



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN EDAD PREESCOLAR PARA LA ATENCIÓN
DE SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZADA

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

PRESENTA:
ANA METZLI LÓPEZ ALONSO

TUTOR
MTRA: ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ TUTORIAL
DRA. MARÍA TERESA MONJARÁS RODRÍGUEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA: ROSALINDA LOZADA GARCÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA,
UNAM

DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, DICIEMBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A Tona, a Saúl y a Mayté

A mis papás, a mi familia

A la UNAM, a la facultad de psicología, al programa de posgrado y a CONACYT

A mis maestras, a la Dra. Emilia Lucio, a la Mtra. Rocío Nuricumbo, a la Dra. Teresa Monjarás, a la Dra. Edith Romero, a la Dra. Fayne Esquivel, a la Mtra. Verónica Ruiz, por sus enseñanzas, su compañía y apoyo invaluable.

A mis compañeros, amigos y hermanos que hice en estos dos años, por sus abrazos cálidos y de confort, por ser parte de este camino de aprendizaje.

A Gisela, que significa: “aquella que es fuerte”, por enseñarme a luchar y a convertirme en princesa junto a ella. A los padres de Gisela, por la confianza.

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
CAPITULO 1	9
Desarrollo en la etapa preescolar (infancia temprana)	9
1.1 Área biológica	14
1.2 Área cognitiva	18
1.3 Área socio-afectiva	24
CAPITULO 2	35
Problemas externalizados	35
2.1 Factores de riesgo	40
2.2 Comportamiento disruptivo y agresión	47
2.3 Problemas de control de impulsos	48
2.4 Oposicionismo y desafío de autoridad	49
CAPITULO 3	51
Psicoterapia integrativa	51
3.1. Tipos de integración	57
3.2. Psicoterapia integrativa supraparadigmática	60
3.2.1 Paradigmas y sistema self	63
CAPITULO 4	68
Método	68
4.1 Justificación	68
4.2 Pregunta clínica	69
4.3 Objetivos	69
4.4 Tipo de estudio	70
4.5 Definición de las unidades de análisis	70
4.6 Participante	71
4.7 Escenario	72
4.8 Procedimiento	72
CAPITULO 5	74
Presentación de caso clínico	74
5.1 Evaluación	81
5.2 Intervención	87

Fase inicial	95
Fase intermedia	101
Fase final	107
5.3 Post-tratamiento, resultados y seguimientos	110
CAPITULO 6	116
Discusión y conclusiones	116
Referencias.....	127
Anexos.....	138

Resumen

La psicopatología del desarrollo proporciona una visión multidisciplinaria de la interacción de aspectos contextuales, biológicos, psicológicos y sociales que conllevan al desarrollo normal o anormal a lo largo de la vida (Cicchetti, 2016). Asimismo, la psicoterapia integrativa supraparadigmática explora e integra conocimientos centrales del funcionamiento humano desde seis paradigmas: biológico, afectivo, inconsciente, ambiental / conductual, sistémico y cognitivo (Opazo, 2004) con el objetivo de intervenir en problemas psicológicos de manera integral (Drewe, Bratton, & Schaefer, 2011). Los problemas externalizados en la primera infancia representan un motivo común de consulta, que de no ser tratados repercuten en el desarrollo de psicopatología en edades posteriores. Se presenta un estudio de caso de una niña en edad preescolar que presentaba síntomas externalizantes: comportamiento disruptivo, oposicionismo, desafío a la autoridad, impulsividad y agresividad en al menos tres escenarios: escuela, hogar y zonas recreativas, el cual se trabajó desde la psicoterapia integrativa supraparadigmática. El objetivo es evaluar el efecto de la psicoterapia integrativa supraparadigmática en el funcionamiento del sistema del self de la menor. Para la intervención, se diseñó una propuesta acorde a las necesidades de la paciente, que incluyó aspectos centrales de cada paradigma. El proceso psicoterapéutico incluyó un proceso de evaluación, un proceso de intervención y un proceso de post evaluación y seguimiento. Los resultados muestran la extinción de la conducta externalizada y un funcionamiento adecuado del sistema del self desde sus seis funciones: toma de conciencia, identidad, significación, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida.

Palabras clave: psicoterapia integrativa, preescolar, psicopatología del desarrollo, problemas externalizados

Abstract

Developmental psychopathology provides a multidisciplinary view of the interaction of contextual, biological, psychological and social aspects that lead to normal or abnormal development throughout life (Cicchetti, 2016). Likewise, supraparadigmatic integrative psychotherapy explores and integrates central knowledge of human functioning from six paradigms: biological, affective, unconscious, environmental / behavioral, systemic and cognitive (Opazo, 2004) with the aim of intervening in psychological problems in an integral way (Drewe, Bratton, & Schaefer, 2011). Externalized problems in early childhood represent a common reason for consultation, which if not treated have repercussions on the development of psychopathology in later ages. A case study of a preschool-age girl with externalizing symptoms is presented: disruptive behavior, oppositionism, defiance of authority, impulsivity and aggressiveness in at least three settings: school, home and recreational areas, which was worked from psychotherapy integrative supraparadigmatic. The objective is to evaluate the effect of supra-paradigmatic integrative psychotherapy on the functioning of the child's self system. For the intervention, a proposal was designed according to the patient's needs, which included central aspects of each paradigm. The psychotherapeutic process included an evaluation process, an intervention process, and a post-evaluation and follow-up process. The results show the extinction of externalized behavior and an adequate functioning of the self system from its six functions: awareness, identity, significance, self-organization, search for meaning and life management.

Palabras clave: integrative psychotherapy, preschool, developmental psychopathology, externalizing problems

Introducción

El quehacer de la psicoterapia infantil está orientado al logro del desarrollo integral del niño y del adolescente, fomentando el bienestar psicológico y el desarrollo de habilidades personales que permitan al paciente desenvolverse de manera flexible, tanto en su mundo interno como el externo.

Específicamente en el ámbito de los problemas externalizados, el terapeuta se enfrenta a las conductas disruptivas del niño, que se relaciona frecuentemente con un sistema familiar caracterizado de violencia y un contexto negativo que excluye y etiqueta al niño como un niño problema. Lo cual requiere de un trabajo integral que incluya no sólo al niño, sino también al contexto para generar cambios significativos y disminuir el sufrimiento psíquico.

En el presente reporte se muestra el trabajo psicoterapéutico llevado a cabo con una paciente de edad preescolar con conductas externalizadas, intervenido desde la psicoterapia integrativa, específicamente desde el modelo integrativo supraparadigmático, que se llevó a cabo durante la labor de residencia de la maestría en psicoterapia infantil.

En el primer capítulo se presentan datos relevantes acerca del desarrollo normoevolutivo en la etapa preescolar, así como los elementos contextuales y de satisfacción de necesidades que permiten un desarrollo acorde al grupo de edad. En cuanto al desarrollo normoevolutivo, se consideran aspectos del área biológica, tales como cambios físicos y estructurales del sistema nervioso, capacidades motoras e influencias de los aspectos genéticos en el temperamento; aspectos del área cognitiva como características del pensamiento, aprendizaje, atención, funciones ejecutivas, lenguaje, entre otras; y del área socio afectiva como apego, desarrollo moral, afrontamiento, autoconcepto, autoestima, etc.

En el segundo capítulo se abordan las características de los problemas externalizados, para ello se inicia con la argumentación de la importancia de la psicopatología del desarrollo en el ámbito clínico con niños, los distintos tipos de clasificación psicopatológica y finalmente, las particularidades del comportamiento disruptivo, colocando la agresión, el oposicionismo y el desafío de autoridad como aspectos más representativos.

En el capítulo tres, se plantean las características de la psicoterapia integrativa, se hace un breve recorrido histórico, se mencionan los tipos de integración y el modelo implementado para

comprender el caso que se expone en este documento (modelo de psicoterapia integrativa supraparadigmática), con sus postulados básicos y la descripción de los términos utilizados en este modelo, como los paradigmas y el sistema self desde sus seis funciones.

En el capítulo cuatro, se presenta el método utilizado.

Posteriormente, a lo largo del quinto capítulo se presenta el caso clínico: el motivo de consulta, el genograma, las características de comportamiento, datos relevantes del desarrollo y la interpretación de los instrumentos y técnicas de evaluación aplicados. Se describe el periodo de evaluación, se muestran los resultados de acuerdo con el funcionamiento del sistema self, y se describe el trabajo de las tres fases de intervención, con sesiones representativas del trabajo considerando los paradigmas abordados; también se presentan los resultados e interpretaciones de los instrumentos y técnicas aplicados en el periodo de post evaluación, y el contenido principal de los seguimientos post tratamiento.

En el capítulo seis, se exponen los resultados expresados desde las seis funciones del sistema self y en el capítulo siete se presenta la discusión y conclusiones del presente trabajo.

CAPITULO 1

Desarrollo en la etapa preescolar (infancia temprana)

El desarrollo es un proceso de cambio continuo y subsecuente, que se origina desde el periodo de gestación e implica procesos de crecimiento y maduración naturales; durante este proceso la relación adulto-niño constituye un factor esencial de evolución y transformación de estructuras y funciones (Gesell, 2006).

La infancia/niñez temprana o etapa preescolar, tiene su inicio a los 3 años de edad y culmina alrededor de los 6 años, en esta etapa se suscitan pautas de desarrollo en las áreas biosocial, cognitiva y psicosocial; pues los niños adquieren un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico, además de adentrarse en los roles de género y la socialización (Berger, 2016; Monjarás, 2018; Rice, 1997; Simón, López & Linaza, 2000). Debido a que el desarrollo es subsecuente, el niño requiere de cierto nivel de madurez y crecimiento previo (0-3 años), para llevar a cabo las tareas de desarrollo propias a la etapa preescolar.

El desarrollo no depende sólo del niño sino también se ve influenciado por las interconexiones y la organización de los contextos, los cuales de acuerdo a la estructura del ambiente ecológico de Bronfenbrenner (1987), se dividen en cuatro:

- **Microsistema:** Es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. Los entornos del microsistema son lugares en los que la persona en desarrollo interactúa cara a cara, como el hogar, la guardería, el campo de juego, etc. Los componentes del microsistema son: la actividad, el rol, la relación interpersonal.
- **Mesosistema:** Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, como las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares en el barrio. Un mesosistema es considerado un sistema de microsistemas que se amplía cuando la persona en desarrollo entra en un nuevo entorno.

- Exosistema: se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurren en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno. Algunos ejemplos de exosistemas son: el lugar de trabajo de los padres, la clase a la que asiste un hermano mayor, el círculo de amigos de sus padres, las actividades del consejo escolar del barrio, etc.

- Macrosistema: Se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso y exo), al nivel de subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias. Por ejemplo una sociedad determinada, grupos socio-económicos, étnicos, religiosos, etc.

De esta forma, la ecología del desarrollo humano considera una relación bidireccional entre la persona en desarrollo y su ambiente, de tal forma que la persona tiene un papel activo frente a las propiedades cambiantes de los entornos, y ambos se influyen mutua y recíprocamente en un dinamismo constante.

Bajo esta perspectiva, el desarrollo infantil responde a características personales del niño y su interacción con el medio en el que se desenvuelve, el cual se encarga de estimular y satisfacer necesidades básicas acorde a la edad. Doménench-Llaberia y Ballabriga (1998), indican que la esfera principal es la familia, pues para que los niños adquieran habilidades sociales y morales se requiere de buena calidad en la relación padres-hijos.

Simón, et al. (2000), explican que las necesidades de los niños deben ser entendidas y atendidas; hechos como jugar y sentirse protegidos contra riesgos y miedos reales e imaginarios son imprescindibles para su desarrollo cognitivo, emocional y social; a los niños se les debe permitir la manipulación de objetos, la exploración de ambientes y la interacción con diversas personas, guiando la estimulación física y social, salvaguardando siempre su integridad y reduciendo los riesgos del entorno. Para optimizar el desarrollo socioemocional, lo ideal es que los niños puedan sentirse emocionalmente seguros en la interacción con sus figuras de apego,

contar con una red de relaciones sociales adecuadas a cada edad, y tener la oportunidad de participar y lograr autonomía progresiva.

De acuerdo con Barudy y Dantagnan (2005), los niños tienen necesidades fundamentales, que en la medida que se satisfagan propiciarán el bienestar y el desarrollo del niño, dichas necesidades responden a acciones no solamente de los padres o cuidadores principales, sino de la sociedad-comunidad adulta que responde colectivamente para asegurar el derecho a la vida y el óptimo desarrollo de todos los niños.

Dividen las necesidades en 4 principales, las fisiológicas, afectivas, cognitivas y sociales:

➤ Fisiológicas: Estas necesidades incluyen cosas básicas que todos los seres humanos requieren: existir y permanecer vivo y con buena salud, recibir comida en cantidad y calidad suficientes, vivir en condiciones adecuadas, estar protegido de los problemas reales que pueden amenazar su integridad, disponer de asistencia médica y vivir en un ambiente que permita una actividad física sana, sin embargo, como indican los autores, dichas condiciones en realidad no han sido cubiertas en gran parte del mundo, debido a cuestiones como las guerras, la pobreza, los conflictos políticos, sociales y económicos, etc.

➤ Afectivas: Son aquellas necesidades cubiertas por un contexto de seguridad emocional, donde los niños pueden vincularse con sus padres y/o familiares desarrollando un sentimiento de pertenencia y aceptación. A medida que los niños reciben afecto serán capaces de aportarlo a los demás y transportarlo a dinámicas sociales, al respecto. La esfera afectiva se compone de tres elementos:

- a) Necesidad de vínculos: Los niños requieren de vínculos profundos con sus cuidadores, que formen la base de seguridad y apego sano para la formación de los sentimientos de origen, aceptación y familiaridad.
- b) Necesidad de aceptación: Es dado por el ambiente próximo y significativo, por medio de gestos y palabras que confirman al niño que es una persona aceptada incondicionalmente y digna de confianza en sus propias capacidades, para ello

los adultos deben ser capaces de reproducir estos mensajes de ternura y cuidado, de una manera equilibrada para no crear una relación fusional exagerada donde el niño no pueda diferenciarse del otro.

- c) Necesidad de ser importante para el otro: Para los niños es una necesidad el ser importante al menos para un adulto, referente a esta situación, generalmente los padres tienen un proyecto para la vida de sus hijos, que en ocasiones puede originar un cúmulo de tensiones por sobrecarga, contradicción o traición, por ello desde el buen trato se requiere delegar el proyecto parental para que la vida del niño adquiera una dirección y un sentido desde los derechos y obligaciones, cuna del desarrollo del proyecto personal del niño.

➤ Cognitivas: Los niños tienen una necesidad innata de comprender y encontrar sentido al mundo donde viven, para adaptarse y formarse; es por ello que el desarrollo cognitivo del niño va de la mano con un ambiente capaz de ofrecerle interacciones estimulantes que le ayuden a desarrollar sus órganos sensoriales, su percepción, memoria, atención, lenguaje, pensamiento lógico, etc. Otra función que favorece el desarrollo cognitivo es que los adultos proporcionen las condiciones para que el niño conozca su realidad y se sienta perteneciente a la misma; lo cual se produce a través de los siguientes aspectos:

- a) Estimulación: Se refiere a la forma en que los adultos fomentan la curiosidad por lo que sucede alrededor, con el fin de motivarlo a explorar el mundo. Cuando la estimulación es baja, como en casos de abuso infantil se observan problemas en la esfera cognitiva, y cuando la estimulación es muy alta, en casos de sobre exigencia se observan altos niveles de ansiedad y estrés en niños.
- b) Experimentación: Es una necesidad intensa, que permite que los niños aprendan a relacionarse con el medio. La necesidad de experimentación debe ser mantenida y fomentada por los adultos, favoreciendo la incorporación de nuevas experiencias a manera que el niño pueda sentir libertad y seguridad personal; la

satisfacción de las necesidades de experimentación está fuertemente vinculada con las necesidades de apego, pues los niños exploran su entorno a partir de la seguridad proporcionada por sus figuras de apego.

- c) Refuerzo: Los niños requieren que los adultos significativos valoren sus logros y reconozcan sus avances, que manifiesten su alegría y apoyo por sus esfuerzos para crecer y adoptar nuevos conocimientos. El refuerzo es más que dar un premio ante una situación socialmente aceptada, es una labor de información que retroalimenta a los niños sobre el impacto de sus conductas y palabras; este reconocimiento en palabras y gestos alientan a los niños a reconocer sus propias capacidades y las de otros.

