, aunque por ligeros momentos me daba la impresión de reflexionar en su conducta.

2. Actitud del terapeuta.

Mi actitud fue calmada ante los pocos respetos de los límites, algo importante fue el buscar imponer límites a la vez que se mostraba aceptación (equilibrio entre una adecuada imposición de límites y expresión de afecto). Además buscaba observar la conducta del niño, así como los momentos en que se mostraba más ansioso o aquellos juegos que lo conducen a los estados de poco control.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

El niño es incapaz de controlar sus impulsos, estos estaban relacionados con la historia evolutiva, pues se sabía que era un niño con un ritmo de vida vertiginoso donde constantemente se tenían que cambiar de escenarios y, por tanto de figuras que imponen la autoridad y reglas, se levantaba a las 7 am a desayunar rápidamente, su madre lo llevaba a la escuela, de la escuela iba a casa de su abuelo, ahí tiene que comer y hacer la tarea rápidamente, su papá pasaba por él alrededor de las 7 y lo llevaba a su casa donde concluía sus tareas hasta la noche que llegaba la madre. Al respecto menciona:

“si, si, pero ya hay que empezar a jugar si no, no nos va a dar tiempo”

Respecto del juego del boliche la estrategia surgió como una forma de disminuir la frustración y el enojo que le generan sus fallas, en este sentido parece darse cuenta de ellas, pero las suple buscando tener ventajas en el juego de competencias al colocar las bolas de boliche para ser derribadas en una posición más simple para dicha tarea. Sin embargo él dice:

“hay que tener una estrategia”

Resultó interesante tomar en cuenta que el niño venía de un proceso terapéutico anterior, donde el motivo de consulta había sido que no quería comer, esto ocurrió cuando él tenía 4 años, al respecto la madre me mencionó que nunca terminó el tratamiento aunque estuvo aproximadamente un año en sesiones, sin embargo parece que cuando dejó de venir (ya que el tratamiento era en el mismo centro) el problema había disminuido, sin embargo él sigue mencionando que recuerda a su terapeuta y el espacio donde trabajaba con ella. Él comenta:

“comida aplastante, comida nutritiva”

Al respecto de la agresión que de manera tan manifiesta surge contra el terapeuta parece que en esta oportunidad él tiene que representar la frustración que le genera la figura paterna, se sabía que es un padre que no le daba atención, pero además solía mostrar poco afecto hacia él, los límites que impone son arbitrarios y suele castigar de manera repentina sin motivos que al niño le queden claros. En su percepción el niño me decía:

“mi papá nunca me deja jugar”

4. Alternativas terapéuticas que promovió el terapeuta y técnicas utilizadas.

La libre expresión de la emoción, la búsqueda de un espacio terapéutico debidamente estructurado, primeramente en la situación de encuadre y posteriormente buscando fortalecer una alianza colaborativa, la escucha atenta para dar respuestas al niño de manera asertiva mediando la imposición de límite y la expresión de afecto.

5. Recursos del paciente.

La expresión tan clara de las problemáticas en casa que, sin duda facilitan una adecuada expresión de emociones pero que, sin embargo, debe regularse, el lenguaje que presenta también es un recurso que resulta adecuado a su nivel de desarrollo actual, éste permitirá que en las sesiones se pueda incluso manejar el *role playing* que ayude a elaborar situaciones problemáticas, el uso del lenguaje por otra parte facilitará la búsqueda de alternativas para solucionar problemas de manera adecuada.

6. Cierre de la sesión.

Hay un momento difícil cuando al final de la sesión el niño no quiere levantar los juguetes, sin embargo logra hacer una autoexploración ante el silencio intencional del terapeuta y puede identificar que es una situación similar a la que le ocurre en casa y que surge ante la falta de atención e interés del padre, ésta sin embargo no es resuelta de buena manera pues me dispara. La sesión termina con esta insatisfacción del niño.

7. Reflexiones.

En esta primera sesión, me parece que el niño ha plasmado de manera clara los motivos de consulta que lo traen a sesión, me parece que los recursos que maneja deben ser empleados para ayudarlo a resolver sus problemas de manera adecuada, sin embargo ante la presión de los padres y las situaciones atareadas no ha tenido un espacio donde expresarlas, por lo que no los identifica, mucho menos conoce las formas de expresarlo, se frustra ante esta situación, su conducta se torna impulsiva e incluso agresiva, es importante primeramente trabajar en la identificación y expresión de emociones, para después poder regularla y que finalmente la represente en el juego para encontrar alternativas en la solución de problemas, mediante el *role playing*.

Sesión 3 (27 de Octubre de 2008)

Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

En esta sesión A. trae consigo unas cartas de Dragon Ball, yo también llevaba algunas pues en la sesión anterior él me había pedido que fuera a su cumpleaños y no asistí (además en la sesión anterior me menciona que le gustan las cartas de Dragon Ball y me pregunta “¿tú no tienes de esas para jugar?”, dice que lleve algunas pues vamos a apostar, le digo “yo no sé las reglas del juego” y después de pensar un momento me dice “que sea de a mentiritas”, mientras reparte las cartas para comenzar el juego muestra un desprecio por las tarjetas de mujeres, dice “no son fuertes como los hombres”, en el momento en que las encontraba me las aventaba y decía “estas son para ti”. Al encontrar yo una de una mujer que era más fuerte que un hombre decide cambiar de juego.

Esta vez decide cambiar al juego de las luchas, frecuentemente me ha comentado acerca de las luchas de la WWE (yo he decidido verlas también, pues es un tema que frecuentemente menciona), en este juego su fuerza sigue siendo demasiada a diferencia de la sesión pasada, aunque ahora por momentos me deja competir, es decir, no usa toda su fuerza para vencerme instantáneamente sino que me da por algunos segundos la posibilidad de también atacarlo, no obstante el sigue ganando siempre, y si por algún motivo trato de ganar yo, se molesta y me dice “no, no, eso no se vale” ó simplemente cuando le doy un golpe a su luchador no se inmuta, es como si no le hubiera pegado, de hecho hace como si no lo tomara en cuenta.

Esta sesión sigue transcurriendo con la dinámica de las luchas, al comentarle “me llama la atención que siempre al final del juego me matas”, se toma unos segundos, y después sonrío (como es característico en él) y me dice “es de a mentiritas Samuel”.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

El paciente nuevamente se presentó aliñado, su actitud seguía siendo impulsiva aunque por momentos daba una ligera oportunidad de competir, no acepta la derrota y trataba de imponerse mediante la fuerza, no obstante se noto un avance en sus respuestas pues por momentos solía pensar en sus conductas, cuando se le mencionaba que era una conducta que generalmente ejecutaba se detenía un momento y pensaba en eso.

2. Actitud del terapeuta.

Me seguí mostrando atento a las conductas que el paciente ejecutaba mencionándole cuando éstas se presentaban precedidas de que algo pasaba en su juego, asimismo seguía buscando imponer los límites y por ahora el paciente suele no respetarlos así que se le sigue mencionando que no los respeta.

De igual manera se seguían observando y mencionando aquellas conductas que generaban una inestabilidad emocional en el paciente (como la situación de que los hombres son más fuertes que las mujeres, pues no olvidaba que el niño presenció una escena de violencia intrafamiliar). Cuando el problema surgió, A. trató de ayudar a su mamá pero sus esfuerzos físicos fueron insuficientes, hasta que el papá se detuvo cuando el niño le dijo, *“tú no eres así”*.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

En esta sesión se observó una situación problemática que anteriormente A. no había tratado, que sin embargo se supo que es el origen de los problemas de conducta. Esta situación en que el papá al llegar en estado alcohólico golpeó a la madre, una escena que A. presencié pero que hasta ahora no había sido tratada, cuando habla de peleas entre hombres y mujeres menciona:

“no son fuertes como los hombres”

Por otra parte ante la competencia sigue buscando imponerse y ganar aunque resulta evidente que en esta sesión resolvió las problemáticas de otra manera, una mediante la descalificación de la regla o la utilización de la misma en su propio favor y otra ante el ignorar la conducta del oponente, siguen sin ser las más asertivas, pero al menos se observa que el niño está tratando de generar alternativas a su problemática. Comenta:

“no, no, eso no se vale”

También, comienza a identificar elementos que le ayuden a transferir situaciones conflictivas en el juego, es decir, ahora es capaz de mencionar y simular una situación en el consultorio, un buen inicio para buscar la autorregulación y el autocontrol. Menciona:

“es de a mentiritas Samuel”

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

Secuenciar las conductas del niño, es decir, describir la forma en que una conducta se encadena con otra y como se ejecutan precisamente en el momento que el terapeuta buscaba imponer un límite. Se buscaba una conducta meta, para ello, se le menciona al niño de manera constante (si es que sigue sin respetar el límite que ante ello puede haber una consecuencia lógica) a la vez que se trata de fomentar la autoobservación en la emoción generada, un paso más avanzado será el lograr que la identifique y la exprese de manera verbal.

5. Recursos del paciente.

Su recurso es emplear el lenguaje de manera clara relacionándolo con sus problemáticas y asociándolo al juego, sin embargo en esta sesión también se observa una mejor capacidad para conectar sus estados emocionales con su conducta.

6. Cierre de la sesión.

En esta sesión el niño terminó de manera tranquila la sesión, parece que la alianza colaborativa se está dando de buena manera, sigue enfrentando problemáticas ante el respeto de los límites sin embargo al estar siendo capaz de conectar conductas con emociones la sesión está terminando de mejor forma, esto se reflejaba en su estado emocional, la constancia del espacio está siendo un factor que de igual que también está contribuyendo a su estructura, ahora busca organización.

7. Reflexiones.

Es importante seguir con la claridad de los límites, sin embargo la problemática aunque regulada está siendo dificultada por la situación de la familia, donde los padres son sumamente distantes entre ellos y suelen entrar en conflicto al hablar de la crianza de A. Se considera importante que los padres apoyen en el tratamiento, sin embargo para el padre y para la familia del mismo, A. asiste a terapia por que está "loco". Sin embargo, de acuerdo a las sesiones hasta ahora trabajadas se considera que el niño cuenta con los recursos necesarios para resolver la problemática.

Análisis de la etapa inicial (sesiones 1 y 3)

Se observan ligeros avances en la conducta de A., como lo postula Stallard (2007) el establecimiento de una alianza colaborativa es básica para un tratamiento cognitivo-conductual, en este sentido los avances han sido grandes; A. en un inicio se mostraba tan impulsivo que no daba oportunidad a competir en los juegos, para la sesión 3 se buscó que la competencia se diera de alguna forma, es decir, que el terapeuta fuera una figura con la que se pudiera establecer un juego, por ello la actitud de mi parte como terapeuta fue en todo momento de aceptación y solamente limitando aquellas conductas en las que el niño pusiera en riesgo su integridad. En segunda instancia se busco imponer los límites con todo lo que el encuadre implica, cuestiones que se observan en la etapa intermedia de las sesiones.

Tratamiento en la etapa intermedia

Sesión 10 (9 de Diciembre de 2008)
Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

En esta sesión A. llega con la disposición de terminar la prueba que iniciamos en la sesión 9 (Wisc en Español), sólo para recordar él estaba contestando de manera acertada a la aplicación en el subprueba de "diseño con cubos", después me dice *"ya no puedo"* le digo *"inténtalo"* y lo hace, pero no consigue concretar la tarea, finalmente se frustró cuando no pudo desempeñar la figura "9", a partir de este momento se muestra agresivo, arrojando los cubos y molestándose ante mis indicaciones, incluso arremedándose, se distraía de la tarea, no atendía las instrucciones, decía que estaba aburrido, también se subía a las sillas e intenta bajar juguetes que estaban muy por encima de su tamaño, poniéndose en riesgo constantemente.

Esta fue una situación extraña pues en las últimas sesiones no se habían presentado estas conductas agresivas y de enfado. Después de dos advertencias la sesión debe darse por terminada, y A. dice *"me gusta ver tu cara"* ya para la próxima sesión me dice que se refería a: *"tu cara de molesto"* y también menciona *"estoy acostumbrado a que se enojen conmigo"* le mencionó *"siempre que respetemos los límites no tenemos porque terminar la sesión antes de tiempo"*, los resultados son, que, esta vez concluye la prueba sin problemas.

La actividad de juego este día decidió encaminarla al dibujo, en sus trazos aún se nota mucha impulsividad, dibuja un pez, después dibuja un tiburón y crea una historia en torno a ambos, me dice que él le tiene miedo a los tiburones pues *"son grandes y lo pueden destrozar"*, al principio el tiburón se suponía que no podía atacar al pez, sin embargo lo ataca aunque después se autodestruye el tiburón, parece que la historia terminaría así, sin embargo al final sólo el tiburón revive. La sesión termina y A. decide romper sus dibujos y tirarlos a la basura. Salimos del consultorio y se notaba relajado.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

En esta sesión el niño se presentó muy relajado, el haber suspendido la sesión anterior ayudó a que notara que hay consecuencias reales y que los límites tienen un sentido, sin embargo ahora se pueden ver algunas de las distorsiones cognitivas que propone Stallard (2007). A. generaliza (generalización: agranda las cosas de manera excesiva), menciona *"estoy acostumbrado a que se enojen conmigo"*, de igual forma magnifica (magnificación, aumenta las cosas de manera desproporcionada) pues piensa que le gusta ver las caras de molesto de aquellos que lo limitan, es decir, piensa que el imponerle un límite es una cuestión vinculada forzosamente con el enojo.

2. Actitud del terapeuta.

En esta sesión el terapeuta se mostró paciente hacia la actitud retadora del niño, tratando de que el integrara una premisa básica de las reglas: conductas negativas= consecuencias reales, esto sin duda contribuyó a su estado de conducta estable de esta sesión, sin embargo es importante distinguir que este cambio de conducta, tiene un aspecto relacionado a un factor que había sido escasamente trabajado en sesión, las situaciones escolares y de tareas que se cumplen de una manera inadecuada (examinando el cuaderno de A. a pesar de que no se reportan problemas se observa un mal cuidado en sus cuadernos escolares, esto también deja entrever en sesiones con la madre que la maestra no es muy atenta a lo que pasa en el salón de clases, incluso A. reporta que constantemente es agredido por uno de sus compañeros).

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

En esta sesión se muestra como A. presenta distorsiones cognitivas que limitan su funcionamiento, en una inferencia arbitraria A. piensa que ya no puede desarrollar la tarea que se le solicitó por lo que menciona *“ya no puedo”* y ante la petición de intentarlo sólo se frustra y enoja más.

“ya no puedo”

Se centra en cuestiones negativas y las magnifica (las hace grandes), para A. el hecho de que un adulto le imponga un límite está directamente relacionado con generar enojo en los adultos.

Terapeuta: *“en la sesión anterior no hiciste caso a las reglas”*. Niño: *“me gusta ver tu cara de molesto”*

Abstracción selectiva al mencionar que siempre se molestan con él, es decir, su única expectativa es que se le juzgue con conductas negativas. Además de que personaliza, pues se siente como el responsable del enojo de estas figuras de autoridad.

“estoy acostumbrado a que siempre se enojen conmigo”

De igual forma A. manifiesta la situación de la escuela y en este sentido refiere un miedo, esto es importante ya que su actitud de invulnerabilidad que quería manifestar abiertamente queda expuesta al reconocer que puede tener miedos y que estos pueden estar vinculados a aspectos que no puede controlar, en este sentido identifica una emoción a una situación real, es decir, ha conectado emoción con conducta y lo plasma en el juego para disuadir la ansiedad que esto le genera (una solución mucho más asertiva que pegar, enojarse o ignorar).

“Yo le tengo miedo a los tiburones” ya en el juego *“porque los tiburones son grandes y me pueden destrozar”*

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

Una vez identificadas las distorsiones cognitivas en sesión se puede trabajar con ellas en forma directa, a la par que se ha observado que A, tiene excelentes recursos intelectuales se puede ayudar a que el explore la naturaleza de sus creencias, a que las ponga en duda y busca nuevas formas de solucionarlas, en el juego del tiburón y el pez, él es capaz de representar la situación que le causa miedo mediante el dibujo, la elabora, y finalmente resuelve la emoción asociándola a una conducta y atribuyendo aspectos reales al objeto que agrede, una vez que lo identifica y expresa, tomó el control de esto y de esta forma finalmente puede romperlo y tirarlo, pues ya no representa algo que esté fuera de su control.

5. Recursos del paciente.

Su capacidad de lenguaje que le permite elaborar situaciones problemáticas, su capacidad de observación que ahora emplea en su generación de alternativas para solucionar problemas. En esta sesión queda claro que es un niño que puede entender el origen de la conducta y darle un sentido a las consecuencias de sus actos.

6. Cierre de la sesión.

Esta sesión terminó de una excelente forma, el niño entiende las consecuencias de sus conductas durante la sesión y a causa de la sesión anterior que se suspendió, acepta de buena forma el reencuadre, identifica una emoción que le genera incomodidad, la elabora mediante el juego y como puede controlarla en el mismo juego, la resuelve al desecharla, por eso termina la sesión con tanta tranquilidad. No es que yo piense que todo está resuelto sino que ahora ha encontrado la forma de identificar y expresar emociones de manera asertiva y por tanto es capaz de elegir de entre una gama de alternativas la solución que le permita afrontar de mejor manera su problemática.

7. Reflexiones.

Los avances presentados por A. son muchos y significativos, no obstante es importante ahora trabajar en la integración de sus experiencias y de sus motivos de consulta, la conducta problemática se ha reducido pero es ahora donde tiene que trabajarse en las habilidades que él debe generar para transferir situaciones problemáticas del juego y solución de problemas en consultorio a su vida cotidiana, al igual se ha observado que la madre de A. ha sido capaz de hacer varias modificaciones en su vida (pasar más tiempo con él y disfrutar de la convivencia, explorar en sus emociones y servir de una guía en las dudas que le surjan siempre encontrando las mejores formas de marcar los límites), por lo que se considera que se tiene un apoyo importante para el niño desde casa.

Sesión 12 (27 de Enero de 2009)
Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

De acuerdo a los resultados de las últimas dos sesiones se ha visto a A. muy relajado, en el trabajo ha mostrado agresión pero hacia Wolverine, la sesión anterior Alekei lo dejó

muy mal herido y antes de despedirse me dijo *“cuida a Wolverine porque si quedo muy mal”*. Además se muestra un tanto negativo ante seguir viniendo, dice *“si quiero, pero ya me siento tranquilo”*, comenta que vendrá en vacaciones a jugar conmigo.