➤ Sociales: Los seres humanos somos sociales por naturaleza, requerimos del apoyo y la protección social, así como sentirnos parte de la comunidad; para que los niños puedan participar activamente en los grupos sociales requieren aprender de los adultos las dinámicas relacionales del entorno social, así como desarrollar su autonomía y la confianza en sus propias habilidades para aceptar y cumplir reglas que aseguran el respeto de toda persona, incluyéndose a sí mismos. Los adultos tienen la tarea de proporcionar satisfacción a tres necesidades sociales básicas:

- a) Comunicación: A través de diferentes tipos de conversación y comunicación los niños se sienten reconocidos como parte del sistema social (empezando por la familia), conforman su historia bajo el contexto social y cultural al que pertenecen, definen su lugar como persona y la importancia de su existencia.
- b) Consideración: Para que los niños formen parte activa de la sociedad es necesario que se les reconozca como personas con méritos, competencias específicas y dignidad, elementos con valor para la sociedad. Es importante recordar siempre que los niños son personas completas, con derechos y que merecen el respeto, la consideración y el reconocimiento proveniente del mundo adulto.

- c) Estructuras: Los niños requieren de estructuras sociales que les permita aprender a comportarse de acuerdo con las normas de su cultura, tienen derecho a ser educados y apoyados por sus semejantes, así como a revelarse cuando las reglas son injustas y no se basan en el derecho a la vida e integridad de todos, de tal forma que los niños aprendan a regular sus emociones, deseos, comportamientos y frustraciones.

Los valores permiten a las personas en general ser parte de una cultura, la transmisión de valores de padres a hijos se da con la experiencia de vida, al garantizar el respeto de todos, la solidaridad y la tolerancia; bajo un modelo de educación bien tratante se prioriza el respeto a la vida y los derechos humanos de todos, sin violencia, que lleva a los niños a hacerse responsables de sus propios actos, interiorizar las normas sociales e incluso sentirse orgullosos, dignos y confiados de los adultos de su comunidad.

A continuación se presentan datos del desarrollo infantil, específicamente aquellos que se logran hacia la etapa preescolar, del área biológica, cognitiva y socio-afectiva.

1.1 Área biológica

Durante la etapa preescolar, los cambios corporales ocurren de manera proporcional en cuanto al aumento de estatura y peso, los niños adquieren proporciones físicas similares a las de un adulto y el centro de gravedad se mueve desde el esternón hacia el ombligo, lo que permite habilidades motoras (Pérez & Navarro, 2012).

Las estructuras del sistema nervioso central, la proliferación de las redes neuronales y la mielinización continúan: se establecen conexiones que permiten la laterización del cerebro en hemisferios, lo que permite una mayor coordinación de las partes izquierda y derecha del cuerpo (Berger, 2016).

Hacia los seis años de edad, el niño tiene un nivel de competencia neuromotriz que le permite realizar a voluntad ciertos movimientos gruesos como caminar, correr, subir y bajar escaleras, brincar, dar vueltas, bailar, vestirse-desvestirse solos y practicar algunos deportes; así como en

movimientos finos: abrochar y desabrochar botones, tomar el lápiz con los dedos, realizar garabatos (descontrolados, controlados y con nombre), copiar figuras geométricas, dibujar personas, etc. (Gesell, 2006). Todas estas habilidades motrices aún requieren de práctica y tiempo para ser afianzadas; pues a partir de esta edad sus esfuerzos se concentrarán en la combinación coordinada de dos o más, en la velocidad y el perfeccionismo de las ya adquiridas (Pérez & Navarro, 2012).

Temperamento y personalidad

El temperamento hace referencia a las diferencias biológicas individuales de reactividad y autorregulación, procesos emocionales y comportamentales que surgen desde los primeros meses y se mantienen relativamente estables a partir de los 3 años (Cantón, Cortés & Cantón, 2014; Bárrig & Alarcón, 2017).

Tabla 1. *Rasgos temperamentales de orden inferior*

Rasgo temperamental	Descripción
Emociones positivas/placer	Tendencia a expresar emociones positivas, placer y excitación en las interacciones
Miedo/inhibición	Retraimiento y expresión de miedo en situaciones nuevas o estresantes
Irritabilidad/cólera/frustración	Excitación, cólera y escasa tolerancia a la frustración y a las prohibiciones
Disconfort	Reactividad emocional negativa a estímulos sensoriales irritantes o dolorosos
Atención	Nivel de atención a los estímulos ambientales (4-8 meses). Persistencia en la tarea (2-3 años)
Nivel de actividad	Energía e interés en la exploración y el movimiento

(Continúa)

Tabla 1. *Rasgos temperamentales de orden inferior (continuación)*

Rasgo temperamental	Descripción
Tranquilización/adaptabilidad	Capacidad para tranquilizarse cuando se le reconforta, adaptación o respuesta emocional tranquila (moderada) a sucesos estresantes

Caspi y Shiner (2006) exponen dos de las clasificaciones de rasgos temperamentales más utilizadas, la primera de rasgos de orden inferior (tabla 1) y la segunda de orden superior (tabla 2).

Tabla 2. *Rasgos temperamentales de orden superior*

Rasgo temperamental	Descripción
Extraversión/afecto positivo	Tendencia de búsqueda de experiencias placenteras, disfrute de actividades y expresión de emociones positivas. En bebés: Reactividad vocal En niños: Sociabilidad y alto grado de energía
Afecto negativo	Tiene que ver con las habilidades para clamarse después de un evento excitante y se divide en dos: 1- Incluye la ira, irritabilidad, impulsividad y frustración. 2- Incluye tristeza y retraimiento.

(Continúa)

Tabla 2. Rasgos temperamentales de orden superior (Continuación)

Rasgo temperamental	Descripción
Control intencional o esforzado	En bebés se manifiesta en la ternura y la capacidad de mantener la atención y el placer en situaciones de baja intensidad. En niños incluye también la autorregulación de la reactividad emocional o comportamental

Caspi y Shiner (2006) y Cantón, Cortés y Cantón (2014), coinciden en que la estructura de los rasgos de temperamento es muy similar a la de rasgos de personalidad.

Una de las teorías más aceptadas en el estudio de la personalidad es la de los 5 grandes (Cantón, Cortés y Cantón, 2014), la cual describe los siguientes rasgos 1) Extraversión: sociabilidad, cordialidad, actividad, entusiasmo, asertividad; 2) Neuroticismo: miedo, vulnerabilidad, irritabilidad, impulsividad, ansiedad, depresión, hostilidad; 3) Agradabilidad: confianza, franqueza, altruismo, modestia, sensibilidad hacia los demás, espíritu conciliador; 4) Responsabilidad: sentido del deber, orden, autodisciplina, orientación a la tarea, planificación; y 5) Apertura a la experiencia: curiosidad, autoconciencia y exploración.

Los rasgos de temperamento y personalidad tienen cierto grado de predicción en cuanto al desarrollo de la salud mental, el bienestar subjetivo y funcionamiento psicosocial (Bárrig & Alarcón, 2017).

Sin embargo, la personalidad en los niños aún está en formación y se considera “flexible”, ya que puede cambiar por condiciones contextuales (Hengartner, 2018).

1.2 Área cognitiva

Pensamiento y aprendizaje

De acuerdo con Piaget, la infancia temprana está caracterizada por el pensamiento pre-operacional, que incorpora, además de los sentidos y las habilidades motoras, el lenguaje, la imaginación y el pensamiento simbólico, de tal manera que el niño no requiere de objetos visibles e inmediatos, pues la imaginación, las palabras, y los símbolos le permiten la cognición. Se le denomina etapa pre-operacional porque el niño se encuentra en una especie de transición, donde aún predominan las características del pensamiento mágico y egocéntrico, que lo lleva a creer que todo el mundo percibe, piensa y siente igual que él (Berger, 2016; Pérez & Navarro, 2012).

La importancia de la incorporación del pensamiento simbólico, radica en que permite al niño explorar desde nuevos comportamientos, como el juego de imitación diferida, de ficción, dibujo o lenguaje, que detonan un modo distinto de relacionarse y entender la realidad (Giménez-Dasí & Mariscal, 2008). Otras características pertenecientes a esta etapa son: pensamiento figurativo, el cual está basado en los rasgos superficiales y cambiantes de la realidad; animismo, que se refiere a la tendencia de extender los rasgos de la vida humana a los objetos; y artificialismo, que se atribuyen los hechos de la naturaleza a la acción humana.

La teoría de Piaget, si bien revolucionó la concepción del desarrollo infantil en el área cognitiva basa sus etapas en las cosas que los niños de distintas edades no pueden realizar, a diferencia de la Teoría de Vygotsky, quien antepone aquello que los niños sí pueden aprender o que potencialmente pueden lograr a través de la estimulación y el contacto con otros. Berger (2016), explica que una de las diferencias principales entre ambos teóricos, es que Vygotsky indica que no todos los niños pequeños son egocéntricos, pues aprenden de otros y de la cultura, aun cuando los adultos no desean que noten o repitan ciertos comportamientos.

Vygotsky plantea que el niño es un “aprendiz del pensamiento”, es decir, alguien que adquiere capacidad cognitiva según sea estimulado por miembros de la sociedad que cuenten con mayor edad y conocimiento (Berger, 2016), así, los niños aprenden por medio de una

participación guiada, donde ellos son entes activos en experiencias sociales y exploraciones, que permitirán el surgimiento del pensamiento individual (Carrera & Mazzarella, 2001).

Lenguaje

Desde los dos años de edad, el lenguaje se convierte en un elemento muy importante en la vida del niño, porque es el vehículo para la comunicación con su entorno, para ser aceptado y participar en actividades de juego y socialización (Landy, 2008).

La etapa preescolar es considerada un “periodo sensible” para la adquisición del lenguaje, ya que habilidades lingüísticas como la gramática, el vocabulario y la pronunciación se aprenden de forma rápida y fácil. Sin embargo, pueden observarse diferencias de un niño a otro, porque el lenguaje depende del contexto social, de las conversaciones frecuentes con uno o más adultos, de la estimulación ambiental que promueve su desarrollo y de la condición socioeconómica familiar (Berger, 2016; Landy, 2008).

Landy (2008), explica que el lenguaje se divide en lenguaje receptivo y expresivo, el primero puede ser transmitido por medio de palabras y gestos y se refiere a lo que el niño entiende y decodifica, mientras que el lenguaje expresivo es el uso del código o sistema de comunicación socialmente compartido que el niño utiliza para expresarse con el medio, de tal forma que las diferencias pueden estar en función de lo que el niño recibe comprensivamente y lo que expresa.

Es esperado que los niños de seis años ya utilicen oraciones, respondan preguntas, utilicen conjunciones y preposiciones, además de que se interesen en conocer más y preguntar el “por qué” de las cosas; que tengan un vocabulario productivo de al menos 2500 palabras (Gesell, 2006; Landy, 2008), y que las habilidades fonológicas aumenten y permitan a los niños empezar a crear narraciones completas (Giménez-Dasí & Mariscal, 2008).

Un estudio realizado con población latinoamericana por Lohndorf, Vermeer, Cárcano, De la Harpe y Mesman (2019), mostró que el desarrollo de funciones ejecutivas como el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, y la memoria de trabajo están estrechamente relacionadas con la habilidad lingüística, ya que permiten el aprendizaje léxico y la alfabetización; o de

manera inversa, que un vocabulario más amplio podría ayudar a los niños a planificar y controlar su comportamiento a través de un mecanismo de diálogo interno.

De acuerdo con Gesell (2006) y Landy (2008), la evaluación del lenguaje de esta etapa es una pauta importante para el diagnóstico, ya que se encuentra estrechamente relacionado con desarrollo neurológico, habilidades cognitivas y sociales, trastornos psiquiátricos, problemas de comportamiento, emocionales y de índole académica; tanto en niños que se encuentran en edad preescolar como en aquellos que ya se encuentran en una etapa posterior.

Atención

En los preescolares, la atención empieza a ser cada vez más autónoma, depende menos del ambiente y más de la voluntad e intención, los niños ponen atención a estímulos determinados como objetos o acciones, tienen mayor dominio en su capacidad de enfocar su atención en estímulos que les son relevantes y desatender aquellos que no necesitan para lo que desean hacer.

En el transcurso de los 3 a los 6 años adquieren mayor dominio en concentración y estabilidad, hasta lograr un promedio 50 min cuando las actividades son lúdicas, de juego y disfrute (Pérez & Navarro, 2012).

La atención en niños de 6 años es mayor en comparación con los de 3 años, ya que, además del tiempo, pueden concentrarse en más estímulos conscientemente; la atención puede potenciarse si los adultos estimulan y favorecen su desarrollo con actividades y compañía, pero siempre deben considerar que por desarrollo, aún no son capaces de eliminar el impacto de estímulos innecesarios, por lo que parecen desatentos y son menos capaces de concentrar su atención en una misma tarea durante un tiempo prolongado, a diferencia de los niños de edad escolar (Ortega, 1999).

Memoria

Pérez & Navarro (2012), explican que la memoria infantil tiene un carácter involuntario, puesto que la retención mental se da sin la intención de hacerlo; tanto el almacenamiento como la evocación se encuentran íntimamente relacionados con el contexto, el estado emocional y afectivo.

La capacidad de memoria funcional de un niño se desarrolla a lo largo de la primera infancia, durante la etapa preescolar la memoria es más de tipo procesal que declarativa, ya que aún no se encuentran desarrolladas las estructuras implicadas para formar recuerdos nuevos y duraderos a voluntad, como el hipocampo, el diencéfalo, los lóbulos frontales y temporales internos, estructuras que también se encargan de funciones corticales superiores como pensamiento, planificación, toma de decisiones y organización de información; la madurez neuroanatómica permite que la memoria declarativa se observe en la infancia media, sin embargo, el rendimiento del recuerdo aumenta y alcanza su meseta hasta la adolescencia (Majovski & Breiger, 2009).

Funciones ejecutivas y frontales

Las funciones ejecutivas son aquellas que permiten el control consciente del pensamiento y el comportamiento en torno a un objetivo, es decir, regular y coordinar cogniciones, emociones y conductas, para ello es necesario primero generar operaciones mentales que permitan dirigir el comportamiento hacia una resolución eficaz de una tarea (Lepe-Martínez, Pérez-Salas, Rojas-Barahona & Ramos-Galarza, 2017). Las funciones ejecutivas (FE) son: atención, flexibilidad, control inhibitorio, planificación y memoria de trabajo (Moscuén, Korzeniowski & Espósito, 2018).

Si bien las funciones ejecutivas se desarrollan a lo largo de la infancia y adolescencia, Riccardi, Martins, Luxo, y Gotuzo (2018) explican que algunas tienen lugar en la etapa preescolar, permitiendo que los niños de 6 años tengan mayor control comparativamente con niños menores y puedan dirigir sus esfuerzos en torno a metas.

En la etapa preescolar, de los 3 a los 6 años, ocurre un proceso de madurez en las FE que marca una diferencia significativa entre niños preescolares jóvenes y preescolares maduros (ver tabla 1); los niños de 3 años no son capaces de controlar los procesos cognitivos, respuestas emocionales e impulsos conductuales, lo cual refleja deficiencias en el control inhibitorio, distracción significativa, inflexibilidad cognitiva, y deficiencia para generar planes y estrategias de solución (Flores & Ostrosky-Shejet, 2012).

Alrededor de los 4 años, tienen una estructura cognitiva que incluye reglas de alto orden, que les permite mantener las reglas e instrucciones en mente durante más tiempo que los niños de 3 años, adquieren también entre los 4 y 5 años una mejor comprensión de instrucciones, mayor velocidad de respuesta, y son capaces de modificar clasificaciones, lo cual sugiere cierto grado de flexibilidad representacional no observada en edades anteriores. En el área socioemocional, son capaces de mostrar mayor grado de empatía, lo que implica capacidad de comprender las emociones del otro (Flores & Ostrosky-Shejet, 2012).

Hacia los 5 años se observa un aumento en la capacidad de planeación, en la toma de decisiones y el autocontrol, además que incrementan su capacidad para orientarse al futuro en diversos contextos cognitivos, como la espera para obtener una recompensa mayor (Flores & Ostrosky-Shejet, 2012). De acuerdo con la Universidad Católica de Chile (2017), en diversos experimentos los niños de 5 años han demostrado tener capacidades significativamente mayores a los niños de 3 y 4 años, desde la comprensión de instrucciones, la ejecución, el control de impulsos, la socialización, y la regulación emocional.

Tabla 3. *Funciones ejecutivas que tienen lugar en el desarrollo temprano*

Función Ejecutiva	Descripción	Edad esperada
Capacidad de procesamiento o Riesgo-beneficio	Señal de valor o relevancia (afectiva) a las posibles alternativas de elección-conducta. Evaluación de las consecuencias positivas y negativas.	Se desarrolla en edades tempranas y empieza a ser funcional desde los 5 años. Alcanza su máximo desempeño al final de la adolescencia.