En la sesión de hoy A. trajo a dos muñecos de Ben 10 y dijo que Alekei les encargó que golpearan a Wolverine.

Usa las pistolas y le apunta a Wolverine aunque al final me dispara a mí, después le menciono: *“Wolverine que es tan agresivo y siempre estaba enojado, ahora es golpeado”*, nos amenaza a los dos con las pistolas pero no nos dispara.

Después me dice que hagamos unos muñecos con las masitas, pero al momento de jugar opta por hacer lo que será una armadura para Alekei, yo hablo, pero con voz baja me pide que no hable pues está concentrado, (se nota bastante calmado), dice que después hará una armadura para Wolverine, no me contesta de qué se protegerán, pero me dice que también hará una para él, lo intenta levemente, abandona la tarea y dice que necesitará a 3 amigos para hacerla. Abandona un momento la tarea pero casi inmediatamente la retoma. La ejecuta bien y le digo *“mira cuando te concentras, logras lo que quieres”* me mira, sonrío y dice *“sí”*.

Más adelante al hacer comentarios acerca de que la armadura le dará protección, me dice que yo soy su armadura, le digo que eso me parece bien, sin embargo debe prepararse para enfrentarse a las cosas sin mi ayuda.

Jugamos “Uno Stacko” y me hace perder dos veces, me dice que se está cobrando todo lo que le he hecho. Después ya estando empatados en el juego del Uno Stacko me dice *“igual tú tienes que cobrarte lo que ya te hice”*, le pregunto *“¿Qué me hiciste?”*, y contesta *“las veces que te mataba y que no te dejaba ganar”*, me parece un buen momento para preguntar si recuerda cómo era cuando llegó, él recuerda que jugaba con mucha fuerza, muy rápido y que gritaba mucho.

Al final intenta llevarse a Wolverine aunque sonrío denotando que está por llevar a cabo algo no adecuado, me dice que se lo preste pero le digo que nuestra promesa fue que se lo llevaría al terminar nuestras sesiones.

Dice que quiere llevárselo para cuidarlo, y lo abraza como si fuera un bebé. Finalmente acepta y lo deposita en la caja de juguetes, ofrezco ayudarle con su mochila, sin embargo me pide que lo ayude sólo a ponérsela al igual que la chamarra pues hace frío, toma sus cosas y se encamina, me dice adiós Samuel, aunque le digo todavía te acompaño a la entrada, sube las escaleras y dice *“ten cuidado con las escaleras Samuel, hay que aprender a subir, me gustó lo que me enseñaste hoy”*. Pregunto: *“¿Qué te enseñe?”*, responde *“que cuando me concentro, logro lo que quiero”*, llega al lugar donde lo aguarda su mamá, le pide el PSP. me lo enseña, se despide de mano y con tranquilidad se marchan.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

En esta sesión A. se muestra sumamente relajado, a través de las sesiones ha sido capaz de desplazar sus emociones a aspectos relacionados con el juego, es decir se nota una buena capacidad para autoobservar sus propias conductas y en esta sesión incluso una buena capacidad para autorregularlas.

2. Actitud del terapeuta.

El terapeuta en esta sesión trata de mantenerse junto a A. haciéndole ver como cada vez él puede controlar más sus conductas, además de que lo ayuda a observar como esta autorregulación le da la capacidad de ejecutar sus tareas en concentración y bien logradas. El niño ubica al terapeuta como una ayuda importante, sin embargo el terapeuta le recuerda la importancia de que él logre hacerlo, al final el niño también cobra conciencia de lo importante que es el lograr resolver sus problemas por sí mismo.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

En esta sesión A. es capaz de tener un sentido de las consecuencias lógicas de sus actos, incluso las compensa en una actitud sumamente social, ubica situaciones reales y menciona que debo cobrarme por las cosas que él me ha hecho. En este sentido el niño ahora cuenta con herramientas asertivas para resolver problemas de manera adecuada.

“igual tú tienes que cobrarte lo que yo te hice”, le pregunto “¿Qué me hiciste?”, y contesta “las veces que te mataba y que no me dejaba ganar”

Además de que el niño muestra conductas prosociales, es capaz de mostrar un interés real en los demás, recomienda cuidados y acepta el aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas, a la vez que se siente capaz para desarrollar sus tareas de manera efectiva.

“ten cuidado con las escaleras Samuel, hay que aprender a subir, me gustó lo que me enseñaste hoy” preguntó “¿Qué te enseñe?”, responde “que cuando me concentro, logro lo que quiero”

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

Mediante la exposición se le presenta al niño la situación problema: la agresividad de Wolverine, él esta vez inhibe su agresión y la disipa en el juego mediante el autodomio emocional y el role playing usando los materiales de agresión, es decir sin la necesidad de usar la agresión personal ni física, integra experiencias y resuelve asertivamente problemáticas.

5. Recursos del paciente.

Su capacidad de integrar nuevas experiencias, de aprender de ellas y ejecutar conductas sociales que fortalezcan sus vínculos sociales.

6. Cierre de la sesión.

La sesión termina adecuadamente, si bien es cierto el niño se veía más relajado, aún está integrando nuevas experiencias para resolver problemáticas fuera del ambiente de juego. Es en este sentido importante notar aquellos factores (como los problemas en la relación entre los padres que sigue siendo constante, la relación directa del niño con el padre, donde suelen entrar en discusiones por un X-BOX) que pudieran impedir que estos buenos resultados se mantuvieran.

7. Reflexiones.

Me parece que es importante valorar los avances que A. ha mostrado en las últimas sesiones, ha mejorado incluso su conducta en casa, la madre reporta que los límites y la expresión del afecto ahora son mejores, y le interesa seguir mejorando (para este momento se han tenido tres sesiones de orientación con la madre), ya que ha visto progresos en A. y eso la motiva a ella para seguir logrando avances de manera conjunta.

Análisis de la etapa intermedia (sesiones 10 y 12)

En estas sesiones se observan dos procesos importantes, en la sesión 10, A., se frustra al no poder conseguir las tareas del Wisc, sus respuestas comienzan a ser agresivas. Cabe señalar que para este entonces ya se había logrado una alianza colaborativa, el espacio había sido asimilado como un lugar seguro donde las emociones podían expresarse con la aceptación del terapeuta. De hecho para este momento A. ya hace referencia a algunas emociones como el miedo. Sin embargo en esta sesión A. es capaz de conectar una serie de conductas asociadas, él se frustra, comienza a dar respuestas agresivas, se advierte de una consecuencia que puede ser el fin de la sesión, él sigue sin respetar límites y la sesión se suspende. Esta situación ayudó mucho para que en la sesión 10 (que es la que se reporta) él llegue mucho más relajado y con mayor disposición para el trabajo, además menciona *“estoy acostumbrado a que se enojen conmigo”*, una verbalización sumamente importante, pues se consigue observar como ocurre el hecho de que logre molestar a los demás y como esto puede acarrear consecuencias reales, que no le son agradables.

Para la sesión 12, A. ha trabajado mucho en esta conexión entre emociones con la conducta, sin embargo ahora y como el moldeamiento lo propone se sigue trabajando en la autorregulación, en el ejemplo de Wolverine se observa claramente cómo se da este proceso, ya que en el juego (desplazando las situaciones de ansiedad al juego), apunta a Wolverine, me apunta a mí, sin embargo se autorregula y no dispara a ninguno. Una vez regulada la conducta es importante dar reforzamiento a lo positivo, por lo que al ejecutar una tarea constructiva, se le motiva para que consiga su meta, una vez que la consigue se le refuerza, y A. al final de la sesión es capaz de decir que hay algo que aprendió para él ese día, en suma, la posibilidad de concentrarse en búsqueda de un objetivo. De igual forma integra los conocimientos aprendidos a través de las sesiones, recuerda como era en la primera sesión, se da cuenta de que ha cambiado, además ahora busca igualar nuestras condiciones menciona que, debo cobrarme cosas que él me hacía cuando llego por primera vez (en un inicio ni siquiera me dejaba competir y ahora busca igualdad).

Para este entonces los problemas de conducta que eran el motivo de consulta habían sido resueltos, sin embargo parte importante antes del cierre para mí, fue evaluar aquellas situaciones que hicieran que los buenos resultados no fueran perdurables. Una de los aspectos que se observaron fue precisamente la relación entre los padres y en particular del padre con A., por lo que a continuación se describe las sesiones que se sostuvieron al respecto de esta problemática.

Tratamiento en la etapa final

Sesión 14 (24 de Febrero de 2009)
Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

A. llegó con su papá y éste se portó accesible aunque su tono de voz es un tanto fuerte, A. llegó pidiéndome un globo, el padre le dijo *“ahorita lo buscamos hijo”*.

Les di 10 minutos para crear su historia, salí y al regresar al espacio terapéutico ésta aún no estaba lista sin embargo, se ve que la están planeando, llevaban varios juguetes empleados. A. se ve tranquilo y feliz de que su papá esté en esta sesión. Se les dan 5 minutos más.

Menciona el padre de A. (G) que tiene la disposición para asistir de manera regular, sin embargo condiciona las asistencias, dice *“en la mañana me habló mi jefe de último minuto, debo planear con mucho tiempo mis asistencias aquí”*.

La historia fue narrada por A., con una actitud de aparente pena, mas tarde el padre le pregunta *“¿Te da pena?”* y A. contesta *“sí”*, la historia se llamó “Vacaciones”, en el escenario donde se desarrolló la historia todo estuvo rigurosamente ordenado (su casa, un auto, el aeropuerto, un edificio y finalmente unos muñecos que tomaban el sol en la playa).

Sin embargo al final A. agregó un terremoto que destruyó todo el edificio, menciona *“la historia fue poco interesante”*, el padre pregunta *“¿te pareció aburrida?”* y A. (que seguía derribando cosas) dice *“algo”*. El padre sonrío de manera forzada. Mientras A. seguía con la destrucción el padre le decía constantemente *“con cuidado”*, evitando que su tono fuera fuerte. A. propuso que jugáramos “Uno Stacko” (una especie de jenga, que se juega con barras que se apilan para formar una estructura), al principio el juego se desarrolla con tranquilidad y respetando las reglas.

En el juego A. perdió y preguntó *“¿quién ganó?”* el padre le dice *“nadie... solo tu perdiste”*, esto no le agradó a A.

Al llegar el termino de la sesión, tratamos de hacer un cierre pero se mostró sumamente agresivo, el padre le dijo *“recuerda las reglas debemos recoger”*, pero A. no le hizo caso. Yo le mencionó *“parece como si no te quisieras ir”*, A., se tranquiliza y se sienta y dice *“hay veces en que me empiezo a portar así, como un monstruo ¿verdad papá?”*. El padre sonrió y asintió. La situación vuelve a tornarse difícil por la conducta de A. y la sesión termina con el padre desesperado sin saber cómo controlar a su hijo.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

En esta sesión A. se mostró en un inicio muy contento de que su padre asistiera a sesión, con él, aunque al transcurrir la sesión quedan de manifiesto las dificultades que tiene padre e hijo para interactuar A., por un lado se muestra rebelde ante sus límites y ante la rebeldía del niño el padre no reacciona de manera adecuada y no marca estos límites. Los dos se molestan y al A. confirmar la idea que el padre tiene de él (en relación a “un monstruo”), se empieza a comportar de manera problemática.

2. Actitud del terapeuta.

En esta sesión fue una actitud de observación, es decir se hicieron pocos cuestionamientos solo se trataba de observar las conductas que emitían padre e hijo de manera libre, no se sabe cuántas oportunidades se tendrán de tener una sesión con A. en presencia del padre y esta sesión se consideraba fundamental para hacer futuras intervenciones.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

El padre genera la expectativa de que el niño perdió, no propone nuevas alternativas ni da alguna especie de contención ante la frustración del niño, en este sentido no propone respuestas ni expectativas positivas en futuras oportunidades. El padre le dice a A.:

“nadie ganó, solo tú perdiste”

Atribuye un sentido concreto a las tareas, es decir, estas deben ejecutarse sin una razón aparente, sino sólo porque así es, en este sentido la regla pierde su valía de convivencia y agrado, no se le da un sentido real de importancia, sólo se pide que se ejecute la tarea. El padre le pide a A.

“recuerda las reglas debemos recoger”

El niño somete a prueba la percepción del padre en relación a él, pero comete el error de plasmarla en un aspecto negativo, ante la actitud del padre que sólo la confirma, el niño entra nuevamente en ansiedad, es decir, al niño se le facilita que se concentre sólo en aspectos negativos de su propia persona, el sistema de creencias de éste está influenciado por la expectativa negativa del padre.

“hay veces en que me empiezo a portar así, como un monstruo ¿verdad papá?”

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

La autoobservación del niño en su conducta ante la presencia del padre y que pudiera identificar las emociones que se generaban en él a partir de que el padre tratara de imponer límites.

5. Recursos del paciente.

El poder regular las conductas de alguna manera cuando logra autobservarse además de, poder atribuir éstas situaciones reales y concretas que ocurren en su entorno, es decir, las expectativas del padre al esperar una conducta negativa de parte del niño.

6. Cierre de la sesión.

La sesión terminó de manera un tanto abrupta, el padre no pudo imponer límites y se fue con desesperación, mientras que su expresión de afecto durante toda la sesión también fue muy reducida.

7. Reflexiones.

Es importante trabajar con las conductas y emociones presentadas en esta sesión con A. en búsqueda de lograr una mayor alianza colaborativa y que finalmente se logren transferir las habilidades que se generan en este espacio a las de la vida cotidiana y en particular a la mala relación que se guarda con el padre. En este sentido la sesión de hoy es sumamente valiosa pues permite trabajar con el niño con una situación dentro de consultorio que fue real y que facilitará el análisis y la claridad que el niño pueda darle.

Sesión 15 (21 de Abril de 2009)
Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

En esta sesión A. regresó de vacaciones y de pronto parecía que su juego era muy desorganizado, constantemente brincaba de un tema a otro y se perdía con facilidad en la plática, hablaba de que había ido a Mc Donalds, traía unos juguetes de ahí, se mostraba poco atento, hablaba de las luchas, de los títeres nuevos, se le hizo el comentario y retomó lo de las luchas y comenzó a hablar más estructuradamente, menciona quiénes son los que le caen bien y quiénes mal de las luchas.

Durante el juego él quiso dibujar al caballerito y al monstruo, en el momento de dibujarlos me pidió silencio, en una oportunidad me solicita el marcador de manera agresiva y le comento “*que enojado sueñas*”, después de ello, él me dice con un tono relajado “*es que estoy concentrado y me desconcentras Samuel*”.

En la parte siguiente del juego él empieza a pedirme las cosas usando un “*por favor*” y se muestra más atento a lo largo de toda la sesión, llama mi atención que su concentración es casi total en los dibujos, la mantiene por periodos prolongados de tiempo.

Al comenzar a hablar del fútbol le pregunto si es que él ya sabe jugar, me contesta que le enseñó “Rigo”, (es un compañero) y que su papá no le enseñó porque no tiene tiempo. Al preguntarle más acerca de por qué no tiene tiempo su papá, finalmente me dice “*¿tiene tres equipos de futbol y no tiene tantito tiempo para enseñarme a jugar a mi?, ¿tú crees que no me doy cuenta de que no quiere jugar conmigo?, pero hay cosas que aunque*

quieras que pasen no puedes hacer nada para que pasen". Después dice *"quiero que me lleves a Mc Donalds, porque eres mi amigo... y mi psicólogo"*, le digo *"así es y estamos aquí para trabajar jugando"*.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

Al principio desorganizado sin embargo ante las descripciones de su conducta el niño detiene su conducta y decide cambiar de una actividad desorganizada y muy motora por una actividad con características más de tipo intelectual, además de que la conducta es muy tranquila.

2. Actitud del terapeuta.

El terapeuta se mostró tranquilo, primero pensó que la conducta desorganizada pudiera deberse a causa de las vacaciones, sin embargo al hacer intervenciones, el niño es capaz de observar su conducta y detenerla además de cambiarla por actividades más productivas.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

El niño ahora es capaz de identificar sus necesidades cuando busca concretar de buena manera alguna tarea, ésta se refleja en la frase que me menciona, al mismo tiempo que se muestra respetuoso y congruente en su respuesta.

"es que estoy concentrado y me desconcentras Samuel"

En cuanto a sus habilidades sociales aprendidas se denota que ahora es capaz de utilizarlas y dar una respuesta asertiva ante la ayuda.

"por favor"

Al respecto de la problemática con el padre, A. finalmente pudo plasmar una emoción de manera clara hacia él en lo verbal. Conecta con su emoción entiendo que es algo que le genera tristeza, pero también sabe que no puede hacer nada para cambiarla, sin embargo no se queda con la mala emoción, sino que busca apoyo en otras redes sociales, en seguida se muestra una frase donde la busca conmigo y después con un amigo "Rigo", quien dice que le está enseñando a jugar fútbol. En este sentido se observo que A. buscaba alternativas y resolvía adecuadamente sus problemáticas emocionales mediante la búsqueda de personas significativas en sus redes sociales.

"¿tiene tres equipos de futbol y no tiene tantito tiempo para enseñarme a jugar a mi?, ¿tú crees que no me doy cuenta de que no quiere jugar conmigo?, pero hay cosas que aunque quieras que pasen no puedes hacer nada para que pasen"

Sin embargo se sigue notando una falta de apoyo desde casa por parte del padre, no sólo no juega con él, sino que también da respuestas que al niño no le resultan congruentes. En específico A. le pidió al padre que lo enseñara a jugar fútbol, ya que el padre tiene tres equipos de fútbol con los que juega en el fin de semana, sin embargo el padre le dijo que no tiene tiempo y que está muy ocupado, A. se cuestiona “¿tiene tres equipos de fútbol y no tiene tantito tiempo para enseñarme a jugar a mi?”. Ante la falta de atención del padre el niño busca otras figuras de apoyo y compañía.

“quiero que me lleves a Mc Donalds, porque eres mi amigo... y mi psicólogo”

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

La escucha empática como una herramienta de observación del niño, el moldeamiento reforzando al niño cuando se tranquiliza, la solución de problemas basados en habilidades sociales que previamente ha desarrollado el niño (por favor y gracias).

5. Recursos del paciente.

Su capacidad de autoobservación, autorregulación, y sus nuevos estilos de afrontamiento, que ahora son pasados por procesos cognitivos y le brinda la posibilidad de generar mejores respuestas.

6. Cierre de la sesión.

La sesión terminó con una actitud tranquila del niño, sin embargo sigue llamando la atención que al interrumpir el tratamiento el niño siga teniendo retrocesos en sus avances de control de conducta.

7. Reflexiones.

Resulta de suma importancia evaluar las posibilidades de incluir al niño en enfoques donde la terapia filial sea la principal generadora de los cambios favorables observados y, para poder obtener resultados a largo plazo y que no requieran de intervenciones a futuro en un escenario terapéutico como tal, sino con la ayuda de la madre.

Análisis de la etapa final (sesiones 14 y 15)

Como ya se analizó el haber incluido al padre en esta sesión se convirtió en una situación difícil para A., sin embargo el haber trabajado con él, permitió que en la sesión 15 se trabajara con esos aspectos que a A. no le gustaban de su padre, de igual forma enfrentó la situación buscando ayuda en sus redes de apoyo (Rigo: uno de sus amigos). Cabe mencionar que para este entonces la madre también significaba un apoyo importante para A. y sin duda se convirtió esto fue el mejor argumento para iniciar las sesiones de terapia filial madre e hijo. Sin embargo antes de pasar a ese proceso se citan un par de sesiones de orientación con la madre para observar y reportar los avances que tuvo.

Sesiones de Orientación con la madre

En esta sección se abordan dos sesiones representativas que se trabajaron con la madre y que muestran en tiempo y forma como se fueron modificando las conductas en imposición de límites y expresión de afecto. Friedberg (2005) propone que el entrenamiento a padres en sesiones de orientación puede ayudar a mejorar los resultados de la intervención con el niño. En esta sección se habla de cómo contribuyó y facilitó el proceso de la madre de A. para que los buenos resultados del consultorio se reflejaran en casa.

Sesión 3 (11 de Noviembre de 2008)
Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

En esta sesión la madre me explica dos problemáticas, al parecer A. no quiso comer en casa de su abuelo y éste le dijo que ya no le iban a dar de comer. Por otra parte al jugar con L. (un amigo de la escuela que invitó a jugar a su casa), los encontraron debajo de las cobijas y L. se ubicaba a la altura del pene de A. (según palabras de la madre).

La madre se veía muy angustiada ni siquiera quería hablar de eso con A., fue su padre (G.) quien le dijo *“tú estás muy chico para eso”*. A la madre le preocupa la sexualidad de su hijo, sin embargo G. (ya más tranquilo después de regañar a A.) le dice que eso es normal a esa edad, que son juegos de autoconocimiento. A. por su parte le solicitó a la madre que no le dijera nada acerca de lo que paso con L., sin embargo al enojarse y después de la situación A. le dice a su madre *“L. si me comprende”*.

La madre está buscando las formas de que ya no jueguen juntos (en ese momento me parecía que su solución es inmediata y sin pensar en las emociones del niño, por lo que le sugiero que explore más acerca del tema y en relación a lo que el niño menciona como “comprensión”), se le recomienda que considere todas las alternativas para su solución. La madre me menciona que se ve tan angustiada porque no sabe cómo hablar de este tema con su hijo, que a ella nadie le habló de eso, de hecho comienza a contarme una situación propia. Para ella era sumamente difícil tener que regresar de la secundaria a casa de su mamá (separada) y encontrarla sudorosa en casa a causa de que estaba teniendo relaciones sexuales previamente con su pareja, toma unos instantes y menciona que a causa de eso es por lo que le cueste tanto trabajo hablar del tema. Se le menciona que esas experiencias son muy propias y que me llama la atención que cuando hablamos de A. estos sean los recuerdos que le vengan a la mente, se le pregunta *“¿sus sentimientos serán los mismos que los de A?”* Ella se toma un tiempo y dice *“yo creo que no, esto tiene más que ver conmigo, con lo que yo viví”*,

Explorando acerca de su relación con A. la madre me comenta que en ocasiones cuando se pone tan alterado le es difícil platicar con su hijo, sin embargo al preguntarle *“¿hay alguna ocasión en la que haya logrado establecer una comunicación tranquila, sin*

necesidad de reprenderlo?”, recuerda que en una ocasión iban en el transporte y la madre le cuenta *“es importante que te portes bien en casa de tu abuelo, él nos está ayudando y mientras estés en su casa tienes que obedecerlo, a mi me gustaría pasar más tiempo contigo, pero tengo que trabajar para también poder pagar gastos y algunas de las cosas que utilizamos”*, mientras la madre platicaba de estas cosas menciona que A. la escuchaba con atención. Menciona que después bajaron del transporte, la tarde estaba lluviosa y ella le dijo *“¿corremos hasta la casa aunque nos mojemos?”* (Con ánimos de jugar lo menciona la madre) y A. con una cara de alegría le dice *“sí, vamos mamá”*, ambos corren y la madre mientras me narra esto muestra una cara de alegría, se le menciona *“parece que hay momentos en que se sienten muy a gusto”*, por primera vez después de dos sesiones me dice mirándome con la misma alegría *“es que lo quiero mucho”*.

Durante la sesión la madre piensa en involucrarse más activamente con su hijo y en sus actividades, por ejemplo piensa en preguntarle a la maestra si A. está comiendo bien en la escuela, para a partir de eso saber si está relacionado con su falta de apetito en casa del abuelo (A. me dijo que no se comió la torta de huevo que le dieron porque ya se sentía lleno y ya había comido arroz).

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

La madre se presenta desarreglada, manifiesta abiertamente una profunda preocupación a raíz de la situación de A. con L., menciona *“tengo miedo de que se vuelva homosexual”*. Después se tranquiliza y relaciona estas experiencias con las vividas en su adolescencia. Decide dejar de suponer y empezar a observar a su hijo y preguntarle en un ambiente de confianza.

2. Actitud del terapeuta.

Traté de mencionar aquellos aspectos que pudieran tener una normalidad en la interacción con A. buscando guiarla en lo que se relacionaba con sus emociones y las de su hijo, incluso haciendo referencia a estos espacios en los que ella puede platicar de manera tranquila con A. sin necesidad de buscar imponer forzosamente los límites.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

En esta sesión la madre es capaz de ubicar y diferenciar (gracias a las intervenciones del terapeuta) aquellos sentimientos propios y diferenciarlos de los del niño, esto constituye un paso sumamente importante en búsqueda del reconocimiento y la expresión de emociones de su hijo.

“yo creo que no, esto tiene más que ver conmigo, con lo que yo viví”

La madre narra como en ocasiones ha logrado mantener conversaciones con A. obteniendo de éste una escucha empática, además busqué reforzar la importancia de estos comportamientos donde se pueden comunicar de manera clara, respetando turnos para hablar y con una escucha empática.

“es importante que te portes bien en casa de tu abuelo, él nos está ayudando y mientras estés en su casa tienes que obedecerlo, a mi me gustaría pasar más tiempo contigo, pero tengo que trabajar para también poder pagar gastos y algunas de las cosas que utilizamos”.

El terapeuta explora junto con la madre los momentos donde la relación no sea tan dificultosa con la intención de analizar cómo se dan esas situaciones y los beneficios que traen a la relación, posteriormente la madre es capaz de identificar momentos en que disfrutaban de su compañía tanto madre como hijo, estos aspectos también se refuerzan pues dan a la relación una expresión de afecto adecuada donde la imposición de límites no es forzosa, es decir, la madre debe ser capaz de imponer límites sin que la expresión del afecto esté en juego, asimismo encuentra situaciones donde pueden ser flexibles en el límite sin que éste dañe al niño. La madre narra esta experiencia que disfrutó y donde ella sabía que estaban muy cerca de la casa e inmediatamente se iban a bañar A. para no enfermarse, vio la posibilidad de jugar con él y decidió proponer la acción de correr bajo la lluvia hasta casa.

“¡corremos hasta la casa, aunque nos mojemos”!

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

El uso de alternativas en la solución de problemas, la búsqueda de momentos excepcionales donde no se presente la conducta problema y que los meta en desacuerdos. La identificación de emociones propias y la diferenciación con las emociones de su hijo.

5. Recursos del paciente.

Estar en una etapa en la que es capaz de involucrarse activamente con su hijo. Su capacidad para diferenciar las experiencias propias de las de su hijo. Su capacidad para reconocer las emociones propias de las de su hijo.

6. Cierre de la sesión.

La sesión terminó de una manera muy relajada por parte de la madre quien llegó sumamente angustiada y después de haber encontrado el espacio para hablar de la problemática y entender las emociones que en ella se despertaban y que seguramente serían diferentes de las de su hijo, puede distinguirlas y manifiesta la posibilidad de hablar de una manera armónica y relajada con su hijo.

7. Reflexiones.

Pienso que en esta sesión la madre ha mostrado la habilidad para trabajar acerca de su problemática y entender la emoción de su hijo, a la vez que busca alternativas para solucionar los problemas de su hijo y poder establecer con él una mejor relación, sin duda es una actitud muy diferente a la que inicialmente manejaba, al ni siquiera tomar en cuenta los horarios y las necesidades del niño, se considera que las sesiones de orientación sirvieron de gran apoyo para la madre al brindarle un espacio donde exprese sus preocupaciones y se le guíe hacia una mejor manera de conducirse en dicha relación.

Sesión 6 (11 de Febrero de 2009)
Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

En esta sesión la madre argumenta que ve más tranquilo a A. sin embargo comenta que la maestra le dijo, que en ocasiones por estar jugando no come, y ya hasta que le van a quitar el plato empieza a comer, tiene un primer desayuno alrededor de las 11 am, después su comida es la 1 de la tarde y llega a casa de su abuelo donde normalmente come a las 5 pm, y una vez en casa por la noche solamente come algo.

La madre se da cuenta de que cuando no come en la escuela, come en su casa por las noches. Asimismo menciona que no quiere que él sea como ella de rebelde, puesto que ella cuando estaba más grande se iba de pinta (aunque argumenta que solamente era cuando ella iba bien en la escuela).

Acercas de que hablaría con A. de lo ocurrido con L., dice que si lo intentó pero al parecer A. no se mostraba abierto ante este tema, se le pregunta “¿qué alternativas encontraste?” ella menciona “decidí ya no preguntarle”, próximamente harán una fiesta en su casa con relación a día de muertos y esta vez no invitó a L., puesto que A. dijo “L. sólo me mete en problemas”.

Se le comentó a la madre que sería conveniente que se informara acerca de algunas cuestiones sobre cómo hablar con su hijo acerca de sexualidad, es decir, para responder acerca de sus inquietudes, pues en general nota que al hablar de este tema su postura se vuelve inquieta y se incomoda.

La madre dice hacer hincapié en que “A. debe aprender a echar relajo” pero de igual forma a “ser responsable”. En lo particular se reforzó a la madre para que promoviera estas conductas, es decir, a enseñar a su hijo que debe ser responsable pero también sabiendo que hay momentos para divertirse.

Asimismo la madre reporta que la terapia está reportando avances, lo nota incluso en la conducta de A., me comenta “desde un día antes prepara sus tarjetas de la WWE. Los días que viene se levanta con más ganas”.

Además J. (el abuelo de A., padre de G.), le preguntó a G. “¿A. está yendo al psicólogo?” G. le contestó “sí” y el abuelo J. preguntó “¿Por qué?” G. responde “pues es que no se sentía bien y además le gusta... si es algo que a él le gusta no tenemos porque quitárselo”. La madre opina que ante esto último, el abuelo no tuvo nada que decir.

En cuanto a la relación entre los padres ésta sigue siendo distante y dice no querer cambiarla para nada, solamente no quiere que A. viva lo que ella padeció, cita de ejemplo “como le voy a decir, ¿con quién quieres pasar la navidad?”.

Es importante notar el cambio que se dio respecto a las primeras sesiones sobre todo en la forma en que la madre de A. se expresaba de él, con anterioridad era más alejada afectivamente de A., para esta sesión se notaba mucho más involucrada, este aspecto fue fundamental para el tratamiento y apoyó para trasladar una adecuada imposición de límites y expresión de afecto al contexto en casa.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

Tiene una actitud mucho más relajada en relación a la que había mostrado en la sesión anterior. El hecho de haber reconocido que su preocupación tenía connotaciones personales en cuanto a la sexualidad la ha llevado a tratar de entender más a su hijo en estas dinámicas que muestra e incluso dejando de hacer presión para que le hable de temas que distingue que al niño le causan vergüenza.

2. Actitud del terapeuta.

En esta sesión me conduje de una manera asertiva recopilando la información que brindaba la madre con respecto a la situación de su hijo, de igual forma se trato de hacerle ver, que hay cuestiones que puede hablar con él, y quizá otras que les cueste más trabajo pero lo importante es distinguir las mejores maneras de acercarse a su hijo.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

En esta oportunidad la madre decide dejar de prestarle atención a algo que la estaba angustiando mucho, una de las respuestas que genera es ignorar un aspecto que no tiene repercusiones significativas en su hijo. A la vez que atiende otras que si lo son.

“decidí ya no preguntarle”

La madre está mostrando un equilibrio en las peticiones hacia A., al mismo tiempo que piensa en que debe ser responsable, también acepta que el niño debe tener ratos de esparcimiento.

“A. debe aprender a echar relajo y a ser responsable”

A pesar de que la madre ha desarrollado un interés genuino en su hijo, sigue mostrando y actuando de pronto de acuerdo a situaciones propias, sin embargo un avance importante es que traté de distinguirlas, es cuestión de seguir en el desarrollo de estas habilidades que le dieron la posibilidad de entender a su hijo y generar un mayor número de alternativas para dar una respuesta acertada.

“como me paso a mí, yo no quiero que eso le pase a él, como le voy a decir, ¿con quién quieres pasar la navidad con tu papá o con tu mamá?”

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

El reforzamiento del interés genuino de la madre en su hijo y en sus actividades, la promoción de espacios de juego y de espacios donde las tareas se tengan que cumplir. Además de servir de guía al orientar a la madre hacia puntos que ella observe como benéficos en su hijo.

5. Recursos del paciente.

La posibilidad de mostrarse empática con su hijo y de estar buscando alternativas donde su control no sea el principal motor de los límites que marca, sino que esté buscando entender a su hijo para poder establecer estos límites.

6. Cierre de la sesión.

La sesión terminó de una manera adecuada pues la madre se muestra relajada y sabe que parte del tratamiento depende de ella pues al acercarse afectivamente a su hijo lo entenderá más y será capaz de ayudarlo.

7. Reflexiones.

La actitud de la madre en relación a los problemas y asuntos de su hijo, es mucho más positiva en relación al inicio de las sesiones, misma que ayuda para proponer una terapia filial donde el objetivo de la misma fuera el fortalecer el vínculo y la relación madre e hijo.

Análisis de las sesiones de orientación con la madre (sesiones 3 y 6)

Los cambios a través de las sesiones fueron muy importantes, primeramente el que la madre pueda conectar con un sentimiento real hacia el niño, se responsabilice de él y pueda mencionar que lo quiere. Además del hecho de que pueda identificar que las emociones que ella siente son independientes de las de su hijo y en este mismo sentido lo mejor es preguntarle cómo se siente y no dar por hecho que sabe cómo se siente A.

Para la sesión 6 se nota una madre mucho más relajada en la crianza de su hijo, incluso buscando muchos momentos donde los dos puedan compartir experiencias agradables, sin duda estas experiencias fortalecieron el vínculo. Además busca imponer límites de una manera clara, buscando transmitir a A. que es bueno tener momentos de “echar relajo”, pero hay otros en los que también se tiene que cumplir con las obligaciones.

En este momento y con los dos procesos que llevaron tanto madre como hijo, se considera que se cumplen con los supuestos para la inclusión a una terapia filial. Por parte del niño se han trabajado los serios problemas de conducta que mostraba, además de que ahora es capaz de expresar de manera adecuada sus emociones. La madre por su parte se nota con la disposición y la capacidad para aprender de las emociones de su hijo, observarlo, entenderlo y ayudarlo. A continuación se describen tres sesiones de terapia filial en los diferentes momentos de su proceso como lo propone Landreth y Bratton (2006).

Sesiones terapia filial

Una vez que la madre había avanzado mucho en terrenos propios y se notaba con la capacidad y la disposición, como propone Landreth y Bratton (2006) para entender a su hijo, se abordaron las sesiones de terapia filial con miras a hacer perdurar estos resultados a largo plazo. A continuación se presentan lo que se trabajó en estas sesiones y los resultados de ellas.

Fase 1. Preparando a los padres (25 de Agosto de 2009)

Como se plantea en el modelo de Landreth y Bratton (2006) las tres primeras sesiones están enfocadas a:

Objetivo. Planteamiento de objetivos y respuesta reflexiva y principios básicos de las sesiones de juego
d) Crear un ambiente seguro para los padres para que compartan sus vivencias abiertamente
e) El terapeuta da una visión general de los objetivos de formación, haciendo hincapié en el desarrollo hacia la sensibilización de los padres para con sus hijos.
f) Se transmite el concepto de respuesta reflexiva y se da una demostración, enfocándose en la identificación y el reflejo de sentimientos.
g) Los padres son introducidos a los conceptos.
h) Se da una lista de los juguetes que se usarán durante los tiempos de juego, así como la explicación de por qué es importante que sean esos juguetes
i) El terapeuta muestra una sesión típica de juego videograbada, observando el rol de juego y las habilidades de los padres.
j) Los padres eligen su kit de juego y deciden el momento y el lugar para desempeñar las sesiones.

En esta sesión se trabajó con la madre de A. para que se le introdujera a algunos conceptos psicológicos necesarios para poder llevar a cabo la terapia filial, primeramente se le habló acerca de la observación de las conductas de A., como venía un periodo vacacional se le mencionó que ahora que pasarían más tiempo juntos, ella tenía que observar aquellas situaciones que le gustaban a A. y aquellas que no le gustaban (la madre se veía sumamente interesada de lo que se le estaba hablando). De igual forma se le mencionó que parte importante del trabajo con el niño es el poder reconocer las emociones presentes en él, así como la manera en que éste las expresa.