(Continúa)

Tabla 3. *Funciones ejecutivas que tienen lugar en el desarrollo temprano (continuación)*

Función Ejecutiva	Descripción	Edad esperada
Control inhibitorio	<p>Refleja el dominio sobre las activaciones automáticas de procesamiento</p> <p>Control inhibitorio mental</p> <p>Control inhibitorio conductual</p>	<p>Hacia los 4 años y medio pueden cambiar su foco de atención de rasgos individuales a rasgos de clasificación. Los mecanismos de control inhibitorio continúan en desarrollo y alcanzan su máximo desempeño entre los 9 y 10 años.</p>
Control motriz.	<p>Se compone de procesos que subyacen a la capacidad para adaptarse y controlar de modo flexible los procesos cognitivos y la conducta de acuerdo con el ambiente y las metas propuestas.</p> <p>Control cognitivo reactivo: sistema de interacción y acción directa con el ambiente</p> <p>Control cognitivo reflexivo: alternativa de análisis cognitivo complejo de alto orden sobre las situaciones en las que la persona se encuentra, evita las respuestas impulsivas y directas.</p>	<p>El control motriz presenta un desarrollo temprano, inicia alrededor de los 5 años, pero no alcanza su máximo desempeño sino hasta los 8 o 9 años.</p>
Memoria de trabajo visual	<p>Capacidad para mantener en la memoria de trabajo la identidad de los objetos mientras se realiza una tarea cognitiva o conductual</p>	<p>Los niños preescolares ya cuentan con la capacidad para identificar objetos, personas o sucesos. La diferencia radica en el volumen de la memoria de trabajo visoespacial, pues el máximo desempeño se alcanza a partir de los 9 años.</p>

Los factores ambientales (familiares y escolares) son moduladores del desarrollo de las funciones y el control ejecutivo, por lo que existen múltiples factores como la crianza, la estimulación, la disciplina, el temperamento, el nivel socio-económico, etc. que inciden directamente en su desarrollo (Riccardi, Martins, Luxo, & Gotuzo, 2018).

Lohndorf, Vermeer, Cárcano, De la Harpe y Mesman (2019), encontraron que las funciones ejecutivas del niño son imprescindibles para el desarrollo cognitivo y socioemocional en niños de edad preescolar, y que son más fáciles de desarrollar en un entorno de socialización cálido.

Así, los años preescolares marcan una etapa sensible en el desarrollo de las funciones ejecutivas, para la óptima madurez de las conexiones inter-neuronales prefrontales responsables del autocontrol tanto en representaciones mentales como en acciones conductuales (Gorostegui, Chadwick, Milicic & Condemarin, 2016). El desarrollo de funciones ejecutivas permite el control consciente del pensamiento, del comportamiento y de la afectividad; regular situaciones sociales y académicas como recordar y seguir indicaciones de padres y maestros (Volckaert, Noël, 2015).

1.3 Área socio-afectiva

Bajo la perspectiva de desarrollo, las emociones no surgen de la nada, sino que se constituyen paulatinamente desde las primeras experiencias de vida, por esta razón se retoman primero algunas teorías que permiten entender dicho desarrollo, y posteriormente se presentan datos esperados para la etapa preescolar.

Apego

La teoría del apego desarrollada por Bowlby, pone en manifiesto la importancia de la relación/ interacción entre el bebé y la madre como base para el desarrollo de los procesos psicológicos (Bowlby, 1986).

De acuerdo con Di Bartolo (2016), el apego es un vínculo muy particular que se establece con personas altamente significativas, la figura de apego cumple con dos funciones: 1) establecer una base segura desde la cual el infante puede explorar, y 2) formar un refugio al cual volver cuando se presentan situaciones difíciles; cuando el bebé nace no tiene la capacidad para

regularse, por lo que depende totalmente de sus padres y a través de la interacción con ellos irá construyendo la capacidad para regular sus necesidades físicas y emocionales; por ello el vínculo de apego es totalmente relacional y es un vínculo de regulación emocional.

Así mismo, Simón, et al. (2000) indican que el desarrollo del vínculo afectivo inicia con la satisfacción de necesidades biológicas, donde el contacto físico o corporal cobra relevancia por la interacción afectiva, con acciones como miradas, gestos y conductas de acompañamiento.

Lebovici y Weil-Halpern (2006) hablan también de la teoría del apego, su desarrollo histórico y algunas investigaciones que han permitido identificar pautas del desarrollo patológico en niños con distintas experiencias de apego, donde el cuidado insatisfactorio o inexistente antecede a problemas psiquiátricos infantiles.

Autores como Di Bartolo (2016) y Sroufe (2018), retoman la clasificación de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) y Main y Solomon (1990) sobre los tipos de apego observados en niños frente a la prueba de situación extraña:

- Apego seguro: Se manifestó por una exploración inicial libre en un ambiente desconocido, con muestras de angustia al separarse de la figura de apego, que llevan a una disminución o detención de la exploración, finalmente busca reunirse con su figura de apego, el contacto le permite calmarse y posteriormente retomar la exploración. En este tipo de apego, el cuidador es visto como una base segura y reconfortante.
- Apego evitativo: En un inicio, el niño explora libremente el ambiente desconocido, con menos signos de angustia al separarse de la figura de apego, por lo que la exploración puede continuar por algunos momentos y cuando se reúne con su figura de apego muestra signos de evitación (se interesa más en los juguetes que en el contacto). En este tipo de apego se observa poca preferencia por el cuidador, poca interactividad emocional y mínima actividad de expresión de conducta de apego.
- Apego ambivalente o resistente: Se caracteriza por una exploración limitada del ambiente desconocido, con claros signos de angustia al separarse de la figura de apego que lleva a detener la exploración, cuando se reúne con el cuidador no se calma y puede

alternar la búsqueda de contacto con el rechazo. Este tipo de apego se caracteriza por la desconfianza ante lo no familiar y la dificultad de separación, también por la dificultad de reconfortarse con el cuidador, el enojo visible y la maximización de la expresión de la conducta de apego.

- Apego desorganizado: La exploración puede ser libre o limitada, la separación del cuidador provoca conductas bizarras como aleteo, golpes en la cabeza entre otros, y en la reunión se observan dificultades para comprender la intencionalidad de la conducta ya que pueden buscar proximidad de forma extraña como acercarse caminando hacia atrás, y pueden aparecer indicadores de temor hacia la figura de apego. En este tipo de apego el cuidador representa una fuerte amenaza y el niño se encuentra en una paradoja irresoluble, de huir hacia o lejos de la figura de apego, también se observa desorientación, incoherencia y confusión.

El vínculo relacional que se establece con la madre o con el cuidador primario, es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo socioafectivo, pues es la base de la experiencia en calidad de relaciones interpersonales, que se manifiestan durante la infancia e incluso en la adolescencia y adultez (Díaz, Andrade, Espinosa, Nóbrega & Del prado, 2018).

El vínculo de apego tiene sus inicios en la satisfacción de necesidades básicas desde que el bebé es muy pequeño y a lo largo del desarrollo, por lo que el comportamiento del cuidador se vuelve importante, específicamente en sensibilidad, que hace referencia a la capacidad de captar y decodificar acertadamente las señales del bebé o niño y en disponibilidad, que se traduce como la capacidad de dar respuesta rápida a lo que se entiende que el bebé o niño necesita (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Díaz, et al., 2018; Di Bartolo 2016).

De acuerdo con Marrone (2009), la salud mental de niños de hasta seis años de edad inicia desde el embarazo; es un esfuerzo constante que incluye los contextos individual, familiar, grupal y comunitario, y se caracteriza por facilitar el desarrollo de capacidades como sentido de seguridad interna, capacidad de insight, autoestima, autonomía, adaptabilidad, resiliencia, interés genuino por los demás, potencial para formar y mantener relaciones íntimas, capacidad

de relacionarse competentemente a nivel social, sentido de responsabilidad y tolerancia de la diversidad social.

La salud mental se encuentra estrechamente relacionada con el apego seguro, siendo este el que permite la formación de una personalidad sana, en términos de cinco bases o fundamentos Sroufe (2018):

1. Base motivacional: Se refiere a que un apego seguro, es decir, una historia de cuidado con capacidad de respuesta permite que se desarrollen expectativas positivas de las relaciones y la creencia de que estas serán gratificantes.
2. Base de actitud: Hace referencia a la creencia de que las respuestas que se requieren de los otros se pueden obtener; y se confía en las destrezas personales en el mundo social.
3. Base instrumental: Se refiere a las habilidades y capacidades para disfrutar el juego y los descubrimientos, lo que convierte a los niños de edad preescolar en compañeros de juego atractivos y posteriormente en personas socialmente competentes. Además se encuentran más inclinados hacia la resolución de problemas, confiando que con esmero tendrán éxito.
4. Base emocional: Aunque los infantes no pueden regular por sí mismos sus emociones, logran regularse gracias a un contexto de cuidado y apoyo (co-regulador), pues los niños van aprendiendo la regulación emocional dentro de un contexto de apego.
5. Base relacional: Se refiere a la noción de reciprocidad de las relaciones y su funcionamiento, como aprender a ser empático a partir de un cuidado empático.

Sroufe (2018) encontró que los preescolares con historias de apego seguro muestran más dinamismo y persistencia al luchar con problemas difíciles, mayor curiosidad frente a objetos nuevos, mayor autoconfianza y autoestima, así como mejor manejo de sí mismos, también mostraron más interacciones con su grupo de pares y mayor flexibilidad para adaptar su conducta según las demandas del entorno, comparativamente con niños que tienen historias de apego evitativo y ambivalente, quienes mostraron más proclives a acosar y ser acosados, respectivamente.

Desarrollo moral

La moral hace referencia al conjunto de normas sobre las conductas aceptables y no aceptables en una sociedad; es necesaria porque los seres humanos viven en un sistema social jerarquizado en el que los individuos requieren ser capaces de distinguir entre el “bien” y el “mal” y actuar en consecuencia (Delval, 2008; Schaffer, 2000). Si bien la moralidad parte de las normas sociales, tiene su base en las creencias personales firmemente definidas por el individuo en cuanto a la manera en que la gente debe comportarse en sociedad, es decir componentes cognitivos.

El desarrollo de la moralidad y la regulación moral constituye un proceso paralelo al desarrollo en general, tanto a las pautas biológicas y cognitivas, pues ninguna es independiente en sí, sino que son inter influyentes en formación y maduración neurológica, desde el nacimiento hasta la adolescencia (Villegas, 2013).

Con el objetivo de llegar a la autonomía, es decir a la capacidad de decidir por uno mismo y por lo tanto a responsabilizarse de las propias acciones, los padres o cuidadores de los menores se esfuerzan por controlar las conductas de los niños y hacerlos acatar los criterios adultos por medio de sanciones externas (Schaffer, 2000); sin embargo, se debe establecer una distinción entre la conciencia y la conducta moral (Delval, 2008).

Uno de los pioneros en trabajar con el juicio moral de los niños fue Piaget, quien coloca la forma en que los niños piensan acerca de temas morales, vinculado íntimamente con las etapas del desarrollo cognitivo, y por ende la transformación del pensamiento respecto al tema (Schaffer, 2000; Simón et al., 2000). Así, cuando los niños son pequeños y poseen un pensamiento concreto, consideran las normas como externas, impuestas e invariables; conforme se adquieren las operaciones lógicas las normas y reglas se transforman paulatinamente en relaciones de igualdad entre las personas; y finalmente cuando el desarrollo cognitivo permite inferencias inductivas y deductivas se desarrollan sentimientos morales como la compasión y el altruismo (Delval, 2008; Zerpa, 2007).

A partir de la concepción de Piaget, Lawrence Kohlberg propone una teoría sobre el desarrollo moral, donde establece 3 niveles con 2 estadios cada uno, que explican la forma en que los niños comprenden y actúan las reglas morales (Hersh, Reimer & Paolitto 2002; Kohlberg, 1992):

- Preconvencional: En esta etapa la moral está determinada por las reglas que dictan los adultos, el portarse bien, la obediencia y las reglas son lo importante.

Estadio 1: Está orientado al acatamiento incuestionado del poder superior, el niño entiende que las acciones generan consecuencias que determinan su bondad o maldad (si la acción merece un castigo, entonces es mala). La gravedad de las acciones está determinada por el daño hecho, es decir, los niños no consideran la intencionalidad y se centran en los aspectos físicos de la acción.

Estadio 2: Se encuentra orientado a la satisfacción de las necesidades, los niños consideran una estricta reciprocidad de los intercambios y el bien se concibe siempre desde los intereses de los individuos.

- Convencional. También es denominado conformismo social, ya que el niño acepta las normas sociales porque sirven para mantener el orden y si se violan podría traer consecuencias peores.

Estadio 3: Está orientado a verse ante los demás como buen chico, pues los niños actúan con el fin de obtener aprobación. Existe conformidad con la imagen de buen chico socialmente estereotipada.

Estadio 4: Se encuentra orientado al orden social, lo que indica la autoridad y las reglas, los niños obedecen con el fin de cumplir la ley y las costumbres formales, se observa respeto a la autoridad, conformidad con el deber y las normas sociales que regulan el orden social.

- Posconvencional: En este nivel la moralidad está determinada por principios y valores universales que permiten examinar las reglas y discutirlos críticamente, por lo que los principios morales individuales adquieren mayor importancia, la validez de los principios se encuentra por encima de la autoridad.

Estadio 5: El comportamiento está orientado en términos de derechos generales, lo correcto o lo incorrecto dependen de los valores y la opinión personal. Existe la posibilidad de cambiar la ley atendiendo a valores de utilidad social.

Estadio 6: Se encuentra orientado hacia los principios éticos elegidos por uno mismo, en este caso los principios abstractos y éticos (imperativo categórico). A diferencia del

estadio anterior se da una estricta adherencia a los principios universales de la ética y la justicia, reciprocidad e igualdad de los derechos de la persona, por lo que el individuo no experimenta conflictos para adherirse a ellos en lugar de a los requerimientos legales de su país.

El razonamiento preconventional es dominante durante la niñez temprana y media, llegándose a observar en algunos adolescentes e incluso en delincuentes adultos; el razonamiento convencional emerge a mediados de la adolescencia y se manifiesta en la mayoría de los adultos, quienes han incorporado reglas, las consideran propias y las siguen por convicción; mientras que el razonamiento posconventional es raro incluso en adultos inteligentes (Schaffer, 2000).

Los niños en edad preescolar pueden diferenciar entre lo “bueno” y lo “malo”, entre lo grosero y lo educado, pues ya tienen la capacidad de mirar el mundo desde el punto de vista de otras personas, lo que les permite entender conceptos morales como obediencia, honestidad, amabilidad y educación, pero aún requieren de mucho apoyo, recordatorios y paciencia constante por parte de los adultos para poder recordar y poner en práctica las normas morales (Schaefer & DiGeronimo, 2000).

Teoría de la mente

La teoría de la mente hace referencia a la capacidad de atribuir estados mentales a los demás y a uno mismo, tales como intenciones, deseos y pensamientos, y comprender que las acciones están determinadas por dichos estados (Delgado & García, 2008). Wellman (2017), explica que la cognición social se centra en la interpretación en términos de estados mentales y que es en realidad un sistema organizado de construcciones e implicaciones interconectadas que incluyen percepciones, emociones, impulsos, ignorancia y demás que se superponen con las creencias, deseos y acciones del ser humano.

De acuerdo con Delval et al. (2014), la teoría de la mente requiere más que la capacidad de atribuir estados mentales, pues la cognición y lo social-afectivo van de la mano, ya que todo ser humano necesita de experiencias y de asimilación de dichas experiencias para el proceso de la

comunicación intencional y la capacidad de relación afectiva en un dinamismo de cohesión y desconexión de los procesos centrales del pensamiento, que permitirán un desarrollo social dotado de conciencia de la existencia de la mente y de la existencia de las demás personas como agentes.

El sistema Self

Para Opazo (2001), el sistema self es el punto central de la experiencia, es la esencia de la personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total; tiene raíces biológicas, de experiencias tempranas y estructuras afectivas que brindan cierta estabilidad y resistencia al cambio, pero con un grado de flexibilidad y apertura al cambio conforme los dinamismos biológicos, cognitivos, afectivos e inconscientes los desorganizan y llevan a una posterior auto-organización.

Este sistema self, realiza funciones de toma de conciencia, significación, identidad, auto organización, búsqueda de sentido y conducción de vida (Fernández & Opazo, 2004), que tienen la finalidad de asimilar, traducir y actuar en función de un sí mismo diferenciado y único.