Este era el primer paso para poder llegar al siguiente concepto que es “el reflejo de la emoción”, al hablarle del reflejo la madre preguntó “¿es como un espejo?”, precisamente se hizo uso de esta frase para que ella entendiera la forma en que funcionaría dicho proceso además de que la metáfora estaba muy próxima a lo que en realidad es esta técnica.

Se practicó primero con la madre con situaciones hipotéticas en donde se veía que había una emoción presente en el terapeuta, ella debía devolver de acuerdo a la expresión del mismo que emoción era, se trabajó principalmente con cuatro de las emociones básicas, Miedo, Alegría, Tristeza y Enojo, incluso con diferentes magnitudes de las diferentes emociones. Como una situación un poco real a la vida de A.

Ejemplo:

T: ¡Es que tú nunca me dejas ver las luchas!

La madre debía reflejar la emoción del enojo “*te molesta que no puedas ver las luchas*”. Inicialmente debía realizar este proceso para devolver al niño la emoción que estaba presentando (más tarde se trabajaría con la solución asertiva al problema).

Ejercicios de este tipo fueron trabajados a lo largo de la sesión con la madre, todo como una consideración para la fase de preparación antes de incluirla en sesiones con el niño.

Posteriormente se eligió que el material utilizado que, en este caso sería el mismo que se había utilizado, por cuestiones de economía y practicidad.

Fase 2. Sesión Madre e Hijo (22 de Septiembre de 2009).

Objetivo. Revisión de las habilidades en las sesiones de juego
c) Se busca que los padres empleen las habilidades aprendidas en las sesiones de juego.
d) Se debe evitar ser abrumador en las habilidades, por lo que por ahora no se introducen nuevas.
e) Cada sesión empieza con el reporte de los padres acerca de las sesiones que se han tenido en casa, seguida por la supervisión de los padres asistida por sus grabaciones.
f) Cada semana se presentan grabaciones a los padres para mejorar el aprendizaje y la generalización de las habilidades para jugar fuera del período de sesiones.
g) El tema de aliento y de elogios hacia el niño se presenta en el período de sesiones 7 y 8.
h) Ayudar a los padres para comenzar a generalizar las habilidades que han aprendido para aplicarlas en la vida cotidiana.

Después del entrenamiento en las sesiones con la madre, se le incluye en las sesiones con la previa autorización del niño, a quien se le había comentado que su madre estaba interesada en conocerlo más y en poder ayudarlo a resolver sus problemas, el niño se sintió contento de esto y aceptó de buena manera la inclusión de la madre en sesión.

Inicialmente en la sesión, se les pregunta cómo han estado, el niño comienza a contarme acerca de las luchas de la WWE con mucha emoción, me platica que “John Cena” va a pelear con “Randy Orton” y que él le va a “John Cena”. La madre comienza a distraerse de la plática.

Yo le pregunto a la madre “¿Tú también las viste?”, ella responde “*la verdad a mi me aburren y luego ya salen bien noche y me quedo dormida, pero A. hasta que terminan se duerme*”, le pregunto “¿hay alguna cosa que A. vea y que no te aburra?”, menciona que ha estado viendo con él a “Naruto” y que esa historia le gusta más, sobretodo “*la historia de amor de Saske y de su novia Sakura*”, A. dice “*¡no es cierto, no son novios!*”. Yo le mencionó viendo alternadamente a la madre antes de hacer un reflejo “*te molestó que tu mamá dijera eso*”, el niño piensa un instante y el terapeuta completa su frase “*ella está haciendo un esfuerzo por ver las cosas que te gustan, además mira ya conoce los nombres de algunos de los personajes*”, la madre dice “*la verdad es que ahora que he estado más en la casa me pongo a ver las caricaturas un rato con él y me gusta porque cuando yo era niña no teníamos tele para verlas*”, el niño la observa interesado, “*¡¿no tenias tele ma?!*” le pregunta, la madre lo voltea a ver y le dice “*no, tu abuelita la tiró de la mesa y se rompió, y pues ya nunca compró otra*”, el niño le dice a ella y me mira a mi también “*con razón a mi mamá le gustan tanto las caricaturas*”. En ese momento se dio un ambiente de más cordialidad. Comenzamos a hablar de los programas que les gustan y A. nuevamente hace referencia a las luchas, la madre nuevamente se distrae, el terapeuta le refleja esto, la madre dice “*es que no me llaman la atención*”, comienzan a hablarme al mismo tiempo y ambos a levantar la voz, les digo tratando de recuperar su atención, “*les pasa frecuentemente así, que se interrumpen al hablar*”, se miran mutuamente y la madre dice “*hay que tomar turnos para hablar, si no, no nos escuchamos*”, hace una pausa “*habla tú primero le dice a A.*” esta vez él termina de hablar de las luchas y la madre mantiene más la atención.

Antes de finalizar comienzan a hablar nuevamente al mismo tiempo, A. se da cuenta y le dice “*ah, perdón ma, ahora habla tú primero*”, la madre agradece. Cuando A. toma la palabra le dice que quiere realizar una caja forrada, eligen el material que usarán y dicen que lo llevarán para la próxima sesión.

Fase 3. Cierre (17 de Octubre de 2009).

Objetivo. Evaluación y resumen
e) La primera sesión es usada para revisar y llevar a cabo el cierre. reconociendo a los padres los progresos que han hecho sus hijos.
f) El terapeuta estimula y refuerza sus comentarios a través de los ejemplos de los progresos que han compartido en reuniones anteriores.
g) Se hace hincapié en la importancia de continuar con las sesiones de juego,
h) En caso de que así se requiera se organiza un grupo de seguimiento por un período de sesiones determinado (por lo general en 4 a 6 semanas).

Para esta sesión, se le ha venido diciendo a A. que las sesiones están por terminar, él ha empezado a decir que no quiere que terminen, sin embargo, después de un momento menciona *“pero ya estoy mejor”*.

En esta sesión él dibujó a “Naruto” y le pidió ayuda a su madre y a mí para hacerlo, diferente a sesiones anteriores donde el realizaba solo sus dibujos o le pedía a su mamá y a mí que realizáramos algunos dibujos personales. Él se concentra en sus tareas y en todo momento cuando pide ayuda dice por favor y da las gracias. Realiza tres dibujos en esta sesión, donde en todo momento permaneció sentado y concentrado en la tarea. La madre a momentos me comenta de sus otras actividades, me dice que le está yendo muy bien en la escuela y en el Tae Kwon Do, le dice *“¿por qué no le enseñas a Samuel lo que te ganaste?”*, A. saca de su mochila un trofeo que ganó en un torneo el fin de semana en Querétaro, la madre está muy emocionada dice *“es que fue como de película estaban empatados y A. le dio una patada brincando”*, mientras la madre contaba esto, el niño se veía muy relajado y continuaba con sus dibujos.

Al terminar la sesión A. dice que no se quiere ir, pregunta *“¿con quién voy a jugar ahora que ya no venga aquí”*, la madre interviene y le dice, *“puedes jugar conmigo, ahora yo ya sé cómo jugar contigo”*, el niño la mira le sonrío y acepta, *“yo le mencionó que aun así podemos seguir viéndonos en ocasiones y platicando”* sonrío, el niño nos sonrío primero a mí y luego a su mamá, acepta terminar la sesión, me dice *“gracias por todo Samuel”* toma sus cosas y salen de la sesión.

Seguimientos

En una sesión después de dos semanas la madre me dice que tuvieron un problema, que saldrían a un torneo de Tae Kwon Do y que G. no llegó a tiempo con el carro, la madre se enojó y comenzaron a discutir, A. quien observaba la escena se bajó del carro (a donde previamente se había subido) y les dice que *“estoy muy molesto, sólo les pedí un día, y no pueden estar tranquilos sin enojarse”*, los padres lo miran callados, la madre me narra nos quedamos sorprendidos y dijimos *“no pues si la regamos”*, fuimos y le pedimos una

disculpa y ya nos fuimos al torneo. Les digo “¿se resolvió bien?”, la madre contesta “*pienso que si, la verdad es que no siempre vamos a tener la razón, y hay que aceptar que para él era importante ese día*”.

Cuatro meses después de terminadas las sesiones, asisten la madre y el niño, llama mi atención que él me pregunte si aún conservo la caja de recuerdos de A. le digo que sí y me dice que quiere dibujar, nos dibuja a mí y a él como amigos, ante un juego desestructurado inicial la madre le pone un límite con voz firme el niño acepta la indicación y se sienta a dibujar algo para su caja de recuerdos. Reportan sentirse mejor, la madre dice “*de pronto se enoja pero nada que no se pueda resolver, además está creciendo y es obvio que de pronto habrá cosas en las que no coincidamos, pero yo lo respeto y lo entiendo*”. La sesión termina sin reportes de mala conducta significativa.

Diez meses después se le llama por teléfono a la madre y me dice que está arreglando el cuarto de A. junto con él ya que ella está por iniciar a trabajar en algo diferente que le permitirá de igual forma pasar más tiempo con A. y que por eso están arreglando su habitación antes de que tenga que estar ocupada. A. me saluda a lo lejos y me dice “*estamos pintando mi cuarto y tengo una cama con forma de coche Samuel*”. La madre ríe y dice si “*es que se la compramos su papá y yo*”. Reportan que están bien y la llamada termina.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones.

Discusión

El objetivo del presente reporte de experiencia profesional fue explorar si existían mejoras en los problemas de conducta en un niño de edad escolar mediante la terapia cognitivo-conductual, además de observar si era posible que la orientación a padres mejorara el avance en el tratamiento de estos problemas conductuales, así como determinar si la terapia de juego filial fortaleció la relación a largo plazo entre padres e hijos, para las cuales se llevaron a cabo diferentes tratamientos a un niño previamente evaluado que presentaba un trastorno negativista desafiante y que, permitieron contestar las hipótesis de trabajo, mismas que se citan a continuación.

Primeramente se evaluaron los aspectos relacionados con el motivo de consulta, observando que variaban en diferentes sentidos tanto para la madre como para el niño, por un lado la madre mencionaba que era un niño muy acelerado, que era un niño hiperactivo y agregaba *“en vez de caerte bien era un niño que te caía mal”*. Por otro lado el niño pensaba que asistía a terapia porque *“quería hacer todo rápido”* y agregaba que *“hacer las cosas rápido era mejor y porque si no, no daba tiempo de jugar”*. A esto se aunaba una situación socio-económica medio-baja que ocasionaba que padre y madre trabajaran por lo que el contacto en tiempo con el niño era escaso. La situación de la relación de los padres era distante desde hacía más de un año y se habían presentado incluso agresiones físicas entre ellos que habían sido presenciadas por A.

Sin embargo los padres argumentaban que estas dificultades en la conducta del niño habían surgido a raíz del nacimiento de un nuevo hijo del abuelo paterno con una pareja que no era la abuela materna y cuya pareja hasta ese entonces se encargaba del cuidado de A. Sin embargo, no tomaban en cuenta que estos problemas precedían por más de 8 meses a dicho nacimiento y que los problemas de conducta ya estaban presentes incluso para ese entonces aunque en menor grado. Es a raíz de una segunda entrevista cuando la madre distingue que estos problemas se originaron a raíz de los problemas entre padre y madre que A. presenciaba y que se habían venido presentando de manera frecuente por la infidelidad del padre.

La información brindada por los padres también arrojó la existencia de tratamientos anteriores por problemas de alimentación de A. en el mismo centro comunitario que fueron inconclusos; la situación terapéutica no fue debidamente cerrada puesto que los padres dejaron de asistir repentinamente a sesiones al observar mejoras en la conducta según observaciones de los mismos padres, sin embargo al entrevistar a la madre se observó que existían aspectos que no habían sido concluidos del todo y que contribuyeron a una problemática de otra índole en una etapa posterior del desarrollo de A.

En relación a lo anterior se hizo referencia a las situaciones que inciden para que la pareja se forme, los padres nunca tuvieron una relación de noviazgo, solo se tenía una amistad donde solían tener relaciones sexuales esporádicas y a raíz del descubrimiento del padre

materno, son obligados a unirse (en unión libre), sin embargo la madre pierde a este primer embarazo al cuarto mes debido a un aborto, lo intentan nuevamente pero enfrentan algunas dificultades para embarazarse debido a problemas de la madre. Finalmente logra embarazarse tres años después de la unión y éste llega a término sin problemas aparentes.

Ya como factor post natal, el niño presenta un desarrollo adecuado, sin embargo a la madre le llama la atención que se realice el destete hasta casi los tres años, describe que incluso lo realiza debido a que una amiga le comenta que esto ya no es "normal". La madre le retira el pecho materno al niño diciéndole que ya no puede darle, el niño lo acepta y no vuelve a pedirlo (según la madre) sin embargo un año después presenta problemas de alimentación ya que no quiere comer, esto lo lleva por primera vez al primer tratamiento que como ya se mencionó abandona antes del cierre.

En la edad en que el niño llega al presente tratamiento, las áreas de conflicto que se observaron fueron principalmente las directamente relacionadas con los padres, es decir, en la casa, la conducta problema se extendía a la escuela aunque esto fue detectado en una fase posterior, puesto que la maestra de A. no reportaba problemas inicialmente hasta que la madre se acercó para preguntar a la maestra acerca de la conducta del niño. En las sesiones de evaluación también se observaron estos problemas de conducta manifestados en una rebeldía constante, una resistencia considerable para cumplir las normas y seguir las reglas, además de agresión verbal y física en las sesiones.

Las pruebas aplicadas arrojaron problemas serios de impulsividad y agresividad en diferentes áreas que incluso estaban afectando el desarrollo del niño, ya que A. cumplía con sus tareas de manera inadecuada por lo que su rendimiento académico era de características de medio a bajas (7 de promedio). Incluso en el área cognitiva se observó que estas dificultades estaban influyendo en un rendimiento intelectual óptimo.

Cobra importancia el análisis y la presentación de estos aspectos puesto que se consideran como factores que rodean e inciden como un marco propicio para que el trastorno negativista desafiante surja, de acuerdo con la etiología que marca el DSM IV TR (2002).

Inicialmente se identificaron a través de la evaluación tres fases de tratamiento, la primera se relacionaba con el trastorno negativista del niño, para ello se eligió la terapia cognitivo conductual, pues en diversas investigaciones se observó había tenido buenos resultados en la intervención de este tipo de problemas (Boxer y Butkus, 2005; Ronen, 2004).

En una segunda instancia se observó que los padres estaban siendo parte del problema, la imposición de los límites y expresión del afecto se encontraba de manera difusa en ambos, siendo incapaces de mediar entre estas características, en ese momento se consideró que el asignar un espacio para la orientación y el entrenamiento a padres era necesario para lograr una mejor intervención con el niño, situación que se ha observado manejada a la par en otras ocasiones con buenos resultados (Solloa, 2006; Boxer y Butkus, 2005).

Sin embargo y a pesar del gran progreso que tanto la madre como el niño habían logrado en sus respectivos espacios se notaba que seguían habiendo dificultades en el área de la relación, es decir, las soluciones que encontraban aún estaban mediadas por el conflicto, es decir, se seguían observando y reportando dificultades al buscar generar acuerdos, en ese momento se consideró que la terapia filial podía ser apropiada por ser una orientación teórica que se basa en la generación de buenos resultados a largo plazo y que provee a los padres e hijos herramientas para mejorar su relación (Moustakas, 1959; Guerney, 2000).

De acuerdo al objetivo general planteado, que era reducir las manifestaciones de los problemas conductuales en A. mediante terapia cognitivo conductual, a la vez que se trabaja con los padres en sesiones de orientación para mejorar sus habilidades en la identificación de emociones de su hijo y posteriormente incluirlos en terapia filial y lograr que los resultados sean a largo plazo, se formularon diferentes hipótesis de trabajo. Con el fin de dar respuesta a dichas hipótesis, se presentan y se analizan los resultados basándose en el estudio de caso.

Respecto a la primera hipótesis planteada que dice: **H1 Es posible mejorar los problemas de conducta en un niño de edad escolar mediante la terapia cognitivo conductual.** Se acepta la hipótesis alterna, pues mediante la metodología cualitativa planteada y de acuerdo al análisis de contenido de las sesiones se considera que, si fue posible mejorar los problemas de conducta en A. (un niño de edad escolar) mediante la terapia cognitivo conductual. En este aspecto se observó que el niño mejoró en: identificación y expresión de emociones (*“tú crees que no me doy cuenta de que mi papá no quiere jugar conmigo, pero hay cosas que aunque te duelan no van a cambiar”*), solución asertiva a sus problemas (*“lo único que les pedía era un día sin que se pelearan”*), automonitoreo, autocontrol y autorregulación (*“cuando me concentro, logro lo que quiero”*).

Para Friedberg (2005) primeramente debe trabajarse en la identificación de distorsiones y déficits cognitivos, de esta forma la sesión 1 está enfocada en identificar precisamente la expresión de emociones, en este caso se notaba que particularmente en el caso del enojo, no existía un control de ella, no se autoregulaba sino que salía de una manera exacerbada como se describe en la sesión, la estructura del juego desorganizada y la molestia por respetar los límites fue la constante de esa sesión, manifestándose en rechazo marcado ante las normas que establecía el terapeuta e incluso por agresiones cuando no se cumplían los deseos del niño. Se sabía que esta sesión podría resultar difícil puesto que se manejarían situaciones de encuadre que en suma se contraponen a las manifestaciones del trastorno negativista desafiante, por ello resultó importante emplear la escucha empática como uno de los principales recursos para a futuro implementar una alianza colaborativa, por tanto no era tan importante establecer los límites de una manera impositiva, sino escuchar las necesidades del niño, lograr que comenzara a observar su conducta a través de lo que el terapeuta le mencionaba y sobretodo propiciar que sintiera un espacio propio donde pudiera expresar sus

emociones, los resultados fueron tan aceptables que incluso el niño pudo expresar mediante una descripción *“mi papá nunca juega conmigo”*.

Para la sesión 3, el niño comienza a sentirse cómodo en el espacio terapéutico, en el está encontrando contención a sus problemáticas, más allá de eso, también puede reducirlas, debido a la cuestión de estar siguiendo sus conductas y reforzándolo mediante el moldeamiento que propone Ellis (1974); puede darse incluso un tiempo para automonitorear la raíz de estas, siguiendo con lo propuesto por Friedberg (2005) en identificación de distorsiones cognitivas y déficits cognitivos, estos resultados muestran cómo de manera gradual se está llegando a una meta propuesta inicialmente, es entonces cuando el niño puede detenerse y pensar en él, en su emoción, en su conducta y finalmente plasmar una situación hipotética de juego en la que regula su agresión, al decirle que constantemente me agrede (en el juego ya no en lo personal) es capaz de decir *“es de a mentiritas”*.

Stallard (2007) menciona que en el autodomínio emocional se maneja la imaginación al poder desplazar la ansiedad mediante el juego, es así como en la sesión 9, se trabajan bajo los mismos principios los aspectos relacionados con la frustración que en consecuencia genera agresión de acuerdo con la teoría de Bandura (1974), es entonces cuando deben utilizarse un principio básico *“conductas agresivas, consecuencias reales”*. Para este momento se sabe que el niño valora el espacio en un sentido real, por ello si la consecuencia planteada es el terminar la sesión, esto reforzará de una manera negativa la conducta del niño. Se dan advertencias y ante la reiteración de la conducta que impide la marcha de la sesión, el niño reitera en la conducta y la sesión debe terminar. El niño tiene la oportunidad de pensar en lo que pasó en la sesión (de hecho en esta oportunidad en tono de arrepentimiento le cuenta a la madre que la sesión terminó porque no quiso realizar determinadas tareas, pero agrega que en la siguiente sesión si las terminará) y corregir la conducta en la próxima. Asimismo le permite asociar una conducta que si se repite, le genera una insatisfacción por parte de las figuras de autoridad que cohabitan en su entorno y finalmente lo verbaliza, menciona *“estoy acostumbrado a que se enojen conmigo”*. La siguiente sesión él es capaz de controlar su frustración y disuadirla en el juego. El niño en la sesión 10 está expuesto nuevamente a la situación que le genera ansiedad, sin embargo lo expresa en el juego con agresión, pero no agrede al medio donde se desenvuelve.

Stallard (2007) propone trabajar en una segunda fase con el aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas, por ello para la sesión 12, todas las conductas agresivas se centran en el juego, utilizando principalmente una figura de acción que se caracteriza precisamente por ser muy agresiva (Wolverine). Wolverine ha sido sumamente agresivo con el resto del material en las últimas sesiones, sin embargo en esta oportunidad A. trae un muñeco de su casa (*“Alekei”* de la película *“Madagascar”*) que curiosamente en una película resolvió una confrontación sin pelear, lo que Alekei hizo fue emplear una competencia de baile en la que venció a su oponente y todo el público expectante se lo reconoció. Se observa como A. está buscando alternativas para solucionar sus problemas de una manera no agresiva. De hecho las peleas con el niño que lo agredía (M.) en el

salón han perdido constancia, pues A. le comentó a su madre la situación, ésta habló con la maestra quien ahora está más pendiente, aún así ha habido situaciones en las que M. trata de agredir, pero A. no cae en las provocaciones, se aleja y busca no entrar en conflictos. Su solución de problemas cada vez es más asertiva. Ha entendido que las conductas agresivas le generan consecuencias desagradables (anteriormente se peleaba con el niño, su maestra los castigaba, su mamá lo regañaba y le retiraba el privilegio de jugar con su PSP).

Todo lo anterior ha generado que el niño reporte sentirse más tranquilo, la madre también lo reporta así e incluso, yo como terapeuta, lo veo con la capacidad para expresar emociones, solucionar problemas y autoregular su conducta. Sin embargo hay factores que se han observado le siguen generando conductas agresivas, en este caso particular, la relación con el padre. Por lo que se tiene una sesión de devolución con la madre (la situación de dificultades en la pareja ha persistido con un distanciamiento emocional y físico que es constante y marcado) y se le comenta cómo puede afectar la relación entre padre e hijo e incluso la relación madre y padre. Se le propone que parte de un recontrato sea el trabajar la relación con ambos padres. Esto con miras a una terapia filial que fortalezca los resultados, situación que la madre acepta.

Para la sesión 16, el padre puede asistir a la sesión y lo que se observa son conductas que en suma, se han visto, han contribuido al surgimiento y a la permanencia de la problemática, la falta de interés y atención a las necesidades del niño es lo que impera, un ambiente crítico donde el padre refuerza conductas negativas pues es la expectativa que le genera su hijo y por otro lado la poca capacidad para marcar límites de una manera clara y asertiva. En el análisis de resultados se plasman algunas de las frases que se considera refuerzan la conducta. Como el hecho de la frustración del niño al perder en un juego y el padre responde *"nadie ganó sólo tú perdiste"*, aquí se observa como el padre es incapaz de reconocer la emoción en el hijo y no da respuestas empáticas, ni asertivas que busquen resolver la emoción negativa. Tiempo después el niño le menciona al padre *"a veces así me porto, como un monstruo ¿verdad papá?"*, situación que el padre refuerza sonriendo y asintiendo.

Para la sesión 21 (después de un largo periodo de interrupción a causa de una problemática de salud a nivel nacional), A. regresa y su actitud es muy similar a la de la primera sesión, es decir, un juego desorganizado y acelerado donde quería jugar rápidamente, nuevamente las observaciones del terapeuta comienzan a mostrarle al niño cómo es su conducta. El niño nuevamente se autobserva, se automonitorea y consigue autoregularse. Decide que quiere dibujar y plasma una elaboración que había venido haciendo en las sesiones antes de la interrupción la coexistencia de aspectos negativos y positivos en una misma persona. Incluso ahora también es capaz de marcar límites personales y sociales, ante mis preguntas me dice *"no hables"*. Le menciono que suena molesto y me contesta que busca concentrarse en la tarea, es decir, ahora se aprecia que es capaz de marcar límites por situaciones reales, las identifica, sabe lo que necesita y es capaz de pedirlo de una manera argumentada y formal. Con role playing y mediante el juego A. reproduce situaciones que ocurren fuera del consultorio, limita la acción de un

factor distractor, lo hace de una manera no agresiva y se concentra en la tarea que desea concretar, en este sentido ahora es capaz de controlar el medio con formas adecuadas para generar un resultado positivo.

Sin embargo y a raíz de la conducta desmejorada por la interrupción y al gran avance que se ha tenido con la madre en cuestiones de reconocimiento de emociones en su hijo, se considera que la terapia filial contribuirá a mejorar aún más los resultados de la terapia y a fortalecer su relación madre-hijo. Sin embargo antes de eso, se mencionarán algunas de los tópicos que se trabajaron con la madre y los avances que ella también reportó.

Respecto a la segunda hipótesis que planteaba: **H2 Es posible que la orientación a padres mejore el avance en el tratamiento de estos problemas conductuales en el niño.** Se acepta la hipótesis alterna, es decir, si es posible que la orientación a padres mejore el avance en el tratamiento de estos problemas conductuales en el niño, se observa en el análisis de las sesiones que hubo importantes cambios en la madre que ayudaron en el tratamiento mediante tareas en casa y la implementación de las cuestiones de orientación dentro de un marco donde se buscaba identificar la manera en que el niño expresaba sus emociones y como se generaban respuestas asertivas con respecto a la conducta del niño.

En una de las sesiones de orientación con la madre, ella llega sumamente angustiada por la conducta o el juego sexual en el que descubrieron a A., la angustia que ella ha tenido en estos días es tal que ni siquiera ha encontrado la forma en cómo platicarlo con A., situación que los tiene encasillados en una dinámica que no avanza, el padre le mencionó que estos juegos los considera como normales en cierta etapa de la vida, sin embargo a pesar de ello la madre se muestra muy angustiada, al platicar acerca de la problemática la madre puede ubicar elementos más relacionados con la propia historia, es decir, comienza a identificar una angustia relacionada con emociones propias más que con una dificultad referente al niño, una vez que la madre lo reconoce es capaz de explorar de manera más clara la situación con su hijo, ella misma reconoce que no lo presionará si él no quiere hablar de eso, entiende también que ha sido un hecho aislado y que puede dejarse pasar además de que se le comenta que precisamente puede ser un juego de conocimiento propio de los niños. La madre disminuye su angustia y la situación en casa mejora.

En la siguiente sesión ella menciona que ha buscado alternativas y que al respecto A. no quiere hablar del tema por lo que decide ya no preguntarle, ahora es capaz de ignorar una situación que puede que no tenga ninguna repercusión en el niño. Aún así le sorprende que A. diga que no quiere invitar a este amigo a sus fiestas, pues él sólo lo mete en problemas, al respecto de lo que le comento A. "*es que L. si me comprende*", le preocupa pues piensa que quizá A. siente que no es escuchado, a la vez que esto le inquieta se llevan las sesiones de orientación para poder instruir a la madre en la resolución de problemas de manera conjunta con su hijo, de encontrar preguntas destinadas a explorar las emociones de su hijo y buscar los mejores momentos para poder establecer diálogos acerca de las cosas que les interesan a los dos. Asimismo la búsqueda de estos eventos excepcionales donde las conductas problema no se presentan para que se ubiquen

aquellos elementos que contribuyen a interactuar adecuadamente y que, incluso permiten disfrutar la compañía de madre e hijo (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

Una vez mejorados los problemas de conducta en el niño y teniendo a una madre que es capaz de mostrar la disposición y la capacidad necesaria para identificar emociones en su hijo y sostener una mejor relación con el niño, incide una parte de tratamiento final que precisamente supone esta premisa, generar una mejor resolución de problemas madre e hijo, donde hay un adecuado manejo de límites y una adecuada expresión del afecto (Reynolds y Schwartz, 2003).

Al respecto la tercer hipótesis mencionaba: **H3 Es posible que la terapia de juego filial mejore la relación a largo plazo entre padres e hijo.** Se acepta la hipótesis alterna, por tanto si es posible que la terapia de juego filial mejore la relación a largo plazo entre padres e hijo debido a que se observó una mejor relación a raíz de la aplicación de dicha terapia.

En la fase inicial de dicho tratamiento se trabajaron con la madre aquellos aspectos relacionados con algunos conceptos psicológicos necesarios (identificación y expresión de emociones, reflejos de emoción, etc.) para llevar a cabo dicha intervención, la madre se mostraba receptiva e interesada en comprender estos términos ya que sabía que le ayudarían para poder resolver de manera conjunta con el niño problemáticas a futuro.

Ella se mostró con capacidad para identificar las emociones en el niño, asimismo se le instruyó en esta capacidad para reflejar dichas emociones y una vez obteniendo la atención del niño generar soluciones aceptables ante dichas problemáticas.

En la fase intermedia, la madre ingresó a las sesiones con el niño, ante las problemáticas que se presentaban en la sesión, el terapeuta inicialmente hacía los reflejos para que la madre los notara, asimismo generaba posibles soluciones en conjunto con el niño y se elegía aquella que resolviera de mejor forma el planteamiento. Poco a poco se le fue dando la posibilidad a la madre de que ella fuera quien primeramente hiciera los reflejos y más tarde generara la mejor solución de entre una gama de soluciones exploradas con el niño.

Ya en la fase final, se preparó a ambos para el cierre, haciendo consciente tanto al niño como a la madre de los avances que habían presentado en la sesiones, la frase final de la madre refleja que pudo verse beneficiada del tratamiento. Cuando el niño se angustia ante el cierre de las sesiones y dice “¿ahora con quien voy a jugar?” ella interviene y le dice “puedes jugar conmigo, ahora yo sé cómo jugar contigo”. Es decir la madre es capaz de identificar la emoción del niño, en esta oportunidad no la refleja pero si da una respuesta asertiva que tranquiliza al niño.

La madre encuentra soluciones asertivas, tomando en cuenta las emociones y necesidades del niño al respecto en las sesiones de seguimiento se muestra como las problemáticas aunque no graves se han presentado, sin embargo ahora la madre reporta que se han resuelto de buena manera, incluso menciona “son cosas propias de que está creciendo, sé que no coincidiremos en todo, sin embargo son cosas que se pueden

resolver". A un año del tratamiento los resultados siguen siendo buenos y no ha habido la necesidad de retomar las sesiones, ni reportes de la conducta problemática relacionado con el trastorno negativista desafiante que en un inicio se planteó como diagnóstico de A.

Con respecto al padre, a pesar de que no se involucró de manera directa en las sesiones con el niño, también generó cambios, ya que defendió el espacio terapéutico de A. al confrontar al abuelo paterno y cuando este le comentó *"va a terapia porque está loco"* el padre contestó *"si es algo que a A. le gusta, yo no tengo porque quitárselo"*, es decir a raíz de las respuestas asertivas generadas en A. y a la presencia y disposición de la madre para generar cambios en la relación con el mismo, el padre también detectó e implementó mejores estrategias para respetar, las decisiones de su hijo, aceptar sus emociones y brindar un apoyo al mismo.

El trastorno negativista desafiante tiene características que en suma deterioran el rendimiento de los niños (se ha visto más prevalencia en niños que en niñas de acuerdo al DSM IV TR, 2002) tanto en el área escolar, personal y social. Este trastorno genera diferentes repercusiones en el niño que, de no ser tratadas pueden verse reflejadas en etapas adultas con trastornos de tipo más desadaptativo (como el trastorno antisocial de la personalidad).

Como ya se definió (DSM IV TR, 2002) en el capítulo 1, el trastorno negativista desafiante se manifiesta por un patrón recurrente de comportamiento oposicionista, desafiante, desobediente, hostil, dirigido a las figuras de autoridad que persiste por lo menos durante seis meses. En el caso de A. esta conducta había venido prevaleciendo desde hacia aproximadamente un año misma que le había generado dificultades en diferentes áreas del desarrollo. Además, presentó un humor variable y baja tolerancia a la frustración.

Así mismo en el caso de A. se observaba una raíz del trastorno a causa de una disputa por el poder en cuestiones de crianza por el hijo, peleas frecuentes incluso físicas de los padres, con practicas educativas que eran rígidas e inflexibles en casa del abuelo pero negligentes en casa de los padres por lo que resultaban incoherentes, asimismo los cuidados del niño eran perturbados por la sucesión de distintos cuidadores. Todo esto constituía el marco social donde se desenvolvía A. y que de acuerdo a la génesis del problema que se propone en el DSM IV TR (2002) pueden originar el trastorno. De igual manera los síntomas presentados eran menos severos a los presentados en el trastorno disocial.

Estos síntomas presentes en A. se observó que estaban influidos por apreciaciones e interpretaciones erróneas de los hechos conocidas como distorsiones cognitivas. En este sentido A. se presentaba hipervigilante ante la agresión de los demás y pocas veces atribuía la agresión a una consecuencia de su propia conducta acompañado de una pobre capacidad para controlar su conducta impulsiva. Por ello A. mostraba poca capacidad para identificar emociones y tendía a confundir estados como el enojo con la tristeza a la vez que empatizaba inadecuadamente (Solloa, 2006).

Aquellas distorsiones cognitivas que A. mostraba estaban relacionadas con una abstracción selectiva, es decir, la atención de los demás se centraba solo en experiencias negativas aunado a la magnificación que le daba a estas experiencias un sentido totalmente negativo (“que se pueden apreciar en sus frases como, *“estoy acostumbrado a que todos se enojen conmigo”*). Además, de su razonamiento emocional, donde las emociones obnubilan el pensamiento y la personalización donde se asumía la responsabilidad de los acontecimientos negativos (*“es que a veces me porto así, como un monstruo”*).

De esta forma se observaba que A. mostraba una escasa posibilidad para solucionar problemas, debido a que la búsqueda de alternativas, anticipar las consecuencias e implementar la solución más adecuada, eran habilidades que se encontraban limitadas.

Existía también una problemática debido a la inconstancia de los padres al imponer los límites y la alternancia en las personas que proponían estos límites. La relación agresiva e incluso violenta de los padres exacerbaba el problema y al mismo tiempo provocaba que el interés por el bienestar del niño fuera dejado de lado, es así como el abuelo detecta el problema y recomienda a la madre que lo lleve a tratamiento psicológico. Además las expectativas que existían respecto de A., éstas eran sumamente negativas hasta el hecho de llegar al punto de que los abuelos paternos consideraban que si asistía al psicólogo era porque estaba “loco”.

En suma estos factores y criterios que se observaron y que, de acuerdo al DSM IV TR (2002) y Solloa (2006) se consideran para la aparición de este trastorno, se apreciaban en el caso de A. El juego es la forma de comunicarse del niño y es por ello que para trabajar con niños hay que entender y aprender el significado del juego. “La responsabilidad del terapeuta es la de determinar la técnica más apropiada para el caso en lugar de forzar al niño a un molde terapéutico. Hay que individualizar y acomodar las técnicas al niño (enfoque prescriptivo ecléctico) que cuenta con el apoyo intuitivo y de investigación. Al considerar que en lo particular el enfoque cognitivo-conductual explicaba mejor estas problemáticas se decidió emplear el enfoque prescriptivo que O’ Connor y Schaefer (1997) propone, donde se plantea que de acuerdo a la problemática y en relación al enfoque que la explica mejor, es precisamente ese enfoque el que debe ser usado para el tratamiento (Kimonis y Frick, 2009).

Un enfoque de tratamiento que se consideró podía resultar efectivo en A. era el tratamiento cognitivo conductual ya que proponía el trabajo precisamente de estos síntomas mediante la capacidad de identificar, cuestionar y generar sistemáticamente formas alternativas de pensar (Stallard, 2007). Además de que algunos estudios con este tipo de terapia habían mostrado buenos resultados al tratar estas problemáticas de conducta (Ronen, 1992; Ronen, 2004; Boxer y Butkus, 2005; Kimonis y Frick, 2009).