Si bien el self tiene la capacidad de adaptarse y asimilar nuevas experiencias a lo largo de la vida, tiene cierta estructura semi estable que comienza a formarse desde etapas muy tempranas con la interacción multicontextual; en los preescolares, la formación de amistades adquiere relevancia para la definición del sí mismo, ya que la interacción con los otros pone en manifiesto distintos intereses, estrategias, predisposiciones y demás cuestiones personales que llevarán a que el niño tenga que tomarlas en cuenta y buscar conciliarlas para conseguir una interacción armoniosa (Delgado & García, 2008), de tal forma que iniciarán en el esfuerzo de automonitorear sus conductas sociales y afectivas, con la identificación de sus propias capacidades y habilidades.

Autoconcepto y autoestima

El autoconcepto corresponde al resultado de un proceso evolutivo y social, a partir del cual queda establecida la diferencia “yo”-“no yo”, en el que el niño se percibe a sí mismo como un individuo diferenciado del mundo. La configuración del propio concepto está dada por dos

polos: la autonomía (con exigencias propias) y la realidad social (de rechazo o aceptación, parcial o total) (Salvador, 2004).

Mientras que la autoestima corresponde a la evaluación subjetiva del autoconcepto, a un juicio acerca de la propia valía en el que se incorporan varios elementos: la percepción del propio cuerpo, de los roles sociales que se tienen y/o quieren asumir, de la eficiencia de las capacidades cognitivas y afectivas (André & Lelord, 2000; Papalia, Wendkos & Duskin, 2009; Salvador, 2004).

Ambas comienzan a construirse desde antes del nacimiento, ya que las expectativas y los deseos de los padres hacia el niño (a), producen la seguridad de ser querido(a) o de ser rechazado(a); por lo tanto, es el núcleo familiar donde se adquieren las bases para desarrollar la autoestima (Gimenez, Correché & Rivarola, 2013).

Normalmente los niños preescolares tienen una gran cantidad de energía y buscan explorar el mundo a su alrededor, generan experiencias sobre el mundo, sobre sus logros personales y las integran poco a poco en la formación del concepto que tienen sobre sí mismos (Schaefer y DiGeronimo, 2000).

A esta edad, los niños se describen basándose en aspectos concretos y observables, que dependen en gran medida del contexto (familia y escuela), de cómo se sienten aceptados por los otros y la información que reciben de ellos, son capaces de comparar sus habilidades consigo mismos, de cuando eran más pequeños, y con otros niños (Schaefer y DiGeronimo, 2000; Landy, 2009).

Expresión emocional

Cuando los niños son muy pequeños, la expresión emocional es directa, sin filtros y sin regulación debido a que el desarrollo del sistema límbico y su conexión con la corteza prefrontal aún no permite la regulación emocional (Kolb & Fantie, 2009). De acuerdo con Berger (2016), uno de los logros más importantes durante esta etapa es que los niños adquieren dicha madurez que les permite analizar sus reacciones y controlar la expresión de sus emociones, es decir, se encuentran listos para la regulación emocional.

Pérez y Navarro (2012), ilustran lo esperado en distintas edades:

- De los 3 a los 4: Esta edad está caracterizada por manifestaciones externas, a esta edad el lenguaje favorece la comunicación de los estados anímicos, observándose con mayor frecuencia la ira y el miedo. Los niños son capaces de hacer enojar y consolar a otros, pues han aprendido que unos actos hacen enojar y otro complacen.
- De los 4 a los 5: Se espera un nivel de comprensión y control de las propias emociones, a esta edad los niños son capaces de contextualizar las emociones, de diferenciar ente el estado interno y las conductas externas, de tal forma que aprenden a ocultar las emociones actuando conforme a lo que enseñan los padres, pero no utilizan estrategias de disimulo.
- De los 5 a los 6: Está caracterizada por la comprensión y el control de las propias emociones, manifiestan comprensión entre una emoción real y una expresada, de tal forma que pueden disimular a propósito, asimismo se inicia el desarrollo de atribución de emociones sociales, como vergüenza, culpa y pena.

Si bien los preescolares ya muestran cierto nivel de control emocional, continúan necesitando de amor y afecto por parte de sus cuidadores, requieren de su guía y acompañamiento para comprender y aceptar la naturaleza de sus emociones, así como aprender de ellos distintos caminos para conducir sus emociones (Schaefer & DiGeronimo, 2000).

Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresoras se han estudiado en niños de edad preescolar, Yeo, Frydenberg, Northam y Deans (2014), encontraron que los niños de cuatro a cinco años utilizan tres tipos de afrontamiento: afrontamiento positivo, afrontamiento negativo con expresión emocional, y afrontamiento negativo con inhibición emocional; los autores encontraron que la probabilidad de utilizar una u otra forma de afrontamiento depende de qué tanto control pueden ejercer sobre la situación; de tal forma que cuando el evento es controlable, el uso de afrontamiento positivo es más frecuente, mientras que cuando el evento es menos controlable, aumenta la probabilidad de uso de afrontamiento negativo.

Conducta social

Con base en la teoría de la mente, los niños de 4 a 6 años tienen la capacidad de atribuir creencias, deseos, intenciones y emociones a sí mismos y a los demás, gracias a sus habilidades de imaginar y simular; adquieren mayor comprensión de las otras personas como agentes activos y por tanto se observa un incremento de conductas empáticas (Pérez & Navarro, 2012).

Acorde a lo dicho por Simón et al. (2000), la calidad de los vínculos afectivos son precursores importantes del desarrollo de la empatía, la ayuda y la cooperación, como formas de interacción social en el marco de la importancia y el respeto por los otros, además indican que la empatía se encuentra estrechamente relacionada con las conductas prosociales en niños de edad preescolar, pero también parece actuar como inhibidor de las conductas agresivas.

En la etapa preescolar los niños tienen más habilidades de empatía, buscan ser más obedientes (en comparación con los 2 años de edad) y tratan de agradar y complacer a los demás, lo cual está relacionado con la importancia que les dan a sus grupos de pares en los espacios de juego (Schaefer & DiGeronimo, 2000).

CAPITULO 2

Problemas externalizados

Como se observó en el primer capítulo, el desarrollo normoevolutivo depende de la interacción constante de múltiples variables genéticas y ambientales a lo largo de las diversas etapas del ciclo vital; por lo que, cuando se habla de psicopatología, es imprescindible considerar el desarrollo mismo para comprender e intervenir en pro del bienestar infantil.

Psicopatología del desarrollo

La psicopatología clásica se centra en el estudio de los trastornos desde una perspectiva descriptiva y sintomática, generalmente adopta una corriente teórica para explicar la etiología y mantiene una visión en la cual el trastorno es inherente al individuo (Toro y Ezpeleta, 2014), parte de una postura médica-psiquiátrica que extrapola los síntomas y signos de la población adulta a la población infantil (Lucio, 2014).

A partir de la necesidad de explorar más allá la etiología de la psicopatología, surge la psicopatología del desarrollo que constituye un enfoque interdisciplinario, donde se estudian los procesos no adaptativos (estresores y formas de afrontamiento) a lo largo de distintas etapas del ciclo vital, considerando así factores psicológicos, biológicos y sociales del desarrollo normal y anormal, e integra aportaciones de distintas disciplinas con el fin de identificar factores que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales (Lucio, 2014).

De acuerdo con Esquivel (2010), la psicopatología del desarrollo supone que la vulnerabilidad para los trastornos psicológicos depende de la calidad en la organización de los múltiples sistemas, de tal forma que una organización coherente permitiría mayor adaptabilidad y mayores recursos para utilizarlos como rol activo en el curso del propio desarrollo. Si bien desde esta perspectiva se habla de múltiples factores externos que inciden en el desarrollo normal y anormal, también se considera al ser humano como un agente activo que influye desde sus creencias, acciones, elecciones, etc.

Cicchetti (2006) ahonda en la necesidad de analizar los procesos de adaptación y maladaptación ante distintos eventos como punto central para entender la psicopatología del desarrollo, pues este responde a una relación dinámica entre el individuo y sus contextos externos e internos; así mismo destaca la importancia de identificar y analizar cuidadosamente los factores de riesgo y de protección desde una visión integral, que permita aclarar cómo interactúan en momentos críticos, pues es fácil suponer relaciones que quizá no cumplen la misma función en una persona que en otra.

De esta manera, se requiere de comprensión y evaluación cuidadosa de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, de su interacción en diversos niveles y la influencia en las características individuales (Cicchetti, 2006), identificando vulnerabilidades biológicas y equilibrio entre habilidades de afrontamiento y estrés en cada historia de vida de cada niño (Lucio, 2014).

Rutter (2003) explica que al hablar de psicopatología del desarrollo, debe considerarse el rol de las experiencias tempranas y su influencia en diversos desordenes; las diferencias individuales que siguen el curso de un desarrollo normal y las diferencias significativas que generalmente se relacionan con componentes biológicos (genéticos u orgánicos) o con experiencias extremas, sea de exposición o de privación. Considera tres aspectos cruciales:

1. Los efectos de las variaciones de las experiencias (normales y fuera de lo normal).
2. La adaptación del organismo a circunstancias ambientales particulares.
3. Los efectos de las primeras experiencias, Los cuales no se refieren a un funcionamiento perfecto, sino a un organismo preparado para hacer frente a la continuación de las circunstancias ambientales.

En materia de salud mental es común encontrar los conceptos normal y anormal para cualificar comportamientos; para determinar este aspecto no es correcto suponer solamente características estadísticas como la baja frecuencia o las variaciones a partir del promedio, sino, como indican Halgin y Krauss (2009) tomar en cuenta los siguientes criterios:

1. **Perturbación:** Hace referencia a una o varias experiencias de dolor físico o emocional que impiden a la persona funcionar en las actividades y tareas de la vida diaria.

2. Deterioro: Implica una reducción de la habilidad de la persona para funcionar en un nivel óptimo o promedio. Existen situaciones en que el funcionamiento es deficiente pero la persona no se siente alterada.
3. Riesgo para los demás o para sí mismo: Este rubro se reconoce cuando existe un peligro o una amenaza al bienestar de una persona, existen conductas o pensamientos de un individuo que pueden amenazar el bienestar físico o mental de otros representando un riesgo a la sociedad, inaceptable y anormal.
4. Conducta social y cultural inaceptable: Se define como la conducta que esta fuera de las normas del contexto social y cultural donde sucede.

De acuerdo con Gesell (1956), la evaluación de las características esperadas para una edad determinada en distintas áreas, brinda la pauta para identificar la higiene psicológica, siempre y cuando lo observado sea considerado como parte de un proceso continuo, con tendencias básicas generales y diferencias individuales en ritmo y estilo.

Una de las cualidades de la psicopatología del desarrollo es que busca factores de riesgo y de protección en la vida del niño, es decir factores particulares dentro de un contexto particular, ya que la acumulación de estos y la forma de responder o adaptarse ante ellos es lo que conlleva a la psicopatología.

Clasificación

El uso de sistemas de clasificación de los trastornos psicológicos infantiles permite una adecuada comunicación entre profesionales de la salud mental, con profesionales de otras disciplinas y con familiares, además es imprescindible para el progreso científico, pues los criterios permiten hacer investigación, realizar estudios epidemiológicos, de tratamiento psicofarmacológico y de tratamiento psicoterapéutico, así como contrastar resultados (Doménech-Llaberia y Ezpeleta, 1998).

Existen diversos sistemas de clasificación en la psicopatología infantil, estos se dividen en dos grandes grupos: aquellos que parten de las clasificaciones hechas para adultos, y aquellos que se hicieron específicamente para niños.

Los primeros y más utilizados a nivel internacional tienen bases médicas como el DSM y el CIE; categorizan a partir de la sintomatología, y se derivan de la nosología adulta (Lucio, 2014), consideran un conjunto de síntomas y signos que permite identificar la clasificación psicopatológica. Este sistema de clasificación permite una mejor comunicación entre profesionales y familiares, pero toma poco en cuenta el factor evolutivo y es especialmente complicado para las primeras etapas de desarrollo.

Además, como mencionan Forbes, Rapee y Krueger (2019), en el trabajo clínico es muy frecuente que al utilizar este sistema de clasificación se encuentren comorbilidades o incluso multimorbilidades.

Los segundos se crearon especialmente para la población infantil y se dividen en categoriales, evolutivos y dimensionales (Lucio, 2014).

Los sistemas de clasificación categoriales tienen bases en corrientes teóricas específicas que se han esforzado por explicar la etiología de la psicopatología a partir de sus postulados y conceptos teóricos. De acuerdo con Doménech-Llaberia & Ezpeleta (1998) los sistemas categoriales asignan los trastornos a las categorías basándose en características que consideran necesarias y suficientes para determinar la pertenencia a la categoría. Algunos ejemplos de clasificaciones categoriales son: perfil diagnóstico de Anna Freud y GAP (Lucio, 2014), que tienen bases psicoanalíticas.

El sistema de clasificación de psicopatología evolutiva se basa en la forma en que el niño organiza sus conductas y procesa e integra la información que le llega del mundo y sus experiencias, considerando así niveles de funcionamiento a lo largo del desarrollo (Doménech-Llaberia y Ezpeleta, 1998).

Por su parte, los sistemas de clasificación dimensionales consideran que la pertenencia a una categoría es una cuestión de grado o medida en que las características de la persona coinciden con las características que definen la categoría. Los sistemas dimensionales proporcionan taxonomías

de prototipos (características que tienden a ocurrir conjuntamente) a través de análisis factorial (Doménech-Llaberia & Ezpeleta, 1998).

La taxonomía dimensional de mayor uso en la psicopatología infantil es la de Achenbach y Edelbrock (1978) que fue elaborada a partir del análisis factorial de los problemas de conducta del cuestionario CBC (Child Behavior Checklist) en consulta psicológica y psiquiátrica. Esta clasificación consta de tres dimensiones: síndromes internalizantes (intrapésicos), externalizantes (proyectivos) y mixtos; y permite agrupar elementos o patrones de co-ocurrencia entre síndromes psicopatológicos comunes en la infancia, para integrar la conducta desadaptativa desde el punto de vista del desarrollo (Forbes, Rapee & Krueger, 2019).

Esta clasificación tridimensional ha sido ampliamente utilizada en diversas investigaciones, debido a la accesibilidad que brinda para ubicar la sintomatología en población infantil (Kerr, Lopez, Olson, & Sameroff, 2004; Yoon et al., 2017), la relación de los síntomas con múltiples variables como el temperamento y personalidad (Hengartner, 2018), el cuidado intrusivo (Yan & Ansari, 2017), disciplina parental (Altschul, Lee & Gershoff, 2016), y la psicopatología en padres (Leijten et al., 2019), por mencionar algunas, y el beneficio de intervenir desde los primeros años para prevenir los trastornos mentales en adolescentes y adultos (Forbes, Rapee y Krueger, 2019).

- *Problemas internalizados*

Los problemas internalizados están caracterizados por sentimientos dirigidos hacia dentro e incluyen síntomas de depresión, ansiedad, abstinencia y quejas somáticas (Achenbach & Edelbrock, 1981). Romero, Lucio y Durán, (2016), los describen como aquellos comportamientos y alteraciones psicológicas cuyas expresiones se dirigen hacia uno mismo con la intención de causarse daño emocional.

- *Problemas externalizados*

Los problemas externalizados se refieren a conductas de actuación dirigidas hacia los demás, como comportamientos agresivos y que rompen reglas (Achenbach & Edelbrock, 1981), en otras palabras, son aquellos comportamientos y alteraciones psicológicas del ámbito conductual cuyas manifestaciones producen conflicto o daño en el entorno o a otros

(Romero et al., 2016) y anteceden el comportamiento antisocial en adultos (Schindler et al., 2015).

Romero, et al. (2016) investigaron la psicopatología desde una perspectiva dimensional en niños de 8 a 12 años, y encontraron factores como comportamiento disruptivo, agresión y autolesiones en la dimensión de problemas externalizados.

Los problemas externalizados incluyen trastornos como TDAH, trastorno de conducta (CD), trastorno oposicionista desafiante (ODD), que se diagnostican en la infancia y adolescencia, y el trastorno de personalidad antisocial (TPA), que se diagnostica en la edad adulta, impulsividad y comportamiento delictivo (Izard, Youngstrom, Fine, Monstow & Trentacosta, 2006).

- *Problemas mixtos*

Los problemas mixtos son un tipo de psicopatología donde se combinan comportamientos de la dimensión de problemas internalizados con la dimensión de problemas externalizados, desde el punto de vista de la comorbilidad, es altamente frecuente que la sintomatología mixta se encuentre presente en población con historias de vida adversas (Achenbach & Edelbrock, 1981).

Para fines del presente trabajo se incluye: comportamiento disruptivo, agresión, problemas del control de impulsos, oposicionismo y desafío de autoridad como componentes de la dimensión de problemas externalizados, que constituye uno de los ejes fundamentales del trabajo clínico realizado.

2.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos factores que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un trastorno psicológico (Toro & Espeleta, 2014), estos factores preceden al resultado (Buitrago et al., 2018), y se presume que participan en el proceso etiológico de forma multicausal (Beauchaine, Constantino & Hayden, 2018).

Tal como lo menciona Lucio (2014) la presencia de un solo factor o un conjunto de ellos no siempre es sinónimo de psicopatología, pues también los factores de protección, la interacción y resiliencia pueden llevar a un afrontamiento funcional; además, el momento en que se presentan dichos factores con relación al estadio de desarrollo y la interacción con este, también marcan diferencias en los efectos (Sroufe, 2009).

El resultado no es efecto directo de los factores de riesgo, sino de un proceso dinámico de adaptación en el contexto de adversidad, donde interactúan constantemente tres conjuntos de factores que pueden llevar a mitigar o exacerbar los problemas de internalización y externalización (Shi, Ettekal, Deutz & Woltering, 2020). Los tres conjuntos de factores propuestos por Rutter (1987) son: atributos propios de los niños, características de la familia, e influencias del entorno social más amplio, los cuales describiremos brevemente en este trabajo como: biológicos/individuales, familiares y sociales.

Biológicos/individuales

- Genética: Hace referencias a las características que se heredan de generación en generación, algunas de las cuales tiene influencia en la sintomatología y la presencia de trastornos que se manifiestan durante la infancia y la adolescencia. De acuerdo con (Gottlieb & Willoughby, 2006), diversos estudios con gemelos idénticos adoptados han permitido identificar que estos comparten más características con sus padres biológicos que con los adoptivos, así mismo, se han encontrado variaciones genéticas asociadas a síntomas y trastornos específicos, por ejemplo: la anorexia, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el efecto del maltrato infantil, entre otros.

Sin embargo, regresando al fundamento de multicausalidad en psicopatología, se ha encontrado que los riesgos genéticos influyen en el desarrollo de determinados rasgos personalidad que a su vez también representan riesgo de psicopatología por facilitar la interacción con ambientes de riesgo (Toro, 2014).

Si bien los estudios genéticos han permitido identificar secuencias de ADN en comportamientos y padecimientos mentales, el desarrollo de la mayoría de rasgos y

trastornos implica una interacción entre el componente genético (ser más propenso a determinada respuesta) y el medio ambiente (McGuffin & Rutter, 2003).

- Temperamento: Rodríguez-Sacristán, (1998) explica que el temperamento es uno de los predictores más observados en la psicopatología; características como el afecto negativo, la tendencia a mostrarse irritable o incómodos son predictores de conductas externalizantes mientras que la capacidad de regulación y el control intencional muestran mayor competencia social y comportamiento adaptativo (Bárrig & Alarcón, 2017).

Betancourt y Andrade (2008) encontraron que los niños que experimentan más emociones negativas presentan más problemas externalizados.

Hengartner (2018) a su vez, encontró que la baja conciencia, la baja amabilidad, la disminución del control intencional y el aumento de frustración predicen la psicopatología externalizante.

Aunque los rasgos de temperamento y personalidad desadaptativos predicen fuertemente la psicopatología, es importante comprender que, tal y como lo indica Hengartner (2018) estas características generalmente se suman a factores ambientales adversos, en cuyo caso ambos se refuerzan mutuamente y se conduce a un círculo vicioso.

- Sexo: El sexo es un factor de riesgo importante en la prevalencia de trastornos internalizados y externalizados; los trastornos emocionales afectan más a las mujeres, patologías como depresión, ansiedad, estrés y trastornos alimentarios; mientras que los hombres suelen presentar más problemas conductuales como personalidad antisocial, conducta psicopática e hiperactividad (Toro, 2014).

Abry et al. (2017) encontró que la presencia de problemas internalizados son más comunes en niñas mientras que los problemas externalizados se presentan con mayor frecuencia en niños.

Las diferencias de sexo generalmente se atribuyen a cuestiones biológicas, sin embargo, el rol de sexo y género pone en juego componentes sociales, influencias socioculturales en el trato, la educación, la crianza, las oportunidades y demás factores por el hecho de nacer niña o niño.

Familiares

- Conductas parentales: En la dinámica familiar algunos comportamientos por parte de los padres predicen las patologías infantiles de la dimensión externalizada; Barrios, Bufferd, Klein y Dougherty (2017) indican que la hostilidad parental genera altos niveles de cortisol infantil como respuesta inmediata y que a largo plazo produce síntomas internalizados y externalizados, además de dificultades psicosociales.

Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo (2017) reportan que los hijos cuyos padres realizan malas interpretaciones y evaluaciones sobre el comportamiento de sus hijos, tienden a responder de manera violenta y presentar un mayor número de síntomas externalizados. Coherente con esta información, Colalillo, Miller y Johnston (2015) encontraron que las atribuciones negativas, tal como culpabilizar al niño por su mal comportamiento predice la sintomatología externalizada y en menor medida la internalizada.

Así mismo, la crianza intrusiva y controladora predice el comportamiento externalizado, que a su vez genera un efecto cognitivo y emocional en los padres llevándolos a ser cada vez más intrusivos y controladores (Yan & Ansari, 2017).

Yoon et al. (2017) muestra que en el desarrollo de los problemas externalizados, también se encuentran factores familiares como la negligencia, la exposición a la violencia de pareja íntima (IPV), el vínculo inseguro entre el cuidador y el niño y los problemas de salud mental de los cuidadores. Los conflictos entre los padres, también representan un factor de riesgo en el desarrollo de mal comportamiento en niños de edad preescolar (Xuan, et al., 2018).

Otros de los elementos encontrados con el desarrollo de psicopatología externalizante son los problemas de apego y la falta de muestras de afecto padres-hijos (Lecannelier, Ascanio, Flores & Hoffmann, 2011; Roskam, Meunier & Stievenart, 2011), Connors-Burrow, McKelvey, Pemberton, Mesman y Holmes (2015) muestran que el rechazo por parte de los padres, el ser indiferente, negligente, agresivos y duros en la crianza, se encuentra estrechamente relacionado con problemas de salud mental y delincuencia; a diferencia de mostrarse cálidos y con altos grados de aceptación hacia sus hijos, lo que funciona como factor protector ante experiencias negativas.

- Castigo físico y trato humillante: Se conoce como trato humillante cualquier trato ofensivo y denigrante, que devalúa, estigmatiza, ridiculiza y menosprecia, con el objetivo de

amenazar, provocar dolor, molestia o humillación (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021).

También conocidos como malos tratos en la infancia, las conductas agresivas hacia los niños están íntimamente relacionadas con la violencia intrafamiliar, que tiene consecuencias directas en la salud mental de niñas y niños, desde el sufrimiento inmediato hasta las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, donde se genera un círculo de violencia (Barudy & Dantagnan, 2008).

La agresión verbal de los padres, como insultos, amenazas y menosprecios tiene efectos negativos en la salud mental de los hijos, similares a los que son testigos de violencia doméstica (Toro, 2014); el castigo físico por parte de los padres como medida disciplinaria predice significativamente la agresión infantil y aumenta la sintomatología externalizada (Altschul, et al., 2016).

- Abuso de sustancias por parte de los padres: Los hijos de padres alcohólicos también muestran mayor riesgo de desarrollar problemas mentales y problemas de comportamiento (Conners-Burrow, et al. 2015), mientras que el uso de drogas por parte de los cuidadores predicen altos puntajes en problemas de conducta (Yoon et al., 2017).
- Psicopatología familiar: La presencia de psicopatología en los padres aumenta la probabilidad de psicopatología en sus hijos, tal es el caso de trastornos como la esquizofrenia, la depresión, los problemas alimentarios y la bipolaridad, sin embargo, el hecho de que los padres sufran de un trastorno también da lugar a la aparición de otros en sus hijos (Toro, 2014).

En un estudio llevado a cabo por Leijten (2019) se encontró que las familias con madres diagnosticadas con depresión tienen mayores probabilidades de tener hijos con problemas de conducta severos, esto mediado por cuestiones de crianza, ya que la depresión materna genera cambios en el trato y la cercanía hacia los hijos. Cuando mayor es el grado de depresión en la madre mayor es la probabilidad de conducta perturbadora en los hijos (Batten et al., 2012).

Los trastornos de ansiedad en los progenitores y/o cuidadores, también son predictores de problemas de conducta y sintomatología externalizada en los hijos (Antúnez, de la Osa, Granero & Ezpeleta, 2017).

En cuanto a la continuidad intergeneracional del comportamiento problemático, se ha encontrado que tiene mayor influencia ambiental, social y familiar que genética; los niños y adolescentes con estos problemas viven los mismos tipos de conductas en casa, por parte de sus padres (Toro, 2014).

Sociales

- **Ámbito educativo:** Yan y Ansari, (2017) indican que el comportamiento externalizado también está influenciado por el mal trato y la intrusividad por parte de adultos no pertenecientes al ámbito familiar, como en el caso de los profesores de aula.

- **Pobreza e influencia cultural:** La cultura, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la clase y grupo social tienen influencia en la segregación y discriminación social, en la exposición y frecuencia a situaciones adversas (Rutter & Nikapota, 2003); niños que crecen en estos ambientes están más expuestos a sufrir falta de cuidados médicos, físicos y mentales, a tener vivencias de violencia en la comunidad e intrafamiliar, así como maltrato y abuso sexual (Nathanson, Oxley y Rouger, 2010). Toro (2014), indica que el mayor riesgo para el desarrollo de la psicopatología se encuentra cuando un ambiente familiar emocionalmente abusivo coincide con varios tipos de maltrato.
Nathanson, Oxley y Rouger (2010), indican que los niños que viven en ambientes adversos son niños en peligro, pues además de estar expuestos a maltrato en el seno familiar, también se enfrentan a maltrato institucional.

- **Adversidades crónicas:** Las situaciones que generan experiencias altamente estresantes o negativas son aquellas que mayor grado de predicción tienen para el desarrollo de psicopatología. Escenarios donde se vive maltrato constante, abuso infantil y experiencias traumáticas, representan mayor riesgo y vulnerabilidad (Toro, 2014).

Las adversidades crónicas tienen la característica de estar presentes durante un periodo de tiempo considerable, perduran y generan estrés constante, Friedman y Chase-Lansdale (2003) señalan que las adversidades crónicas más notables son pobreza, psicopatología parental, muerte de los padres, discordia entre los padres, violencia comunitaria, maltrato infantil, falta de cuidados y fallas en la crianza, enfermedades médicas en los niños, experiencias que dificultan en gran medida un desarrollo saludable.

La psicopatología originada por adversidad crónica puede entenderse sólo si se contextualiza la dinámica familiar y la dinámica social, y se integran las características del niño y del maltrato; desde este sentido es muy común encontrar trastornos psicosomáticos, cognitivos y afectivos, así como cambios a nivel neuroanatómico y en funcionalidad (Nathanson, Oxley & Rouger, 2010).

Diversos estudios (Toro, 2014; Altschul, Lee y Gershoff, 2016; Xuan et al., 2018) reportan que el maltrato como experiencia altamente estresora representa uno de los mayores problemas para los niños, además que, quienes se encuentran inmersos en este tipo de ambiente no solamente viven un tipo de maltrato, sino varios al mismo tiempo.

Como se revisó en este apartado, un factor de riesgo por sí mismo no determina la psicopatología, pero la presencia conjunta la predicen en mayor medida. Al respecto, los autores Buitrago et al. (2018) sugieren analizar los factores de riesgo y atender de forma temprana para prevenir y revertir los efectos con mayor éxito.

Yan & Ansari, (2017) encontraron que los problemas externalizados en la infancia pueden revertirse cuando una figura, dentro o fuera del hogar, establece una relación sana y de aceptación con el menor. Así mismo, Nathanson, Oxley y Rouger (2010) sugieren que la intervención para los problemas externalizados en la infancia incluya trabajo con los padres lo mayormente posible.

El cumplir con ciertos hitos de desarrollo de acuerdo a los esperado en las distintas etapas, como alcanzar habilidades de autorregulación, conciencia social y comunicación con otros, dirige a los niños a poner en práctica su capacidad de inhibir impulsos agresivos, de utilizar la teoría de la mente para comprender la perspectiva de los demás, y disminuir los problemas externalizados (Yoon, et al., 2017).

2.2 Comportamiento disruptivo y agresión

Romero (2015) reporta que el comportamiento disruptivo tiene que ver con aquellas conductas con rasgos agresivos que van en contra de la norma, como gritarle a los demás, romper cosas, romper las reglas en la escuela, entre otras.

La agresión es un tipo de conducta negativa que tiene la finalidad de generar consecuencias aversivas en uno mismo, en el otro o en el ambiente, empero, en los niños preescolares se observa que la agresión se encuentra matizada por dos aspectos principales: como reacción a un estímulo evocador (reactiva), o como una acción intencional y dirigida a hacer daño (proactiva) (Carrasco, del Barrio, González, Gordillo & Holgado, 2011).

La agresión reactiva se caracteriza por problemas con la expresión y regulación de la ira (Izard, et al., 2006), hace referencia al modelo de frustración-agresión, es emocional, impulsiva, defensiva y descontrolada, además, está determinada por la ausencia de inhibición y el escaso control conductual, y aparece después de un detonador que produce miedo, irritabilidad u hostilidad (Carrasco et al., 2011; Deschamps, Verhulp, Orobio, & Matthys, 2018).

Por el contrario, la agresividad proactiva parece estar motivada por emociones de enfoque negativo o rasgos insensibles y no emocionales (Izard, et al., 2006); se caracteriza por ser ofensiva, controlada, intencional, dirigida a hacer daño, y presenta un patrón instrumental, organizado y dirigido a objetivos (Carrasco et al., 2011; Deschamps et al., 2018).

Varios autores (Earls & Mezzacappa, 2003; Altschul, et al., 2016; Deschamps et al., 2018) coinciden en que la agresión en niños está influenciada por conflictos en la familia, patrones de conducta agresiva-violenta entre los padres, castigo físico y maltrato infantil.

En preescolares, la identificación de rasgos de comportamiento disruptivo y agresividad es poco atendido, padres y maestros suelen pensar que es algo que cambia con el tiempo, lo cual es cierto cuando son conductas normativas propias de la etapa; sin embargo, cuando no es así, los problemas suelen continuar sin detectarse y observarse más puntualmente en la edad escolar, etapa donde las funciones ejecutivas y las habilidades sociales están más establecidas y niños que presentan este comportamiento salen de la norma.

Al respecto, Earls y Mezzacappa (2003) sugieren identificar dos conceptos principales al momento de analizar dichas conductas en esta población: 1) Los problemas que derivan en trastornos de conducta se desarrollan en ambientes sociales y familiares marcados por el conflicto y la adversidad, por lo que se debe llevar a cabo un análisis del contexto, de los factores de riesgo y de la interacción, y 2) la naturaleza disfuncional de los trastornos de conducta deben conceptualizarse ya sea en diagnósticos categoriales o dimensionales, lo cual ayuda a reflejar la forma en que operan los procesos causales de los factores de riesgo y protección.

En el ámbito del tratamiento se sugiere trabajar con la adquisición de emociones necesarias para las relaciones sociales como la empatía y vergüenza, así mismo, incluir intervenciones padres-hijos (en la medida de lo posible), que favorezcan el afecto positivo y cálido por parte de los padres; pues esto permite a los niños preescolares regular la ira, disminuir la agresión y las conductas agresivas (Izard, et al., 2006).

2.3 Problemas de control de impulsos

Si bien la capacidad para regular los propios estados emocionales se desarrolla a partir de los dos años, hacia los cuatro y cinco años se esperan ciertas habilidades de autorregulación, no totalmente desarrolladas, que permiten a los niños modelar su comportamiento para socializar e interactuar (Ezpeleta, 2014).

Los berrinches y los problemas de frustración-reacción agresiva son más comunes durante la edad preescolar, cuando son normativos, permiten a los niños un avance en su desarrollo, no se presentan tan constantes ni tan duraderos y los niños se recuperan con facilidad; por el contrario, cuando son muy prolongados, totalmente desproporcionados, cuando el detonador es frecuentemente subjetivo y poco comprensible, con muy alta frecuencia, con dificultad para recuperarse, e incluye agresión verbal o física, destrucción de objetos del ambiente y además dificulta las relaciones interpersonales, entonces se habla de componentes de riesgo para el desarrollo de psicopatología en la dimensión exteriorizada (Figueroa, Díez & Soutullo, 2010; Ezpeleta, 2014).