Una premisa básica del enfoque cognitivo-conductual es que al trabajar con niños su orientación es dirigida a la acción, es decir, aprenden haciendo, conectan habilidades de afrontamiento a acciones concretas. Que ayuda al niño autoobservarse, a recordar y a ejecutar la conducta deseada (Ronen, 2004). Este trabajo se presentó en el caso de A.

quien se nota que a lo largo de las sesiones mediante el juego y al final de las mismas fue capaz de integrar experiencias de características positivas y negativas en uno mismo, esto finalmente le brindó la oportunidad de observarlo en su propia conducta; entendió que él era capaz de regular su conducta problema, el hecho de presentar sus características negativas no lo convertía en un niño “monstruo” (metafóricamente como él lo manejaba), a la vez que entendía estos conceptos y los expresaba en el juego, de esa forma sus experiencias negativas no se acumulaban ni generaban frustración.

De igual forma de acuerdo con Friedberg (2005) los niños aprenden a usar conceptos psicológicos para entender la conducta social, para regular su propia conducta y para dominar y controlar sus entornos. Una vez integradas sus experiencias, A. era capaz de reportar que se sentía más tranquilo, situación que lo hacía desenvolverse sin conductas problema. Finalmente esto permitió aumentar la conciencia del niño respecto de sus cogniciones, creencias y esquemas disfuncionales, además de facilitar su comprensión respecto de los efectos de dichas cogniciones sobre su conducta y emociones.

Conclusiones

Se concluye que las técnicas cognitivo-conductuales expuestas: identificación de distorsiones y déficits cognitivos, aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas, autodominio emocional, exposición y role playing (Ronen, 2004; Friedberg, 2005; Stallard, 2007) brindan una buena opción para trabajar con niños con estas problemáticas, ya que ofrecen la oportunidad de que la agresión sea expresada mediante formas asertivas que impiden que lleguen a ser conflictivas.

Respecto a la orientación a padres acerca de la crianza de sus hijos y el hecho de brindarles un espacio de contención y escucha, se concluye que los ayuda a generar alternativas en la instrucción de sus hijos, de igual manera el trabajar en sesiones periódicas con los padres mejora los resultados del trabajo con el niño a largo plazo (Boxer y Butkus, 2005).

Para Solloa (2006) el entrenamiento para padres se refiere a aquellos procedimientos en los cuales uno de los padres o ambos son entrenados para interactuar de una forma distinta con su hijo. Buscando ante todo que los problemas de conducta se deben a una relación dentro de la cual los padres promueven conductas agresivas e ignoran las conductas positivas. Para el caso de A. se trabajó (de manera conjunta con la madre) en identificar, definir y observar los problemas desde un punto de vista distinto. Las sesiones de orientación fueron enfocadas al aprendizaje de normas sociales y de los procedimientos típicos de modificación conductual a la vez que proveen a los padres de oportunidades para observar cómo se implementan algunas técnicas en casa en la búsqueda de que resultan problemas en la crianza de sus hijos.

Asimismo Solloa (2006) menciona que cuando los padres son más eficientes en el uso de las estrategias, el programa aborda problemas conductuales en otro ámbito, como sería el escolar. En este escenario la madre de A. implementó tareas enfocadas incluso en la supervisión de las tareas del niño, mostrando un mayor interés en sus actividades e

incluso disfrutando de actividades conjuntas con su hijo, que en definitiva le permitían controlar las conductas de su hijo en el momento en que estas comenzaban a surgir de manera agresiva. Es decir, las sesiones de orientación sirvieron para que la madre inicialmente reconociera las emociones en su hijo y la forma en que estas eran expresadas, una vez identificadas le permitían observar en que momentos o ante que situaciones A. presentaba conductas agresivas u oposicionistas, sin embargo ella era capaz de proveer al niño de soluciones que generaran posibles soluciones ante el enojo, el niño las valoraba y solucionaban problemas de manera conjunta sin la necesidad de que el control de la situación ni los límites estuviera en juego.

Siguiendo la misma línea teórica el tratamiento de niños con trastorno negativista lo que ha resultado más efectivo, es una combinación de psicoterapia individual para el niño y asesoría a los padres, incluso se logran mejorías de la conducta después de varios años de finalizado el tratamiento (Kimonis y Frick, 2009).

Sin embargo es cierto que la mayoría de las familias con niños oposicionistas son expertas en mencionar aspectos negativos, en hacer comentarios críticos y sarcásticos (Bailey, 2002; Kinsworthy y Garza, 2010), se ha observado que esto tiende a disminuir los efectos de la terapia a largo plazo, la terapia filial surge como una posibilidad para garantizar que estos efectos positivos perduren más allá de lo clínicamente esperado. Según Moustakas (1959) y Ryan (2007) la terapia de juego filial es esencialmente una relación entre un niño y su madre o padre a través de la cual el niño se descubre a sí mismo como una persona importante, ve que es valorado y amado, y reconoce su pertenencia irremplazable en la familia.

Si bien era cierto se habían conseguido avances sumamente importantes en A. mediante la terapia cognitivo-conductual y con la madre mediante las sesiones de orientación, la situación ante una interrupción abrupta había tendido a desmejorar, al respecto la terapia filial presentaba una excelente oportunidad para hacer prevalecer estos buenos resultados. Acertadamente Guernsey (2000) considera que enseñar a los padres las habilidades del terapeuta en materia de juego es la forma ideal para que los padres se relacionen de una manera más positiva y apropiada con sus hijos. La terapia de juego filial integra ideas y principios de diversos enfoques terapéuticos, principalmente de aquellos que se relacionan con la terapia centrada en el niño, la cognitivo-conductual y la familiar.

Axline (1975) propone 8 principios básicos para lograr una adecuada relación con el niño, encaminados a mostrar al niño la aceptación como base de la relación padre-hijo. Inicialmente con la madre de A. se observó esta posibilidad, ella puede identificar que el hecho de tener que marcarle límites a su hijo no es en su daño, sino porque existe un interés genuino en su bienestar, a partir de ello, la madre puede decirle al niño “te quiero”, al mismo tiempo que busca entender sus conductas. Axline considera que en la terapia filial el uso de reflejos de emoción es una forma de entendimiento y aceptación (aportación del enfoque cognitivo-conductual al entrenar al padre) del niño respecto del padre. La madre de A. puede ahora mostrar un interés real en sus actividades asimismo como reflejarle sus estados de ánimo de una manera en que el niño identifique y exprese emociones abiertamente sin la necesidad de sentirse juzgado ni limitado, pero tampoco

poniendo en riesgo su integridad, es decir de una manera responsable, esto trae beneficios en factores intrapersonales del niño, en su relación con el padre y al sistema familiar (Bailey, 2002; Rennie y Landreth, 2000).

Landreth y Bratton (2006) e Isaac (2007) en la fase inicial de la terapia filial suponen la preparación para la madre, en segunda instancia las sesiones padre e hijo y finalmente la preparación para la despedida y los seguimientos. En el caso de A. en las primeras sesiones se vio la disposición de la madre para entender los conceptos psicológicos como identificación y expresión de emociones, reflejos de emociones y solución de problemas. Situación que engloba uno de los aspectos principales para iniciar con la madre este entrenamiento, es decir, que esta muestre la disposición y la capacidad para ser incluido en el proceso.

Para la fase intermedia se siguió la propuesta de Landreth y Bratton (2006) y Watts y Broadbudd (2002) de trabajar directamente con el niño en sesión con el padre, en este caso la madre de A. pudo ver como el terapeuta usaba los conceptos previamente explicados y aprendidos por ella, a la vez que practicó la forma de implementarlos con el niño, observándose excelentes resultados, el niño se siente valorado por la madre pues ella es capaz de reflejarle sus emociones y la relación comienza a mejorar.

Para la fase final se prepara el cierre, en el caso de A. se observaron excelentes resultados, pues el niño muestra inquietud acerca del término de las sesiones, la madre que mejoró en sus intervenciones, finalmente le dice *“yo puedo jugar contigo, ahora ya se jugar contigo”*, a la vez que resuelve la situación, engloba en lo teórico una de las metas de la terapia filial, a saber, que la madre esté capacitada para jugar de una manera terapéutica con su hijo, estos resultados coinciden con los encontrados por Kinsworthy y Garza (2010) y Grskovi y Goetze (2008) en donde la terapia filial tuvo resultados positivos para una buena relación madre e hijo a largo plazo.

De igual manera Winek, Lambert-Shute, Johnson, Shaw, Krepps y Wiley (2003) aplicaron los principios de la terapia filial en un estudio de caso con un análisis cualitativo que arrojó resultados similares a los expuestos en esta investigación, comprobando la eficacia de este tipo de terapia y reportando avances principalmente en la buena relación entre los padres e hijo.

Los seguimientos se realizan para observar que los resultados prevalezcan pues el niño sigue creciendo y es sabido que las problemáticas que enfrente en conjunto con la madre a lo largo de su vida no serán los mismos, sin embargo ahora la madre de A. posee las herramientas para solucionar los problemas en conjunto con A. situación que se sigue reflejando a un año del tratamiento (en palabras de la madre de A. *“a pesar de que seguimos en contadas veces entrando en conflicto, son cosas naturales de su desarrollo, pero no es nada que no se pueda resolver”*).

Bibliografía

- Axline, V. (1975). Terapia de juego. Ed. Diana. México.
- Bailey, C. E. (2002). Children in therapy. Using the family as a resource. Ed. Norton & Company. U.S.A.
- Bailey, C. E. y Ford, S. C. (2000). Involving parents in children's therapy. Ed. Norton & Company. U.S.A.
- Bandura, A. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Ed. Alianza. Madrid, España.
- Berkowitz, L. (1996). Agresión: causas, consecuencias y control. Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao.
- Boxer, P. y Butkus, M. (2005). Individual Social-Cognitive Intervention for Aggressive Behavior in Early Adolescence: An Application of the Cognitive-Ecological Framework. Clinical Case Studies. Vol.4 (3), pp. 277-294.
- Briemeister, J. y Schaefer (1998). Handbook of parent training. Parents as co-therapist for childrens behavior problem. Wiley. U.S.A.
- CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (1994). Organización Mundial de la salud. Ginebra.
- Baruch, D. (1975). Amor y comprensión en el matrimonio. Ed. Pax. México.
- DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002). Ed. Masson. Barcelona, España.
- Duché, D. (1977). La psiquiatría del niño. Ed. Oikos-tau, S. A. Barcelona España.
- Ellis, A. (1989). Práctica de la terapia racional emotiva. Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao.
- Ellis, A. (1980). Terapia racional emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. Ed. Pax. México.
- Ellis, A. (1974). Sexo, infancia y neurosis. Grijalbo. México.
- Erickson, E. (1983). Infancia y sociedad. Ed. Horme. Buenos Aires, Argentina.
- Esquivel, F., Heredia, M. C. y Lucio, G. E. (1999). Psicodiagnóstico clínico del niño. 3ra. Edición. Ed. Manual Moderno. México.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego. Ed. Paidós. España.

- Friedberg, D. R. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales. Paidós. Barcelona, España.
- Grskovik y Goetze (2008). Short-term filial therapy with german mothers. Finding from a controlled study. International journal of play therapy. Vol. 17 (1), pp. 39-51.
- Guerney, L. (2000). Filial Therapy. International Journal of play therapy. Vol. 9 (2). pp. 1-17.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). Metodología de la investigación. 4ta, edición. Ed. Mc Graw Hill. México.
- Isaac, S. (2007). Review of Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model. The Family Journal. Vol.15 (3), pp. 307-308.
- Kimonis, E. & Frick, P. (2009). Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown-up. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. Vol.31 (3), pp. 244-254.
- Kinsworthy, S. y Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. Journal of Family Violence. Vol.25 (4), pp. 423-429.
- Landreth, G. (1991). Play therapy: the art of the relationship. USA: Taylor and Francis Group
- Landreth, G. y Bratton, S. (2006). Child Parent Relationship Therapy (CPRT): a ten session filial therapy model. USA: Taylor and Francis Group.
- Lucio, E. G. (2011). Formato de observación y registro. En comunicación personal.
- Moustakas, C. (1959). Psychotherapy with children: the living relationships. Harper & Row. New York. U. S. A.
- Murdock, T. B. (2009). Handbook of motivation at school. Routledge/Taylor & Francis Group. New York, EUA.
- O' Connor, K. y Schaefer, C. (1997). Manual de terapia de juego. Ed. Manual Moderno. México.
- Papalia, D. (2005). Desarrollo humano. Ed. Mac Graw Hill. México.
- Reddy, L., Files, H y Schaefer, C. (2005). Empitically on parent and child behaviors. International journal of play therapy. U. S. A. APA.
- Rennie, R. y Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. International journal of play therapy. Vol. 10 (1), pp. 85-108.
- Reynolds, C. y Schwartz, R. (2003). Filial therapy. Annals of the American Psychotherapy. Vol.6 (3), pp. 22-26.

Ronen, T. (1992). Cognitive therapy with young children. *Child psychotherapy and human development*. Vol. 23, pp. 19-30.

Ronen, T. (2004). Imparting Self-Control Skills to Decrease Aggressive Behavior in a 12-Year-Old Boy: A Case Study. *Journal of Social Work*. Vol.4 (3), pp. 269-288.

Ryan, S. (2007). Filial family play therapy with an adoptive family: A response to preadoptive child maltreatment. *International Journal of Play Therapy*. Vol.16(2), pp. 112-132.

Santiago, Y. (2007). *La Terapia de Juego Filial: la gran batalla contra el rival más débil...* México: Tesis de Maestría UNAM

Smeke, S. (2002). *Alcanzando la excelencia emocional en niños y jóvenes*. Grupo editorial Tomo, S. A. de C. V. México, D.F.

Solloa, G. L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Ed. Trillas. México.

Stallard, P. (2007). *Pensar bien – sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes*. Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao.

Van Fleet (2000). *A parent's Handbook of Filial Therapy*. USA: Play Therapy Press.

Van Fleet, R., Ryan, S. y Smith, K. (2005). *Terapia de juego filial. Manual para padres. Construyendo familias fuertes mediante el juego*. Play therapy Press. U. S. A.

Watts, Y. & Kinsworthy, S. (2007). Filial therapy: A process for developing strong parent-child relationships. *The Family Journal*. Vol.15 (3), pp. 277-281.

Watts, R. y Broaddus, J. (2002). Improving parent-child relationship through filial therapy: an interview with Gary Landreth. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 80 372-379

West, J. (1996). *Terapia de juego centrada en el niño*. Ed. Manual Moderno. México.

Winek, J., Lambert-Shute, J., Johnson, L., Shaw, Krepps, L. & Wiley, J (2003). Discovering the moments of movement in filial therapy: A single case qualitative study. *International Journal of Play Therapy*. Vol.12 (1), pp. 89-104.

ANEXO 1

BENDER

Nombre: A. Edad: 8 años 1 mes

Grado escolar: 2do Sexo: M

Fecha: _____

Puntuación cruda: 5 Nivel de maduración 7-6 a 7-11

Diagnóstico: _____

	Figura A			Figura 5	
1 ^a	Distorsión de la forma	0	15	Círculos por puntos	1
1b	Desproporción	0	16	Rotación	0
2	Rotación	0	17 ^a	Desintegración de la forma	0
3	Integración	0	17b	Línea continua ◆	0
	Figura 1			Figura 6	
4	Círculos por puntos	1	18 ^a	Curvas sustituidas por ángulos	1
5	Rotación ◆	0	18b	Ninguna curva ◆	0
6	Perseveración ▲	0	19	Integración	0
			20	Perseveración ▲	0
	Figura 2			Figura 7	
7	Rotación	0	21 ^a	Desproporción	0
8	Integración ■	0	21b	Distorsión de la forma	
9	Perseveración ▲	0	22	Rotación	
			23	Integración	

	Figura 3			Figura 8	
10	Círculos por puntos	1	24	Distorsión de la forma	0
11	Rotación ▲	0	25	Rotación	0
12 ^a	Integración	0			
12 ^b	Línea continua ◆	0		Indicadores emocionales	
	Figura 4			Orden confuso	P
13	Rotación ◆	0		Línea ondulada■	0
14	Integración	1		Círculos sustituidos por rayas	0
				Aumento progresivo de tamaño	0
				Gran tamaño	
◆	Altamente significativa DN			Tamaño pequeño ☹	
■	Altamente significativa DN 6 años			Segunda tentativa ☹	0
▲	Altamente significativa DN 7 años			Expansión	0
■	Significativa de 5 a 7 años			Línea fina	0
☹	Significativa de 8 a 10 años			Repaso del dibujo	0

Errores:

Círculos por puntos: figura 1

Círculos por puntos: figura 3

Integración: figura 4

Círculos por puntos: figuras 5

Curvas sustituidas por ángulos: figura 6

Total de errores: 5

Nivel de madurez: Presentó un nivel 7-6 a 7-11 años

Desviación estándar: Primera dentro de un rango de 3.60

Interpretación:

Indicadores emocionales

Orden confuso: incapacidad para planear y organizar el material

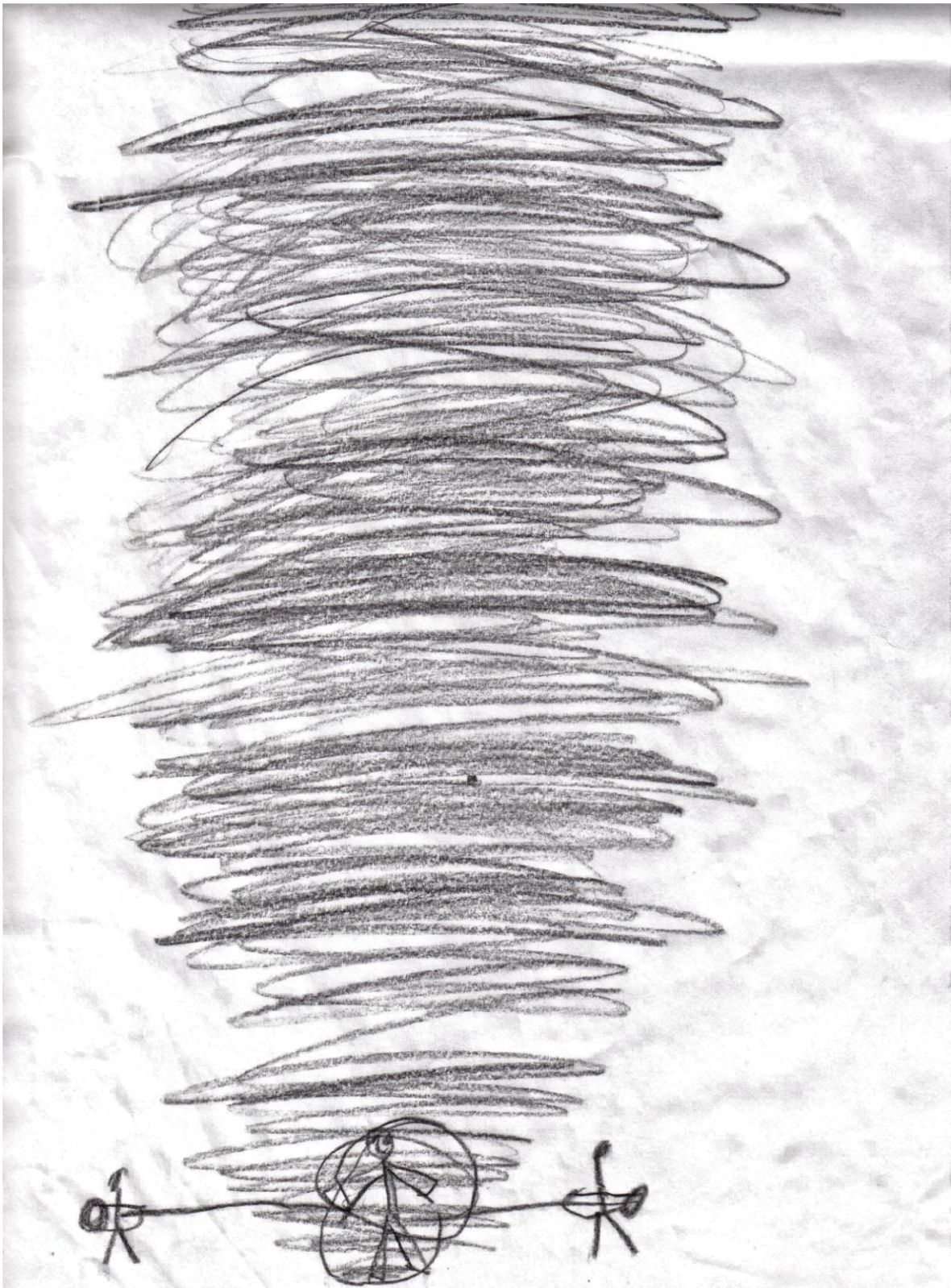
Círculos por puntos: niños inmaduros emocionalmente

Segunda tentativa: impulsividad y ansiedad

No se aprecia que exista un posible daño neurológico en A., sin embargo por sus dibujos en la mayoría de sus errores son el sustituir círculos por puntos lo que indica una capacidad deteriorada para dar respuestas que requieran de una coordinación fina en el trazo.