Para el tratamiento, Volckaert & Noël (2015) proponen intervenciones cognitivas dirigidas a potenciar las capacidades de inhibición, que permitan a los niños entrenarse en flexibilidad y control emocional y motriz.

2.4 Oposicionismo y desafío de autoridad

De acuerdo con la descripción de la American Psychiatric Association (APA, 2014), estas conductas en los niños están dirigidas a discusiones con la autoridad: padres y maestros más comúnmente, y la negativa de las normas que se les proporciona, además están fundamentalmente motivadas por sentimientos de ira y enojo.

Esta problemática se caracteriza por discutir las órdenes de los adultos, mantener una actitud desafiante y provocativa ante la autoridad y una actitud de negativa o de oposición, en otras palabras, decir que no a lo que se le dice o se le indica, incluso mantiene su comportamiento negativista y hostil a pesar de que sus intereses se pongan en juego (Ezpeleta, 2014).

Además, niños que presentan este comportamiento, también tienden a actuar por despecho, a molestar y culpar a otros por las consecuencias de sus acciones o problemas (Antúnez et al., 2017).

Antúnez, et al. (2017) indican que el oposicionismo en niños preescolares está significativamente relacionado con la negatividad, hostilidad, desapego, ansiedad y depresión de la madre, así como comportamiento agresivo por parte del padre.

El incremento de negatividad y oposicionismo durante esta etapa sirve para impulsar la independencia, hacer las cosas por sí mismos y manejar la consiguiente frustración ante las limitaciones, sin embargo, estos comportamientos cuando son normoevolutivos, son esporádicos y contextodependientes (Figuroa, et al., 2010). Como indican Miranda-Casas, Uribe, Gil-Llario y Jarque (2003) es importante estar atento a indicadores de gravedad, pues cuando estas conductas interfieren significativamente con el desarrollo del niño, su funcionamiento social y adaptación global, deben valorarse como signos clínicos.

El tratamiento preferiblemente debe incluir a los padres, entrenándolos en estilos diferentes de educar, para conducir a que el niño obedezca e interiorice las normas y los valores morales, más

allá de acatarlas sólo por “tener que hacerlo”; asimismo, es importante fomentar la interiorización de las normas, lo que evita los comportamientos antisociales, favorece los prosociales y facilita el funcionamiento del niño en distintos ambientes (Figueroa, et al., 2010).

CAPITULO 3.

Psicoterapia integrativa

A partir de 1930 se observan los primeros indicios de propuestas aisladas que pretender mezclar conceptos teóricos y prácticas clínicas de distintos enfoques como el psicoanálisis y el conductismo (Opazo, 2001), todo desde una visión ecléctica o en otros sentidos unificacionista, es decir, como una fusión de varios o todos los modelos en uno, que constituye una perspectiva ingenua (Feixas & Botella, 2004).

Propiamente, los esfuerzos por desarrollar una integración técnica y de conceptos de modelos teóricos tiene sus inicios en los años 70 con el Dr. Richard Gordon Erskine, que implementa una visión integrativa de la terapia, basada en el desarrollo evolutivo y centrado en la relación (Masana & Etxeberria-Ibáñez, 2021).

En 1975, presenta su artículo “El ABC de la psicoterapia eficaz” (The ABC of effective psychotherapy), donde aborda la importancia de ser flexible e integrar aspectos cognitivos, conductuales y afectivos en la psicoterapia, con la finalidad de que el terapeuta tenga más opciones de intervenciones terapéuticas, abordando y reconociendo que el cliente o paciente no es sólo conductual, cognitivo o afectivo; y destaca que el uso de los tres enfoques permite identificar con el cliente por qué tiene un problema, permite establecer el comportamiento en los contratos de terapia que involucran lo que el cliente quiere cambiar, cómo se comportará de forma diferente y cómo otras personas podrán darse cuenta de ese cambio, y por último generar un trabajo para eliminar viejos bloqueos emocionales y desarrollar nuevas formas de vivir (Erskine, 1975).

Posteriormente, en 1976 nace el Instituto de Psicoterapia Integrativa, dirigida por el Dr. Erskine, donde se plantean dos implicaciones principales en el proceso de integración (Instituto de Psicoterapia Integrativa [IPA], 2021):

1. La integración se refiere a la integración interna, al proceso de integrar la personalidad, de asimilar aspectos no conscientes de uno mismo para hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo el uso de mecanismos de defensa que obstaculizan la espontaneidad y flexibilidad en la resolución de problemas. Durante este proceso se busca

la incorporación con plena capacidad de contacto, el mantenimiento de la salud y las relaciones a modo de crear totalidad.

La integración une los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico, como una totalidad de aspectos en interacción constante que llevan a una consciencia de los aspectos sociales y transpersonales. Es necesario considerar una perspectiva evolutiva del ser humano, donde cada fase vital se caracteriza por tareas propias del desarrollo, desde necesidades hasta crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

2. La psicoterapia integrativa toma en cuenta distintos criterios de funcionamiento humano, considera que cada uno de los enfoques existentes (psicodinámico, centrado en el cliente, conductual, cognitivo, gestalt, familiar, etc.) proporcionan una explicación parcial del comportamiento; por lo que la integración como proceso, como sistema detallado, teórico y coherente sobre la motivación humana y la personalidad como un equilibrio entre el procesamiento de estímulos, la capacidad de estructurar y la búsqueda de relación, permite ayudar a las personas a sanar asuntos pendientes en sus vidas.

La integración va más allá de unir dos o más teorías, de querer conjuntar todo en una mezcla, o de utilizar técnicas sin relación entre sí de forma ecléctica; involucra un proceso más que una actividad, en el que la visión relacional y de funcionamiento sistémico permiten una metaperspectiva con validez y consistencia interna en una organización conceptual de una teoría unificada del método.

En los años 80, nace la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), que busca alentar la comunicación entre profesionales y servir como grupo de referencia a los interesados en explorar diferentes enfoques en psicoterapia, con la visión de que la práctica en psicoterapia no se encuentre limitada a una sola orientación (Opazo, 2021). Su objetivo principal es promover el desarrollo de psicoterapias que integren orientaciones teóricas, prácticas clínicas y diversos métodos de investigación (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration [SEPI], 2021).

De acuerdo con Feixas y Botella (2004), en los 80 se consolida el movimiento de integración, dado que la psicoterapia se encontraba en un punto de fragmentación donde un problema se trataba de formas distintas según el terapeuta y el enfoque, evidenciándose como una profesión en la que

sus practicantes se encontraban en enfrentamiento constante y se descalificaban entre escuelas; así el espíritu integrador dirigió sus esfuerzos en búsqueda de la cooperación y la coordinación de recursos disponibles desarrollados a lo largo de décadas de trabajo en los distintos enfoques.

El *Journal of Psychotherapy Integration* se edita por primera vez en 1991 (Opazo, 2001), revista de la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*, donde se incluyen artículos de psicoterapia, de psiquiatría y de campos amplios de la psicología que explican el desarrollo y el cambio de comportamiento (SEPI, 2021).

El movimiento integrativo en América Latina llega en 1992; por un lado a cargo de Héctor Fernández-Álvarez, de Argentina, con su libro “Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia”, el cual tiene una base cognitivo-constructivista; y por otro con Roberto Opazo, de Chile, con la publicación de “fuerzas de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo”, que muestra un modelo integrativo supraparadigmático (Opazo, 2001; Mariñelarena-Dondena, 2009).

En el 2001, se funda la *International Integrative Psychotherapy Association* (IIPA), y en el 2010 se pone en circulación la *International Journal of Integrative Psychotherapy* (IJIP) de esta asociación, la cual aborda teoría, práctica e investigación de la psicoterapia relacional integrativa (Masana y Etxeberria-Ibáñez, 2021).

Opazo (2001), explica que en la historia de la evolución de la psicoterapia se encuentran algunos puntos clave que favorecieron el movimiento del eclecticismo hacia la integración:

- Necesidad de síntesis: Surge la necesidad de brindar unidad al campo de la psicoterapia, que ha experimentado una enorme diversificación con exceso de enfoques.
- Insatisfacción con las teorías psicoterapéuticas: Si bien las teorías tradicionales han sido hasta cierto punto sustituidas por otras “nuevas”, el surgimiento de enfoques con una visión diferente no ha mejorado la práctica.
- Insatisfacción con los resultados de los procesos terapéuticos: La psicoterapia en general ha mostrado dificultades para superar los efectos placebos y promover cambios significativos en los pacientes.

- Tendencia al empate: Los distintos enfoques se han esforzado en demostrar que son mejores unos que otros, pero ninguno hasta ahora ha mostrado ser superior, cada uno tiene cierta utilidad en el proceso de cambio en psicoterapia.
- Eclecticismo espontáneo: Una práctica clínica por la que optaron varios psicoterapeutas, con el objetivo de “privilegiar a los pacientes” con estrategias clínicas de todas las áreas en medio tanta discusión teórica y clínica.
- Mostrar eficiencia: Surge de la exigencia social de obtener resultados, tanto desde el aspecto de salud pública que no puede costear procesos tan largos, como de la necesidad de certeza de salud al acudir a servicio de psicoterapia.
- Actitud menos dogmática: El dogma inicial de los enfoques comienza a disminuir, los psicoterapeutas comienzan a tener mayor apertura y flexibilidad en ámbitos teóricos y estratégicos, lo que a su vez permite que sus afirmaciones sobre su enfoque sean más modestas.

La integración en psicoterapia se puede entender como una evolución hacia estadios más maduros de desarrollo, donde se deja atrás la visión absolutista y dogmática de “mi enfoque es el mejor por definición y los demás están equivocados”, y se avanza hacia el relativismo donde “cada enfoque funciona según el caso”, se adopta además una perspectiva epistemológica constructivista facilitada por los siguientes factores (Feixas y Botella, 2004):

- Proliferación de enfoques psicoterapéuticos: El exceso de enfoques evidenció al campo de la psicoterapia como una práctica fragmentada; cada enfoque representa una construcción parcial de la realidad, cada uno ha desarrollado fragmentos de conocimiento de forma independiente y competitiva, esta competitividad ha llevado a una perspectiva de diferenciación influenciada por cuestiones socioculturales e ideologías filosóficas. La integración no supone ser un modelo más a acumular sino una nueva forma de visualizar los ya existentes.
- Inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos: No existe un solo enfoque que sea clínicamente adecuado a todos los problemas, clientes y situaciones, de hecho el que nazcan cada vez más enfoques está relacionado con la insatisfacción con los ya existentes para determinados casos; sin embargo, no se trata de crear un enfoque para

cada problema, sino de explorar los conocimientos y técnicas ya disponibles y de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a cada caso concreto.

- Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias: Ninguno de los modelos psicoterapéuticos sobresale claramente por encima de los demás, en realidad, se entiende que el enfoque, las técnicas y la postura del terapeuta como único experto, no es lo que genera el cambio. Desde el esfuerzo de integración, se adopta un enfoque constructivista en el que terapeuta y cliente participan en una aventura común, ambos expertos en una interacción de colaboración y co-construcción de nuevos significados y experiencias.
- Reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias: Se comienza a observar que lo que permite avances en psicoterapia desde distintos enfoques son los llamados factores comunes, los cuales explican hasta un 30% del éxito en psicoterapia; esto promueve la cooperación de terapeutas de distintas orientaciones.
- Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes de cambio: Surge un mayor reconocimiento de que la psicoterapia no es un tratamiento que un técnico experto administra a un paciente pasivo, sino una forma de relación diferente, que se le ofrece al cliente para que este se cambie proactivamente a sí mismo.
- Factores sociopolíticos y económicos: Especialmente en Estados Unidos se ejerce una mayor presión para mejorar la calidad y acortar el tiempo de los servicios en salud mental.

De acuerdo con lo descrito por Masana y Etxeberria-Ibáñez (2021), la psicoterapia integrativa se centra en un valor relacional que involucra aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que rodean a la persona, como un enfoque terapéutico unificador del funcionamiento afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico, así como de la dimensión espiritual de la vida.

La psicoterapia integrativa es un proceso teórico-práctico, llevado a cabo desde una postura constructivista, en el cual la construcción del mundo subjetivo del individuo es el reto principal, para ello se toman en cuenta estrategias terapéuticas sistemáticas y lógicas con un marco teórico desde un pensamiento integrador que permita al terapeuta análisis, comprensión, flexibilidad y acompañamiento. Así mismo, adopta conceptos y partes válidas de teorías explicativas y predictivas reencuadrándolos en un marco teórico más amplio, formando un todo lógico a partir de partes diferentes; se nutre de fuerzas de cambio que organiza en el ámbito de una teoría integrativa

capaz de contener la complejidad de la dinámica psicológica del paciente (Fernández-Álvarez & Opazo, 2004).

Erskine (2018) expone 8 principios filosóficos que guían la práctica de la psicoterapia integrativa:

1. *Todas las personas son igualmente valiosas:* Es responsabilidad del terapeuta encontrar formas de valorar a cada paciente, aun cuando su conducta sea incomprensible, la relación terapéutica debe proporcionar seguridad, igualdad y amabilidad, y se le debe aceptar tal como se presente.
2. *Toda experiencia humana se organiza fisiológica, afectiva y/o cognitivamente:* Es de naturaleza biológica otorgar significado a las experiencias, las personas comunican su historia de vida de manera consciente o inconsciente con elementos verbales, físicos, con reacciones emocionales y un valor cognitivo, de tal forma que es tarea del terapeuta observar, escuchar y decodificar las expresiones inconscientes de la historia de vida y con ello buscar una relación hacia la salud.
3. *Toda conducta humana tiene significado en algún contexto:* Una de las tareas del terapeuta es ayudar al paciente a que sea consciente de los diversos significados de sus conductas y fantasías, facilitando también la comprensión de los contextos en los que se deriva el comportamiento. Cuando el cliente toma consciencia de sus patrones comportamentales, de la función de esos comportamientos, y del efecto en sus relaciones, es capaz de generar un cambio.
4. *El contacto interno y externo es esencial para el funcionamiento humano:* Es importante promover el contacto del paciente con sus propios procesos internos (sensaciones corporales, emociones y pensamientos), y la forma de comunicarlo con consciencia hacia los otros.
5. *Todas las personas buscan relaciones y son interdependientes a lo largo de la vida:* El psicoterapeuta debe ofrecer una nueva relación intersubjetiva que desafíe las creencias antiguas y los patrones de conducta disfuncionales, proporcionando seguridad emocional, validación y fiabilidad.
6. *Los seres humanos tienen el impulso innato de crecer y desarrollarse:* Es importante que el terapeuta establezca una relación de contacto pleno, que ayude en la comprensión de la

historia del cliente y juntos exploren las opciones y salidas creativas para desarrollarse positivamente

7. *Los seres humanos sufren perturbaciones relacionales, más que “psicopatología”*: En el trabajo clínico se sugiere comprender los síntomas como intentos creativos de satisfacer necesidades e intentos de manejarse en situaciones adversas, con el reconocimiento de la existencia de clasificación que proporciona un amplio marco teórico, pero desde una perspectiva que pretende comprender la acomodación que la persona ha hecho entre su funcionamiento interno y sus intentos por resolver conflictos intrapsíquicos. Esto permite hacer contacto pleno con las heridas psicológicas y con las necesidades de auto-reparación.
8. *El proceso intersubjetivo en psicoterapia es más importante que el contenido de la psicoterapia*: La intersubjetividad hace referencia a la síntesis de dos personas que comparten una experiencia, desde este sentido, el proceso intersubjetivo conlleva que se mezclen las experiencias subjetivas de cada persona; en la psicoterapia se busca una síntesis nueva y única, co-creada en un ambiente de calidad emocional que permite la manifestación y aceptación del malestar psicológico y de la vulnerabilidad.

3.1. Tipos de integración

A lo largo de la historia de la integración, los esfuerzos desarrollados han logrado diversas formas de integrar (García & Fantin, 2012). Feixas y Botella (2004) identifican tres tipos distintos de integración: eclecticismo técnico o también conocido como integración técnica, integración teórica y factores comunes.

Por su parte, Seymour (2011), expone cuatro formas de integración, las cuales se describirán a continuación:

1. **Electicismo técnico**: Este tipo de integración se centra en la selección de procedimientos terapéuticos sin importar la teoría a la que pertenecen (Feixas & Botella, 2004), los modelos desde esta integración se mueven bajo una premisa intuitiva de lo que se considera más apropiado para el paciente (García y Fantin, 2012). Su base principal es aplicar “lo que se sabe que funciona”, aún sin saber por qué funciona (Seymour, 2011).

A su vez, la integración técnica tiene tres vertientes (García y Fantin, 2012):

- Integración técnica pragmática: La selección de técnicas está determinada por el nivel de eficacia que han demostrado empíricamente.
- Integración técnica de orientación: Incorpora las técnicas tomando en cuenta los criterios que establece su teoría y manteniendo una orientación particular.
- Integración técnica sistemática: La selección de técnicas está en función de las características particulares del paciente, se considera un esquema conceptual personal que puede incluir su locus de control, su estilo de afrontamiento, su estilo atribucional, etc.

Aunque el eclecticismo técnico ha contribuido al desarrollo de la psicoterapia integrativa, ha tenido poco éxito ante la ausencia de un marco teórico estable que guíe la investigación y la práctica, la falta de una pauta consistente que permita organizar el proceso (Opazo, 2001; Seymour, 2011).

2. Integración de factores comunes: Este tipo de integración analiza el nivel intermedio de la psicoterapia, identificando estrategias clínicas y procesos de cambio compartidos por varios modelos de psicoterapia (Seymour, 2011).

Teniendo en cuenta a Feixas y Botella (2004), las similitudes en los factores comunes pueden ser teóricas, es decir, que las distintas teorías esconden semejanzas esenciales debajo de sus conceptos diferenciados, o pueden ser clínicas, aquellas que operan en toda psicoterapia sin importar la orientación teórica y que permitirían un marco conceptual supraordenado más que una teoría unificada para dar sentido a diferentes formas de práctica.

Actualmente, existe un consenso en cuanto a la importancia de factores como la alianza terapéutica, la exposición del paciente a una nueva experiencia relacional correctiva, las características personales y profesionales del terapeuta (empatía, escucha activa, consideración, atención, etc.) y las expectativas terapeuta-paciente para el cambio positivo (García & Fantin, 2012).

3. Integración teórica: Se integran dos o más psicoterapias con el objetivo de que el resultado de la fusión sea mejor que cada una por separado, se busca integrar los conceptos teóricos y a su vez sus técnicas (Feixas y Botello, 2004), está subdividido en tres tipos (García y Fantin, 2012):
- Integración teórica híbrida: Se caracteriza por la articulación conceptual de dos enfoques terapéuticos ya establecidos, se intentan seleccionar los aspectos teóricos y las técnicas más útiles de cada uno.
 - Integración teórica amplia: En este tipo de integración se consideran más de dos teorías y se busca articular distintos aspectos del funcionamiento humano, como los cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales; además de buscar una conexión entre la psicología académica y la psicoterapia.
 - Integración metateórica: Plantea la posibilidad de lograr una articulación desde distintos enfoques bajo un marco común metateórico; los enfoques deben ser epistemológicamente compatibles para poder explicar la integración desde estas bases.
4. Integración asimilativa: Es un tipo de integración identificado donde los psicoterapeutas trabajan desde un modelo específico, pero incorporan selectivamente elementos de otros modelos, sin dejar de lado su modelo principal. La integración asimilativa se deriva tanto de la integración teórica como de la integración técnica, desde este sentido, suelen reinterpretarse los significados de las técnicas bajo la visión de la teoría principal (Seymour, 2011).

De acuerdo con Seymour (2011), los diversos enfoques integrativos, independientemente del tipo de integración que utilicen, se están centrado en el desarrollo de investigación en cuanto a resultados, para incursionar en la psicoterapia basada en evidencia.

Drewes (2011) plantea la necesidad del uso de enfoques integrativos en la terapia con niños y adolescentes debido a la complejidad en las problemáticas, los tratamientos multifacéticos que integren teorías, técnicas y factores comunes pueden responder a múltiples problemas superpuestos (comorbilidades) para generar un cambio terapéutico multidimensional.

3.2. Psicoterapia integrativa supraparadigmática

Con base en lo descrito por García y Fantin (2012), la psicoterapia integrativa supraparadigmática responde a la integración metateórica, donde el marco en común son los paradigmas.

Un paradigma hace referencia a un conjunto de creencias compartidas por una comunidad científica, a un marco conceptual amplio que aporta planteamientos epistemológicos, metodológicos y etiológicos, los cuales son utilizados para interpretar información, orientar investigaciones y fundamentar, en este caso, aproximaciones psicoterapéuticas; a su vez, un supraparadigma constituye marcos teóricos más abarcativos al integrar paradigmas (Opazo, 2001).

Así, la psicoterapia integrativa supraparadigmática pretende ser una perspectiva en el quehacer clínico que responda a las deficiencias que ha mostrado la psicoterapia a lo largo de la historia, sin asumirse como una postura “mejor” que otras, pues reconoce que las propuestas de los diversos modelos de integración poseen amplias cualidades y aplicaciones en el ámbito de la salud mental, pero si desde una perspectiva amplia y no reduccionista que sistematiza e incorpora lo valioso de cada paradigma (Fernández-Álvarez & Opazo, 2004).

Calderón (2003), explica que este modelo busca articular las fuerzas de cambio provenientes de distintos paradigmas, que derivan en un análisis de procesos, estados y niveles de cambio. Además no prioriza ningún paradigma, porque reúne los méritos y aportes de los seis paradigmas, tampoco pretende que todos los paradigmas hagan aportes equivalentes en cada desajuste y en cada paciente. Más bien busca hacer un análisis en el marco de la totalidad integrada, rescatando diferencialmente los aportes teóricos y clínicos de cada paradigma (Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa [ICPSI], 2021).

Opazo (2001), retoma el hecho de que la psicopatología responde etiológicamente a la multicausalidad; cada enfoque hace referencia a una serie de factores que explican el desarrollo de la psicopatología (familia, ambiente, cogniciones, etc.) y sobre ello puntualizan el tratamiento; sin embargo, esto puede ser visto como reduccionismo al excluir otros factores por el hecho de pertenecer a la visión de un enfoque distinto. La idea central es retomar el conocimiento en psicoterapia, no integrar autores ni enfoques (Opazo & Bagladi, 2010).

Actualmente la psicoterapia basada en evidencia hace una conjunción con datos científicos sobre los factores de influencia y las intervenciones que representan altos porcentajes de éxito para determinados problemas (Seymour, 2011). De esta forma, el modelo supraparadigmático retoma las evidencias de cada enfoque, con la visión de que son más que el enfoque mismo porque representan causalidades relativas, factores con alto grado de predicción de psicopatología que dependen de la organización que el sistema self realice.

En la práctica, se asume como un proceso activo personalizado entre dos expertos, paciente y terapeuta (epistemología constructivista moderada) que trabajan en conjunto para conseguir objetivos acordados y deliberadamente enriquece experiencias cognitivas, afectivas y conductuales; la psicoterapia es nutrida por fuerzas de cambio o principios de influencia provenientes del paciente, del terapeuta y de la relación, por fuerzas de cambio específicas provenientes de los distintos paradigmas y por factores comunes (Opazo & Bagladi, 2010).

Opazo (2001) establece 12 postulados básicos que funcionan como pilares especificadores de la psicoterapia integrativa supraparadigmática:

1. La psicoterapia integrativa es consistente con el modelo integrativo supraparadigmático: El modelo enmarca, orienta y fundamenta el desarrollo clínico desde un fundamento lógico de integración.
2. La psicoterapia integrativa es un proceso interpersonal: El proceso interpersonal se da en la relación paciente-terapeuta, por ello la tarea principal consiste en desarrollar una alianza terapéutica de calidad.
3. El diagnóstico integral es considerado crucial en términos de predicción de evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas: Es necesario evaluar en el paciente cada paradigma de un modo sistemático. Se busca describir las fortalezas y debilidades que el paciente presenta en su sistema self. Etiológicamente hablando se busca establecer el rol de cada paradigma con el motivo de consulta, los síntomas y los desórdenes caracterológicos. En términos terapéuticos se prioriza recoger fuerzas de cambio de los distintos paradigmas y aplicarlas en función de los requerimientos diagnósticos.

4. Los objetivos terapéuticos son esclarecidos y acordados con el paciente: Plantear los objetivos claramente favorece la motivación, la colaboración activa y la disminución de resistencias.
5. El cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que sea influenciada: Cada paradigma contribuye de forma diferente a la totalidad, desde este sentido, el diagnóstico de cada paradigma guía el trabajo terapéutico para intervenir sistemáticamente en aquellos que estén generando daño, de esta forma se busca abordar en distintas estructuras según se necesite.
6. Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse hacia el sistema total: Los modelos integrativos poseen bases sistémicas, por lo tanto, cuando se genera un cambio en un área, surgen mejoras en otras.
7. Cualquier cambio en el sistema total tiende a afectar a cada parte del sistema psicológico: Los afectos, cogniciones y conductas se acomodan a la dinámica general del sistema.
8. Las variables inespecíficas van adquiriendo especificidad en el marco de la psicoterapia integrativa: El desglose paradigmático posibilita un proceso de tres pasos: el identificar las variables inespecíficas del paciente, del terapeuta y de la relación, establecer la significación de su aporte al cambio y darles una óptima aplicación clínica. Todo esto con la finalidad de hacer uso clínico de aquellas variables “ocultas” que no han sido utilizadas de manera intencional en beneficio del paciente.
9. Los principios de influencia aportan especificidad a la psicoterapia integrativa: Los principios de influencia hacen referencia a la probabilidad de que un hecho específico precedente se relacione con un hecho específico consecuente. Los principios de influencia son direccionales y permiten que el terapeuta tenga más claridad de hacia donde se está influyendo, aunque el efecto no sea perceptible de manera inmediata.
10. El eje de la psicoterapia integrativa es la traducción de la experiencia, realizada por el paciente a través de su sistema self: La experiencia terapéutica debe ser transformada en estímulo efectivo por el sistema self del paciente, de tal forma que el terapeuta debe ir detectando cómo significa el paciente la experiencia terapéutica, para favorecer estímulos efectivos deseables y consistentes con los objetivos terapéuticos.

11. El desarrollo de cada Subsistema tiene efectos preventivos: El desarrollo de cada subsistema o paradigma se centra en potenciar sus fortalezas, lo que promueve habilidades de ajuste ante posteriores dificultades.
12. La psicoterapia integrativa es un proceso creativo sobre bases científicas: La psicoterapia integrativa es un proceso que se desarrolla a partir de un marco teórico, de investigaciones y estrategias validadas, el cual involucra evaluaciones, decisiones y habilidades terapéuticas que desembocan en un proceso único para cada paciente. El proceso no está preestablecido ni es automático, no responde a un proceso matemático listo para ser aplicado con una lista de técnicas; sino que es personalizado y humanizado.

3.2.1 Paradigmas y sistema self

Los paradigmas que conforman la psicoterapia integrativa supraparadigmática son: biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico que se organizan en torno al sistema self (Opazo, 2001).

Paradigma biológico

Desde este paradigma se consideran factores genéticos, cambios endócrinos y hormonales, diferencias neuroanatómicas y neurofisiológicas como características biológicas que se sabe tienen influencia en la psique humana; cada una de estas influye en cogniciones, emociones y conductas, en el temperamento, en la personalidad y en patologías específicas como la esquizofrenia.

Los principios de influencia más destacados son: Los factores genéticos y fisiológicos determinan en gran medida el temperamento y la personalidad, así mismo, los rasgos de personalidad influyen directamente en el comportamiento humano.

En cuanto a las estrategias de tratamiento, se sugiere incorporar apoyo multidisciplinario de acuerdo a lo que requiera el paciente, esto puede incluir tratamientos alternos y/o farmacología.

Paradigma ambiental/conductual

Este paradigma postula que ciertas características ambientales específicas y el repertorio conductual influyen en la psique humana; desde este sentido integra conceptos básicos del condicionamiento clásico y operante, y centra la importancia de las experiencias desde tempranas hasta recientes.

Algunos de los principios de influencia relacionados con este paradigma son: la presencia de ambientes bastos y enriquecedores, la presencia de estímulos estresantes, experiencias de trauma, pobreza, aprendizaje de conductas agresivas, patrones de crianza, etc.

En estrategias terapéuticas retoma las evidencias del éxito del trabajo conductual, como las utilizadas en problemas de ansiedad, fobias y depresión.

Paradigma cognitivo

Destaca la importancia del procesamiento de información: sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias que inciden en cómo se vive y en las respuestas adaptativas o desadaptativas. Tiene la premisa de que la forma de pensar sobre un evento genera diferencias en la forma como se vive.

Los principios de influencia tienen que ver con factores como la atención selectiva, la atribución, ideas racionales e irracionales, entre otras.

En cuanto al rol terapéutico se retoman métodos de cambio en las cogniciones, las expectativas de cambio, los juicios, la reestructuración cognitiva, el análisis reflexivo, etc., que permiten un proceso de información que lleve a disminuir el sufrimiento del paciente.

Paradigma afectivo

Involucra la consideración de las emociones humanas como motivadoras del comportamiento, las emociones (no sólo la idea de) modulan en cierta parte las relaciones humanas. Las estructuras

y los eventos afectivos ejercen una influencia causal en las cogniciones, las conductas e incluso en estructuras anatómicas y fisiológicas. Las emociones corresponden a reacciones complejas e integradoras del funcionamiento humano que modulan la presencia de psicopatología.

Ejemplos de principios de influencia ligados al paradigma afectivo son afectos positivos, motivación al cambio, tipo y grado de emocionalidad (tristeza, miedo, ansiedad, estrés), regulación emocional, etc.

Las estrategias terapéuticas recopilan actividades de descarga emocional, catarsis, motivación, reconocimiento emocional, entre otras.

Paradigma inconsciente

Involucra la influencia sobre las cogniciones, conductas y afectos desde aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no es consciente. Se parte de la idea de que lo inconsciente es aquello desconocido para la consciencia.

Algunos de los principios de influencia son la aceptación de contenidos previamente marginados para no generar conflictos a nivel consciente, la presencia de mecanismos de defensa inconscientes, contenidos reprimidos, estimulación subliminal, supuestos subyacentes, entre otros.

De las estrategias terapéuticas más utilizadas está el insight y el análisis transferencial y contratransferencial, debido a que el espacio de terapia involucra una relación intersubjetiva donde el terapeuta también incluye su propio inconsciente.

Paradigma sistémico

Desde este paradigma se asume que un sistema se encuentra compuesto por subsistemas en interacción. Un sistema se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene principio ni fin, busca conservar su punto de equilibrio homeostático. Una visión sistémica permite identificar un todo que es más que la suma de sus partes.

En lo relativo a los principios de influencia se incluye la perspectiva de trabajar con el paciente como un sistema que a su vez se encuentra inmerso en otros sistemas, desde este sentido, la resistencia al cambio se debe a la necesidad de equilibrio sistémico en diversos niveles. Otro principio de influencia es el cambio sistémico, cuando se genera un cambio en un subsistema, los otros subsistemas se reacomodan y también cambian, generando un cambio en el todo. Además rescata principios de coherencia, cohesión, alianzas, triangulaciones, jerarquías, etc.

Las estrategias terapéuticas más utilizadas son abordar la problemática como parte de un sistema, que cumple una función de búsqueda de equilibrio; visualizar el sistema familiar como un todo, que es crucial en el tratamiento de la modificación de desajuste del paciente designado.

Sistema self

El modelo de psicoterapia integrativa supraparadigmática considera que los seis subsistemas o paradigmas se interrelacionan de manera constante y se organizan en torno al sistema self de la persona (Opazo & Bagladi, 2010).

Opazo (2001) indica que el sistema self es el punto crucial de la experiencia, es la esencia de la personalidad que constituye el eje de integración de los subsistemas de tal forma que expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total. El sistema self expresa, como un todo, la organización de los subsistemas, sus ajustes y desajustes.

Los cambios significativamente clínicos en algún subsistema (paradigma), también genera cambios en los demás subsistemas y consecuentemente en el self total. El desarrollo del sistema self incide en la calidad de vida, por ello en psicoterapia es un eje modular que guía el objetivo de fortalecer sus seis funciones (Opazo & Bagladi, 2010).

A continuación se describen brevemente las seis funciones del sistema self (ICPSI, 2021).

- Toma de consciencia: Tiene que ver con una toma de consciencia cognitivo/vivencial de la experiencia, desde esta función se pueden identificar cinco focos de consciencia: el entorno, los límites propios, la identificación del problema que se está viviendo o lo que está ocurriendo, la forma en que funciona uno mismo y la propia historia; por otro lado se centra

en la calidad y libertad de dicha conciencia, es decir, en la capacidad de observación y de introspección que se tiene, en la claridad de las conductas que se llevan a cabo y sus consecuencias, y en lo que uno conoce de sí mismo, si corresponde a algo personal o de ideas de otros.