Por otro lado se considera que estos son indicadores de rasgos de inmadurez, así como la presencia de una desorganización en el orden de sus respuestas.

ANEXO 2. DIBUJOS DE A.



Dibujo 1. Fase de evaluación (realizado en la cuarta sesión de evaluación)

Este dibujo fue creado por A. el día 4 de Noviembre de 2008 para este momento el niño contaba con 8 años, esta era la cuarta sesión; dentro del encuadre se le había mencionado a A. que en algunas ocasiones él podía poner los juegos, pero que en otras sería yo el que le pidiera desempeñar ciertas actividades, en esta ocasión le mencioné que quería que me hiciera unos dibujos, la actitud del niño era muy desordenada, no prestaba atención, se movía demasiado y finalmente no pudo realizar el dibujo como se le pidió, sino que comenzó a contar una historia, misma que ahora procedo a citar:

A: *“Este soy yo (termina su primer dibujo en la parte central-baja de la hoja y comienza a dibujar la figura del lado izquierdo), esta es mi mamá (termina y dibuja la del lado derecho) y este es mi papá, tengo una barrera de protección, pero ellos me avientan un Kame-hame-ha, y se hace un remolino grande, grande, muy grande... (su trazo se vuelve más rápido y se nota cada vez más ansioso) y nos lleva a todos”.*

Como mencionan Esquivel, Heredia y Lucio (1999) se tomaron en cuenta los criterios de Koppitz postula para evaluar el nivel madurativo del niño y los aspectos emocionales que se consideraba afectaban en su dibujo. De acuerdo con estas autoras para evaluar el nivel madurativo primeramente se consideran los **indicadores esperados** en un niño de 8 años, los cuales son:

- Cabeza
- Ojos
- Nariz
- Boca
- Cuerpo
- Piernas (dos dimensiones)
- Brazos (dos dimensiones)
- Pies

Y como **indicadores excepcionales** mencionan:

- Fosas nasales
- Codos
- 2 labios
- Rodillas

El procedimiento consiste en otorgar una constante de 5 puntos y se le resta 1 punto por cada indicador esperado que no se encuentre, tomando en cuenta la figura donde menciona A. *“soy yo”* (que es la mejor elaborada), encontré cabeza (se mantienen los 5 puntos), ojos (5 puntos), Nariz (5 puntos), boca (5 puntos), cuerpo (5 puntos), piernas en dos dimensiones (5 puntos), sin embargo no hay brazos en dos dimensiones ni pies (5 puntos menos 2 puntos nos dan un total de 3 puntos totales).

Posteriormente a este total de indicadores esperados se les suman los excepcionales, si es que los hay, sin embargo en este caso no existe ninguno, por lo que la puntuación total de A. es de **3 puntos**, lo que equivale a un **nivel normal bajo**.

Análisis cualitativo

En el análisis cualitativo se considera que el niño plasmó a su familia por lo que se considera que en este aspecto la interpretación de la prueba de la familia de Louis Corman que mencionan Esquivel, Heredia y Lucio (1999) me brindaba un adecuado marco para la interpretación cualitativa.

Existen cuatro planos en base a los cuales se interpreta.

1. Plano gráfico
2. Plano de estructuras formales
3. Plano de contenido
4. Interpretación psicoanalítica

A continuación se desglosan cada uno de ellos.

Plano gráfico. Se relaciona con todo lo concerniente al trazo.

Fuerza del trazo. El trazo de A. es fuerte, lo que refiere pulsiones poderosas, violencia.

Amplitud. Las líneas de A. son trazadas con movimientos amplios, sobre todo en el “remolino”. Estas líneas indican fácil extraversión de las tendencias.

Plano estructural. En este caso se consideró que era de tipo sensorial lo que indica que es un niño sensible en relación al ambiente donde se desenvuelve. Más aún cuando consideramos que nos dice que sus padres le están arrojando un Kame-hame-ha y que esto genera un remolino que se los lleva a todos.

Plano del contenido o interpretación clínica. Corman considera que mediante este dibujo el niño puede representar su ambiente familiar a su modo. Lo que en general se aprecia en A. es una marcada disputa entre los padres donde él es el mediador, pero también el que resulta dañado, busca protegerse de alguna forma y coloca una barrera, pero la situación los rebasa y todos son llevados por un “remolino”.

Interpretación psicoanalítica. Para Corman es de vital importancia el conocer la situación en la que vive la familia para poder darle un significado pleno al dibujo. En el caso de A. se conoce el hecho de los problemas frecuentes entre los padres, debido a una situación de infidelidad, donde incluso los padres llegaron a los golpes, situación que presencié A., un dato relevante resulta ser el hecho que ante esta situación A. le gritaba a su papá (el cual estaba alcoholizado) que dejara de golpear a su mamá, que él no era así.

Los padres llegaron a este punto porque la mamá de A. descubrió unas fotos en las que aparece el padre de A. y otra mujer con una niña pequeña, además de otras fotos donde

aparecen los anteriormente citados en compañía de toda la familia del padre de A. La madre le pregunta al padre quien es esa mujer y esa niña, y el padre le responde que la niña es su hija de 6 años, la madre se molesta y empieza a recriminarle de manera frecuente al padre su infidelidad, el padre que habitualmente tomaba, llega una noche y ante los reclamos de la madre, empieza a golpearla.

El conocer estos hechos me permitió entender el estado emocional de A. en relación a las dificultades familiares que se presentan, sin embargo los graves problemas de conducta que ahora se reportan son el resultado de esta tendencia a extrovertir las tendencias, los rasgos violentos y poco controlados, que se suman al hecho de ser un niño sensible ante los factores de su medio y específicamente me refiero a la situación familiar, estos factores afectan el rendimiento conductual, emocional y maduracional de A., misma situación que se refleja al evaluar su dibujo mediante los indicadores de Koppitz y colocarlo en un **nivel normal bajo** como inicialmente se citó.

ANEXO 3

FROSTIG

Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (2da. edición)

Compuesto	Cociente	Percentiles	Equivalentes de edad
PVG	82	12	7-4
PMR	75	5	6-1
IVM	90	25	7-11

Tabla 2. Puntuaciones de los compuestos. En esta tabla se muestran las puntuaciones estandarizadas de cada uno de los compuestos (PVG, PMR, IVM) conocidas como cocientes, además de los percentiles y sus equivalentes de edad.

En suma su percepción visual general se encuentra por del promedio con relación a su grupo de edad, a excepción de su integración visomotora. Aunque debe resaltarse que sus resultados se encuentran ubicadas en un equivalente de edad menor a su edad cronológica (8 años 1 mes), lo cual nos indica que sus capacidades en general demuestran inmadurez en el desarrollo precepto-motor y le dificultan el desempeño en sus tareas. En un análisis mas exhaustivo, de acuerdo a la información encontrada después de la aplicación a A. del método de evaluación de la percepción visual de Frostig (2da. edición). Se encontraron los siguientes puntajes.

Subprueba	Puntuación cruda	Equivalente de edad	Percentil	PVG	PMR	IVM
Coordinación ojo-mano	125	5-2	2	4	-	4*
Posición en el espacio	14	5-7	5	5	5*	-
Copia	26	8-1	37	9	-	9
Figura fondo	7	3-11	2	4	4*	-
Relaciones espaciales	38	7-6	37	9	-	9
Cierre visual	5	4-8	2	4	4*	-
Velocidad visomotora	19	10-11	75	12	-	12
Constancia de forma	16	11-2	75	12	12	-

Tabla 1. **Puntuaciones estándar de las subpruebas.** En esta tabla se muestran los puntajes crudos, así como sus respectivas equivalencias en cuanto a edad, percentiles Percepción visual general (PVG), percepción visual con respuesta motriz reducida (PMR) e integración visomotora (IVM). Aquellas pruebas donde el rendimiento está por encima de lo esperado para su grupo de edad aparecen con (**), mientras que aquellas e las que se observan dificultades aparecen como *.

PERFIL FROSTIG

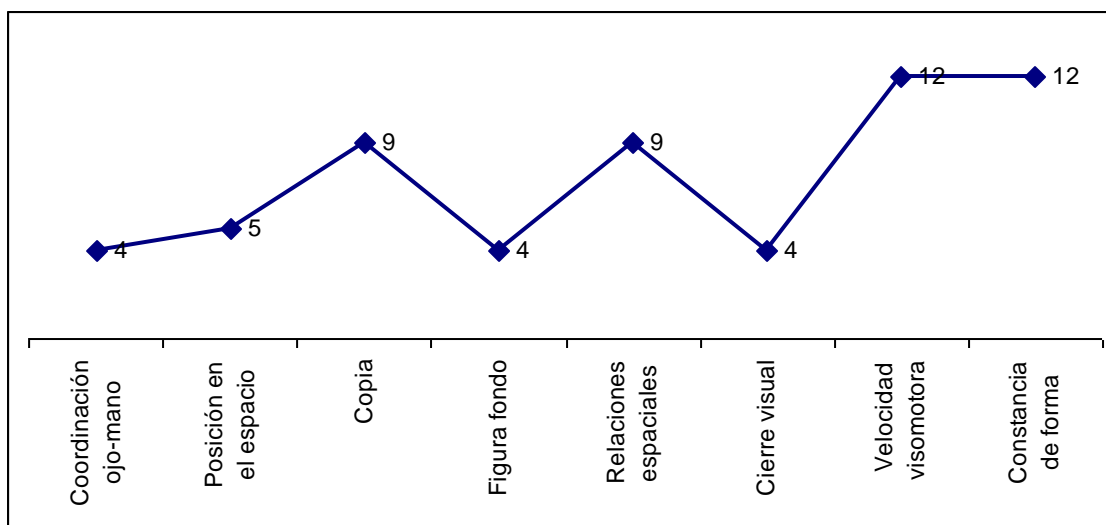


Fig. 1. **Puntuaciones estándar de las subescalas.**

Por los resultados presentados en cada una de las subpruebas se puede observar que A. se desempeña de manera no adecuada en comparación con su grupo de edad en gran parte de las tareas, como son: Coordinación ojo-mano, Posición en el espacio, Figura-fondo, Cierre visual.

Coordinación ojo-mano. La habilidad de A. para trazar líneas rectas o curvas con precisión esta afectada, de acuerdo con los límites visuales. Su capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo o de sus partes se puede ver dificultada, cuando corre, brinca o patea una pelota o salta un obstáculo pues sus ojos dirigen los movimientos de los pies. La ejecución uniforme de toda acción en cadena depende de la coordinación visomotriz adecuada, cuestión que en A. parece no presentarse.

Posición en el espacio. Se considera que la habilidad de A. para igualar dos formas de acuerdo con sus rasgos comunes no es la apropiada en comparación con su grupo de edad.

Puede definirse como la posición en el espacio como la relación que guarda un objeto en el espacio con respecto al observador. Especialmente, una persona siempre es el centro de su propio mundo y percibe los objetos que están situados por detrás, por arriba, por abajo o al lado de sí mismos. Esta percepción está estrechamente ligada con la imagen

corporal y con la lateralidad. Esto supone la capacidad del cuerpo de coordinar un lado con el otro. Para discriminar entre ambos, la direccionalidad, la organización y la temporalidad, todas estas cuestiones están muy limitadas en el desarrollo de A.

Figura-fondo. Figura fondo, mide la habilidad para ver figuras específicas cuando están ocultas en un fondo confuso y complejo, A. muestra puntuaciones bajas en esta escala en comparación con su grupo de edad por lo que puede enfrentar problemas en la lecto-escritura, tales como: saltarse renglones, omitir o confundir palabras, ignorar la puntuación, señalar palabras mientras está leyendo y dificultades para organizar el trabajo en general.

Cierre visual. Cierre visual. Mide la habilidad para reconocer una figura estímulo que ha sido dibujada de manera incompleta. En términos de la teoría de la Gestalt es un proceso psicológico en el cual cada una de las partes del todo es vista con una conexión con las otras partes. Este poder de integración depende de la organización e integridad del sistema nervioso y de todo el organismo. Las mismas partes pueden originar una nueva unidad si se relacionan en forma diferente. Por lo que A. parece no percibir adecuadamente los estímulos y concretarlos de manera acertada.

En síntesis se observa una gran cantidad de dificultades en el desarrollo precepto-motor de A. que sin duda pueden ir limitando cada vez más su desarrollo si es que estas dificultades no son atendidas.

ANEXO 4. WISC R ESPAÑOL

INTERPRETACION WISC

ESCALA	PUNTUACION NOMALIZADA	COEFICIENTE INTELECTUAL
ESCALA VERBAL	55	106
ESCALA DE EJECUCION	54	105
ESCALA TOTAL	109	105

Tabla 1. En esta tabla se muestran las puntuaciones normalizadas y su respectivo valor en coeficiente intelectual.

PERFIL DE LAS ESCALAS VERBAL, DE EJECUCION Y TOTAL

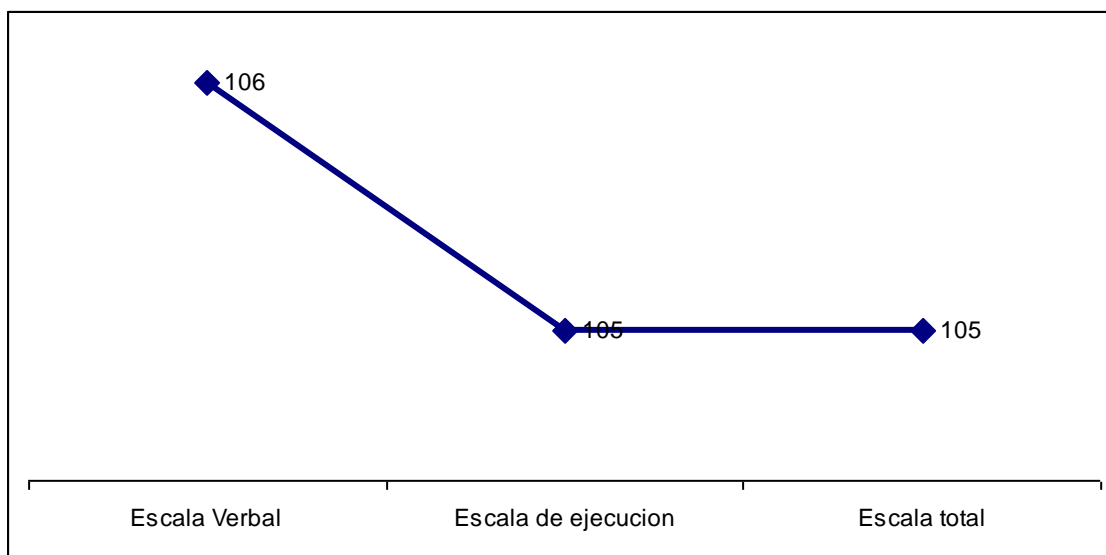


Fig 1. En esta figura se muestra el perfil de las escalas verbal, de ejecución y total.

Como se puede apreciar los coeficientes intelectuales de A. se encuentran dentro de la media 106 en Verbal, 105 en la escala de ejecución; estas escalas combinadas arrojan un coeficiente intelectual total de 105 (Puntuaciones entre 90 y 110 se ubican dentro de la media), por lo que no se observan problemas en cuanto a la comparación con su grupo de edad, sin embargo es interesante observar las puntuaciones normalizadas en las escalas verbal y de ejecución, pues hay algunas escalas donde se muestran ventajas y desventajas.

ESCALA VERBAL

SUBESCALA	PUNTUACION NATURAL	PINTUACION NORMALIZADA
Información	5	3**
Semejanzas	11	11
Aritmética	9	9
Vocabulario	25	11
Comprensión	14	11
Retención de dígitos	10	10

Tabla 2. En esta tabla se muestran las puntuaciones naturales de la escala verbal y su transformación a puntuaciones normalizadas. Las puntuaciones * demuestran habilidades superiores en las subescalas marcadas. Las puntuaciones ** demuestran deficiencias en las subescalas marcadas.

PERFIL DE LA ESCALA VERBAL

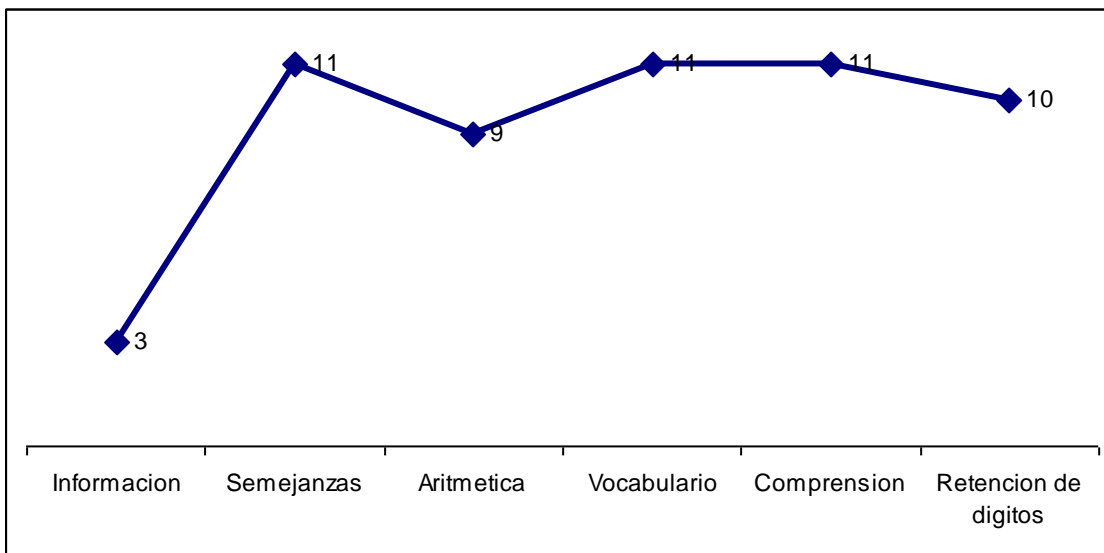


Fig. 2. En esta figura se muestra el perfil de la escala verbal

Los datos anteriores permiten observar un problema en la subescala de Información pues esta se encuentra ubicada muy por debajo de la media escalar que es de 10 en comparación a su grupo de edad, con una diferencia de -7, por lo que se puede apreciar que A. ha tomado del medio poca cantidad de información, muestra hostilidad hacia algunas tareas de tipo escolar, presenta baja motivación al logro, tendencia a renunciar

fácilmente a sus tareas y el fracaso puede darse a través de una respuesta poca elaborada o con una respuesta poco congruente. Además los intereses y lecturas del sujeto, el aprendizaje escolar y el nivel sociocultural están por debajo de lo esperado para su edad.

El resto de las escalas se encuentran dentro de la normalidad en comparación a su grupo (10 es la media en cuanto al grupo de edad) de edad y en cuanto a sus propias (9.8 es la media de sus propias capacidades) habilidades, por lo que no se considera que existan ventajas ni desventajas (diferencias de ± 3) en el resto de las subescalas.

ESCALA DE EJECUCIÓN

SUBESCALA	PUNTUACION NATURAL	PINTUACION NORMALIZADA
Figuras incompletas	7	5**
Ordenación de dibujos	22	11
Diseño con cubos	34	15*
Composición de objetos	22	12

Tabla 3. En esta tabla se muestran las puntuaciones naturales de la escala de ejecución y su transformación a puntuaciones normalizadas. Las puntuaciones * demuestran habilidades superiores en las subescalas marcadas. Las puntuaciones ** demuestran deficiencias en las subescalas marcadas.

PERFIL DE LA ESCALA DE EJECUCIÓN

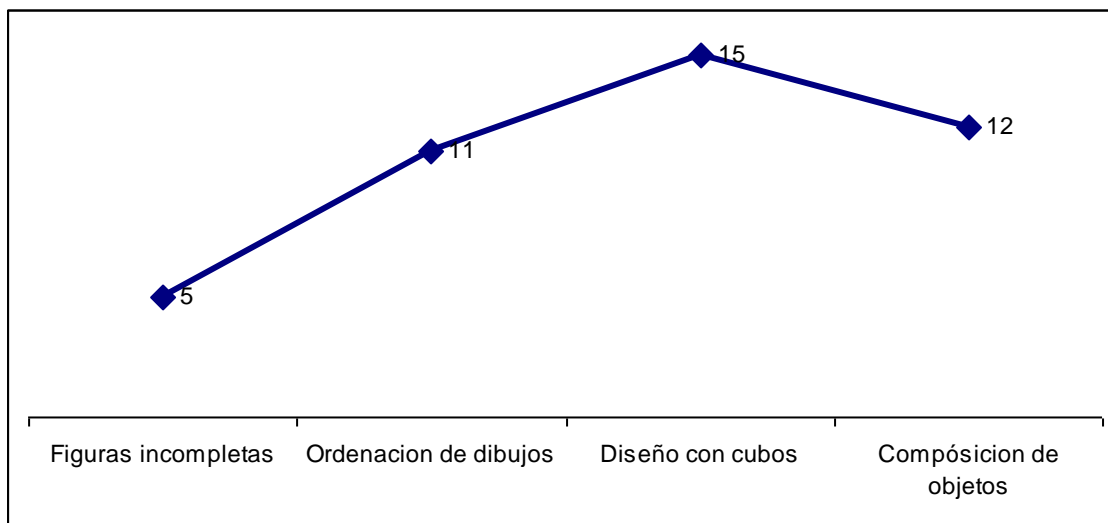


Fig. 3. En esta figura se muestra el perfil de la escala de ejecución.

Al observar las puntuaciones de A. en las diferentes subescalas se puede apreciar ventajas en una subescala y desventajas en otra. A saber.

- Figuras incompletas. Que mide organización perceptual, identificación visual de objetos, identificación de características esenciales, capacidad de observación, identificación de objetos familiares (reconocimiento visual), concentración en el material percibido visualmente, razonamiento, organización, cierre y memoria visual. En el desempeño de esta subprueba puede ayudar para identificar como influye la habilidad para responder a lo incierto.

Puntuaciones bajas. Pueden indicar Ansiedad que afecta la atención y la concentración, preocupación por los detalles irrelevantes, actitud negativa, (el niño repite nada le falta).

- Diseño con cubos. Mide organización perceptual, capacidad de análisis y síntesis, coordinación vasomotora, visualización espacial, habilidad para formar conceptos abstractos, así como la velocidad del procesamiento mental y la capacidad de aprendizaje por ensayo error. Es la subprueba más estable de la escala de ejecución. Las dificultades percepto-visuales y el trabajo bajo presión pueden influir en el desempeño en esta subprueba.

Puntuaciones altas.

Buena integración visomotora y espacial, habilidad para formar conceptos, buena orientación espacial; junto con velocidad, exactitud y persistencia, capacidad para analizar y sintetizar.

Indican también velocidad y exactitud para evaluar un problema, una adecuada coordinación ojo-mano, buena capacidad de razonamiento no verbal, así como métodos de ensayo y error adecuados.

Por lo analizado anteriormente se puede concluir que A. es capaz de responder de manera acertada, sin embargo cuando estas interrogantes superan las habilidades que están dentro de su alcance en tiende a presentar ansiedad, impulsividad y perder el control e sus respuestas.

ANEXO 5. ALIANZA COLABORATIVA



Sesión 13 (3 de Febrero de 2009)

Procedimiento/ desarrollo de la sesión/temática

En esta sesión A. llega con su PSP, al subir por ellos a la sala de espera, su mamá le dice *“ya, te está esperando Samuel”*. El parece muy concentrado en el juego, voltea me mira y me dice *“oye Samuel podría pasar con mi PSP, es que hay unas cosas que te quiero enseñar”*, su mamá responde *“no, no puedes pasar con eso, porque tienes que trabajar”*, sonrió a ambos y le digo a A. *“podemos pasar con tu PSP, y que me enseñes las cosas que quieres enseñarme, ¿te parece si la primera parte de la sesión hacemos eso y después jugamos algo más?”*, el sonrío y me dice emocionado *“sí, si vamos”*.

Al entrar a la sala de juegos, él le quita la pausa a su juego y sigue jugando, hay una mesa en medio y me pregunta, *“¿me puedo pasar del lado que tu estas, para que veas como juego?”*, le contesto *“sí”*, se pasa me enseña cómo juega y su actitud es relajada y concentrada en el juego, por un momento interrumpe su juego, voltea a mirar el escenario y dice, *“desde aquí se ve diferente”*, le pregunto *“¿diferente?”*, contesta *“sí, como tú ves las cosas”*, yo le digo *“cierto yo casi siempre estoy de este lado y tú del otro”*, sigue con su juego, la sesión es muy silenciosa y ya lleva casi 15 minutos jugando, sólo me cuenta de los poderes que hacen sus personajes, tiempo después se regresa a su lugar, me dice *“pásate ahora tu para acá, para que veas las cosas como yo las veo”*, sonrió y le digo *“me gustaría”*, me cambio a un lugar al lado de él y el continua con su juego, comienza a enseñarme muchas fotos, de “Dragon Ball”, “Saske”, “Sakura”, “Lee” y “Naruto”, fotos donde caminan, sonrían y demás.

Posteriormente apaga su PSP y me dice ahora quiero dibujar. El dibujo que realiza es uno donde aparecen dos figuras que se toman de las manos en una actitud sonriente, después me dice, *“estos somos tú y yo Samuel”*, les pone nuestros nombres y me dice *“eres mi psicólogo, pero también eres mi amigo”*. Le pregunto si puedo conservar su dibujo y me dice que sí, que le gustaría, le digo que al final él lo quiere se lo puede llevar. Me dice que sí, en general la sesión continua con un juego de muñecos, mucho más relajado en sus movimientos y en la agresión que los personajes despliegan.

Al final al salir, pasa a una sala de lectura y ve una caja forrada con hojas, un portapapeles, me dice *“Samuel podemos hacer una así para mis dibujos”*, le digo que sí y al salir, me parece una buena idea pedirle a la madre el material para la realización del portapapeles. A. lleva a la madre a la sala de lectura y le dice *“una como esa mamá”*, la mamá observa el material y le dice, *“bueno al rato buscamos el material en la papelería”*. Nos despedimos y él me dice *“gracias Samuel”* y se despide de mano.

Análisis de la sesión

1. Aspecto y actitud del paciente.

La sesión con A. hoy fue muy tranquila, silenciosa, con un niño sumamente relajado, concentrado en las tareas de juego, con la capacidad de observar las cosas desde diferentes perspectivas (cuando mira el escenario, voltea y me dice que desde ahí las cosas se ven diferentes), después regresa al lugar donde él normalmente está y me pide que me coloque a su lado. Utiliza el dibujo para transmitir una emoción y la relación terapéutica, que en este aspecto se evalúa como una buena relación terapéutica. Despliega un juego donde juega con una agresión muy regulada. Al final expresa que quiere un lugar para sus dibujos y lo pide asertivamente.

2. Actitud del terapeuta.

En esta sesión traté de mostrarme reflexivo ante las necesidades de A., atendiendo sus demandas de cambiarme de lugar, guiando con preguntas a que él supiera cuál era el motivo de sus deseos de cambiarse de lugar. Guardando silencio ante su concentración, que encuentro en este silencio la posibilidad de escuchar sus pensamientos y dirigirlos hacia metas productivas.

3. Verbalizaciones del paciente acerca de las principales inquietudes que quisiera tratar en el proceso terapéutico.

En esta sesión A. puede verbalizar sus deseos de una manera asertiva, es capaz de mantenerse controlado mientras hace una solicitud y esta es planteada de una manera eficaz, ante ello seguro más adelante será capaz de plantear sus necesidades de esta misma manera. Esto se demuestra en la siguiente frase.

“oye Samuel podría pasar con mi PSP, es que hay unas cosas que te quiero enseñar”

Intercambia lugares y al mencionar las frases abajo citadas, se nota que es capaz de analizar las cosas desde diferentes perspectivas, además nuevamente realiza una solicitud de manera adecuada.

“desde aquí se ve diferente”, “pásate ahora tu para acá, para que veas las cosas como yo las veo”.

En esta frase y mediante el dibujo realizado se puede distinguir además que la alianza colaborativa en terapia se ha visto muy fortalecida.

“estos somos tú y yo Samuel”

4. Alternativas terapéuticas que promueve el terapeuta y técnicas utilizadas.

Utilicé el dialogo reflexivo, ya que a pesar de la edad de A. se ha mostrado con los suficientes recursos verbales para establecer un dialogo de esta naturaleza y más aún el

obtener habilidades a partir de conectar las emociones, con sus pensamientos y sus conductas.

5. Recursos del paciente

Sus recursos cognitivos que le ayudan a entender el origen de sus emociones y lo refleja en conductas asertivas.

6. Cierre de la sesión

La sesión termina en el momento en que A. Pide a su madre que se realice un portapapeles para que guarde sus dibujos, en este sentido en ese momento se me ocurrió que sería una buena idea que tanto madre como hijo lo diseñen en una sesión conjunta.

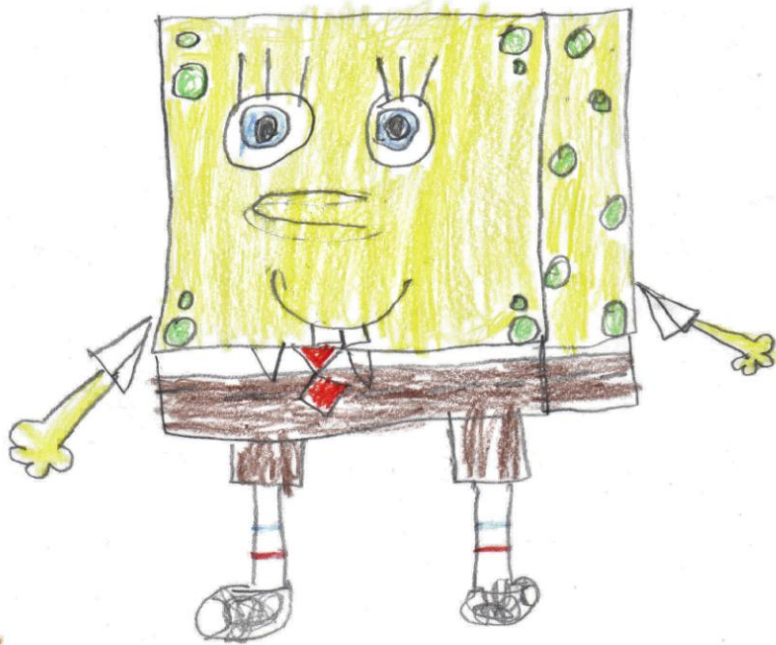
7. Reflexiones

Al respecto de la idea de incluir tanto a madre como hijo en una sesión donde diseñen un portapapeles para A., en este momento se me ocurre que dada la alianza colaborativa que el niño tiene conmigo, dados la disposición y la capacidad que tiene la madre para entrar en las sesiones y colaborar activamente con el niño, la terapia filial pudiera ser una opción adecuada para brindar un cierre eficaz, donde tanto la madre como el hijo mejoren su relación y sea ella quien a futuro cuente con los herramientas necesarias para ayudar a A. a afrontar y resolver sus problemáticas.

ANEXO 6. DIBUJOS DE LA CAJA DE LOS RECUERDOS DE A. EN
SESIONES DE TERAPIA FILIAL

Caballero vs monstruo





7

En la primera sesión en que se incluyen a A. y a su mamá en terapia filial (es decir después de la fase de preparando a la madre), ellos traen el material para diseñar el portapapeles. Este material incluye, una caja de cereal vacía en tamaño grande, tijeras, diurex, papel para forrar.

La madre comienza dando indicaciones, A. le quita las tijeras y le dice *“yo déjame hacerlo a mi mamá”*, sin embargo se equivoca hace un mal corte y voltea a mirar a la madre, esta le dice *“ya ves, es por eso que las cosas se hacen con calma”*, toma las tijeras y le dice *“mira, se hace así”*, elabora un corte diagonal a la caja y le dice *“ahora tu haz lo mismo del otro lado”*, se le nota un tono muy calmado, le digo *“eres hábil para diseñar estas cosas”*, me contesta *“siempre me ha gustado forrar cuadernos desde que era chiquita, así cuando tenemos que forrar los de A. nos la pasamos toda la tarde, a él también le gusta”*, el niño nos mira alternadamente y sonrío mientras continua con su corte, termina y le dice a la mamá, *“ya termine, y ahora”*, la madre toma las tijeras y nuevamente le pide que la observe, para que él repita el procedimiento del otro lado, termina y le cede las tijeras, el niño las toma y se enfoca en la tarea, les digo *“pues sí, se ve que es una tarea que disfrutan ambos”*, se miran y se sonríen, terminan de diseñar la caja y les pido que le den un nombre, primero variaron entre si fuera baúl o caja, A. quería que se llamara *“baúl de los recuerdos del tío Paco”*, sin embargo lo modifican pues a la madre le complace mas la idea de caja, A. finalmente acepta que se la caja de los recuerdos y los dos coinciden en que debe llevar el nombre de A. al final. De esta forma la caja queda constituida como *“la caja de recuerdos de A.”* y el material que se diseñe entrara en esa caja además de llevar un numero para que ambos recuerden en qué momento los realizaron.

Estos dibujos son realizados por el niño y la madre en diferentes sesiones, los números que aparecen nos indica el momento en que fueron creados, se observa un avance en todos los aspectos de A. y de la madre también mencionar lo mucho que le ha ayudado en este proceso. A. finalmente puede integrar sus emociones y es capaz de transmitirle a su madre lo mucho que le importa y la aprecia, diciendo, *“mi mamá sabe hacer muchas cosas, ella me enseña a hacer cosas nuevas”* y *“te quiero mucho mamá”* y la madre por su parte responde, con *“te quiero mucho”* y le brinda abrazos que le demuestran al niño lo mucho que le importa.