- **Identidad:** Esta función se compone de la autoestima, la autoimagen y la autoeficacia, está dirigida a que la persona identifique quien es, cuánto se conoce, pero también cómo desea llegar a ser.
- **Significación:** Involucra la traducción de las experiencias, el reconocimiento de aquellas cosas a las que se les da mayor importancia y por qué, así como a la capacidad de permitir observar las cosas desde distintos ángulos y otorgarle diversos significados.
- **Auto-organización:** Implica la reconstrucción y reestructuración posterior a cada experiencia, incluye los procesos de resiliencia y las fortalezas que permiten darle al self sus características integrativas. Un desarrollo óptimo permite responder a las siguientes preguntas: ¿Qué experiencias me desorganizan y en qué grado? ¿Cuán coherente siento que es mi mundo interno?
- **Búsqueda de sentido:** Esta función permite darle sentido a las acciones y a la vida misma desde un aspecto espiritual. Permite identificar los valores, la fortaleza, las metas, las potencialidades y aquello que motiva las decisiones.
- **Conducción de vida:** Tiene las características de dar lógica a la dirección de vida, desde esta función se observa el compromiso con el desarrollo personal, se visualiza la capacidad de identificar las necesidades propias y cómo se busca satisfacerlas, así mismo la habilidad de dirigir los impulsos y postergarlos.

CAPITULO 4

Método

4.1 Justificación

Los problemas de salud mental son una condición que afecta a adultos, adolescentes y niños, específicamente la psicopatología externalizada es frecuente en la población mexicana por su alta relación con problemas sociales y ambientales, problemas de seguridad, violencia, dificultades económicas, de salud pública y disfunciones familiares (Toro, 2014), por mencionar algunas.

La psicopatología externalizada generalmente se detecta en la edad escolar, sin embargo, suele tener sus inicios en la infancia temprana, etapa en la que puede ser atendida para incidir en la salud/bienestar, para prevenir el desarrollo de personalidad antisocial, delincuencia y abuso de sustancias (Hengartner, 2018) en adolescentes y adultos (Martínez, Fernández, Lemus, Antonio & Ramírez, 2013) y para promover el comportamiento social adaptativo (Figuroa, et al., 2010). Frecuentemente los niños que padecen este tipo de psicopatología son vistos como “niños problema” (Barlow, 2018), y se hacen blancos de prácticas que empeoran la situación tales como castigo físico, agresión verbal y rechazo (Colalillo, et al., 2015; (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020).

El tratamiento en psicopatología externalizada con niños requiere de un trabajo integral; análisis teórico que permita comprender y predecir la forma en que el niño se vincula con los otros, e intervenciones basadas en evidencia para modificar dichas formas de vincularse a partir del fortalecimiento de sus habilidades personales (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007). Así mismo, exige un esfuerzo de trabajo personal en el terapeuta para identificar y manejar la contratransferencia que se pone en escena por los altos índices de conducta disruptiva y agresiva.

En coherencia con la necesidad de un trabajo integrativo para la atención de los problemas externalizados, se presenta un estudio de caso de una niña preescolar con sintomatología externalizada abordado desde el modelo integrativo supraparadigmático (Opazo & Bagladi, 2010), que parte del funcionamiento de seis paradigmas o subsistemas: biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico; que se organizan entorno al funcionamiento del

sistema self, expresado en sus seis funciones: toma de ciencia, significación, identidad, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida (Fernández & Opazo, 2004).

4.2 Pregunta clínica

- ¿Cuáles son los cambios en el funcionamiento del sistema self de una niña de edad preescolar con problemas externalizados después de una intervención con psicoterapia integrativa?

4.3 Objetivos

- General

Describir los cambios en el funcionamiento del sistema self de una niña de edad preescolar con problemas externalizados, después de una intervención con psicoterapia integrativa

- Específicos

- Proceso de evaluación

1. Evaluar y describir el funcionamiento de la toma de conciencia, de significación, identidad, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida del sistema self de una niña de edad preescolar con problemas externalizados, antes de la intervención

- De intervención

1. Identificar los principios de influencia de los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, de una niña de edad preescolar con problemas externalizados
2. Diseñar una propuesta de intervención, que integre fuerzas de cambio para cada paradigma de acuerdo a los resultados del análisis por paradigma, para una niña de edad preescolar con problemas externalizados

3. Implementar la propuesta de intervención diseñado con una niña de edad preescolar con problemas externalizados
- De evaluación post intervención
1. Evaluar y describir el funcionamiento post intervención de la toma de conciencia, de la significación, identidad, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida del sistema self de una niña de edad preescolar con problemas externalizados

4.4 Tipo de estudio

Se trabajó con un estudio de caso con análisis cualitativo, ya que la tarea del investigador-terapeuta fue recolectar, analizar e integrar datos cualitativos durante una intervención psicoterapéutica (Creswell, 2012).

4.5 Definición de las unidades de análisis

- Psicoterapia integrativa Supraparadigmática: Busca ampliar la perspectiva y entendimiento de los problemas del cliente desde un modelo explicativo del funcionamiento humano integral, con el objetivo de realizar intervenciones que más se ajusten a las necesidades del cliente para lograr su desarrollo personal (Drewe, Bratton, & Schaefer, 2011). El enfoque integrativo supraparadigmático considera al sistema self como la esencia de la personalidad, el eje integrador que organiza y da coherencia a sus subsistemas (paradigmas): biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico (Fernández y Opazo, 2004).
- Sistema self: Unidad organizadora de la experiencia que expresa la dinámica psicológica total. Se compone de seis funciones:
1. Toma de conciencia: Involucra los focos de conciencia y la calidad y libertad de la conciencia.

2. Identidad: Se compone de la autoestima, la autoimagen y la autoeficacia.
3. Significación: Se refiere a la traducción de las experiencias.
4. Auto-organización: Implica la reconstrucción y reestructuración posterior a cada experiencia.
5. Búsqueda de sentido: Permite identificar los valores, la fortaleza, las metas, las potencialidades y aquello que motiva las decisiones.
6. Conducción de vida: Tiene la característica de dar lógica a la dirección de vida.

- Paradigma biológico: Hace referencia a las condiciones biológicas de la persona
- Paradigma ambiental/conductual: Se centra en las características ambientales y conductuales particulares de la persona
- Paradigma cognitivo: Delimita el estado cognitivo del paciente
- Paradigma afectivo: Incluye estados afectivos, identificación, formas de expresión emocional del paciente y regulación emocional
- Paradigma inconsciente: Involucra aspectos no conocidos para la consciencia, que influyen en el comportamiento, cogniciones y afectos
- Paradigma sistémico: Permite visualizar a la persona como sistema y a su vez como subsistema perteneciente a diversos sistemas en funcionamiento constante.

- Problemas externalizados: Desde el abordaje dicotómico de la psicopatología de desarrollo, los síntomas externalizados en este trabajo involucran problemas de control de impulsos, agresión, conducta disruptiva, desafío de autoridad y negativismo u oposicionismo (Achenbach, & Edelbrock, 1978; Frick, Barry & Kamphaus, 2010; Romero et al., 2016).

4.6 Participante

Se trabajó con una niña de edad preescolar: 5 años, 10 meses (al ingreso), que mostraba problemas externalizados (comportamiento disruptivo, agresividad, escaso control de impulsos, desafío de autoridad y oposicionismo) en casa, en la escuela y en espacios de recreación (clases de ballet y de fútbol, de los cuales fue expulsada por mal comportamiento). La menor presentaba

dificultades de socialización, al reportar que no tenía un solo amigo y que la relación con sus compañeros de escuela se caracterizaba por rechazo y discusiones al momento de interactuar. En casa presentaba rivalidad contante con su hermano menor, y conductas agresivas reactivas y proactivas hacia él. Al primer contacto, la menor se observaba con dificultades de lenguaje (pronunciación y fluidez), de expresión emocional y de control motriz.

4.7 Escenario

Se trabajó en el centro comunitario San Lorenzo, ubicado en la alcaldía de Iztapalapa, CDMX, como parte del programa de prácticas de la residencia en psicoterapia infantil, de la maestría en psicología que ofrece la UNAM. Las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio de psicoterapia infantil equipado con juguetes y materiales didácticos, una mesa y dos sillas tamaño infantil, un escritorio y tres sillas para adultos, una silla mecedora con un cojín grande, tapetes de fomi y una colchoneta para piso.

4.8 Procedimiento

➤ Proceso de evaluación

Se llevaron a cabo sesiones donde se aplicaron instrumentos de evaluación y entrevistas semiestructuradas a los padres de familia, a la menor y a personal de la escuela donde estudiaba.

Se analizaron los resultados de los instrumentos, las entrevistas y las sesiones de juego diagnóstico en torno a las seis funciones del sistema self, para delimitar el funcionamiento integral psicológico y las necesidades de desarrollo.

➤ Proceso de intervención

Se identificaron los principios de influencia en cada paradigma (biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico). A partir de los resultados, se diseñó una propuesta de intervención que incluía fuerzas de cambio dirigidos a modificar los subsistemas: inconsciente, afectivo, sistémico, ambiental/conductual y cognitivo.

Se llevaron a cabo sesiones de juego individual, familiar, filial y fraternal, con intervenciones terapéuticas dirigidas a los distintos paradigmas y sesiones de psicoeducación con padres y de orientación escolar a modo de trabajar el paradigma sistémico, de acuerdo con la propuesta de intervención diseñada.

➤ Proceso de evaluación post intervención

Se analizó el funcionamiento del sistema self, desde sus seis expresiones: toma de consciencia, identidad, significación, autoorganización, búsqueda de sentido y conducción de vida; a través del juego, del autorreporte de la menor, de entrevistas con padres y personal educativo. Se llevaron a cabo tres sesiones de seguimiento para evaluar la perduración de los cambios.

CAPITULO 5.

Presentación de caso clínico

Datos generales:

Datos del paciente:

Nombre: Gisela

Sexo: Mujer

Escolaridad: 3ro preescolar

Edad: 5 años, 10 meses

Referencia: Padres y escuela

Datos de los padres:

Nombre de la madre: Esmeralda

Ocupación: Comerciante

Edad: 30 años

Escolaridad: Primaria

Nombre del padre: Mario

Ocupación: Jubilado

Edad: 63 años

Escolaridad: Licenciatura en odontología

Motivo de consulta:

Motivo de Gisela: Se utilizó la técnica de “dibujando mi problema”, dividido la hoja en dos partes, colocó a una persona de palitos, triste y enojada, encerrada en un círculo negro, del otro lado colocó otra persona sonriendo y con el logo de su escuela también encerrado en un círculo, procede a tachar cada uno de los dibujos y agrega “estos son mis problemas y los odio”, después escribió su nombre. No quiso agregar color, pero quiso recortarlo con tijeras. Lo que dijo fue: “quisiera poder matar mis problemas y eliminarlos para siempre” en un tono de enojo. Menciona también que su único problema es su hermano, que quiere eliminarlo porque llegó a quitarle todo lo que tenía (Ver figura 1).

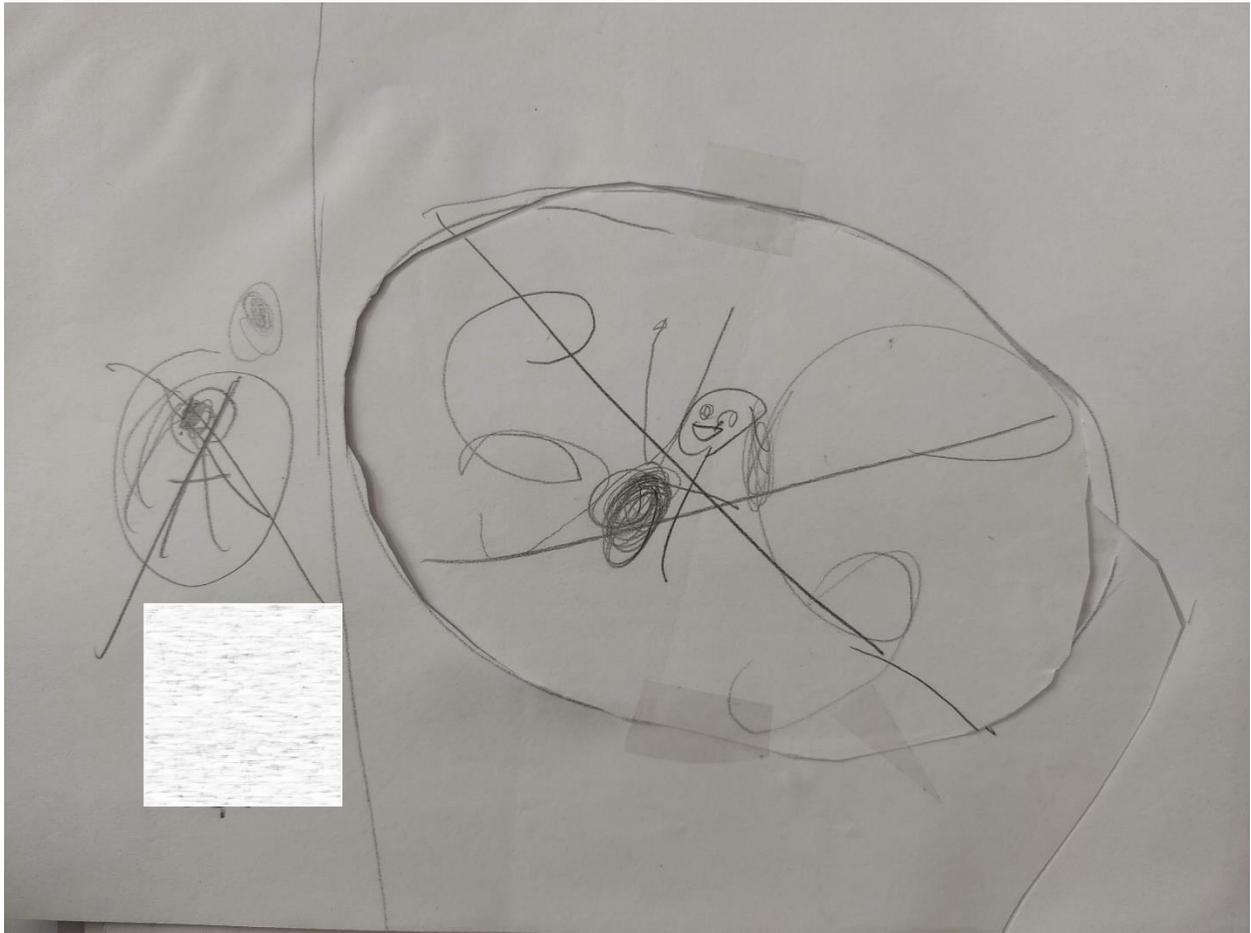


Figura 1. Dibujando mi problema

Motivo de los padres: Los padres de Gisela indican que su hija es una niña muy “berrinchuda y enojona” que quiere que las cosas se hagan como ella manda y en el momento que dice, agregan que es grosera al pedir las cosas, que más bien “ella no pide, ella exige y todos tenemos que hacer lo que diga”.

En la solicitud de servicio marcaron la opción de “abuso sexual”, durante la entrevista aclararon que quisieran descartar que haya tenido un acercamiento sexual con una prima 5 años mayor que ella, la mamá indica que una semana atrás, la menor se quedó en casa de la abuela, ella y su prima se encerraron en un cuarto a jugar, por la noche la mamá le preguntó a qué habían estado jugando, a lo que Gisela contestó que se habían “besado la cola”, la mamá no supo cómo responder y decidió dejarla dormir, sin embargo ahora considera que sólo se lo dijo por ocurrencia, ya que no ha habido cambio alguno en su conducta y ha estado inventando otra serie de cosas, como que vio extraterrestres y que ella sabe volar.

Motivo de la escuela: Las maestras de Gisela sospechan que tiene TDAH porque no pone atención en clase, no sigue indicaciones, requiere que la maestra auxiliar esté como profesora personalizada para realizar trabajos y cuidarla de no empezar problemas con sus compañeros. Mencionan que ya ha golpeado a todos los niños del salón, que no respeta reglas, es intolerante, no se mantiene quieta, es impulsiva, agresiva y nadie quiere estar con ella.

Descripción del comportamiento:

La mamá explica que Gisela siempre está de mal humor, le dice “inútil” y “tonto” al papá, y que no quiere a su hermano, pues la mayoría del tiempo les dice que ojalá no hubiera nacido (su hermano), que sería mejor si se muriera porque eran felices antes, cuando no estaba.

Por su parte, el papá comenta que Gisela es demandante y “una niña difícil que no es feliz”, porque para todo grita, insulta, avienta cosas, rompe juguetes, azota puertas, golpea y amenaza, cuenta que en dos ocasiones ha querido tirarle cosas encima a su hermano “una vez le tiró un refri de esos pequeños para que le cayera encima, pero alcancé a ver y metí las manos, si no, lo aplasta”, “la otra fue con una cajonera”, “no los podemos dejar solos porque me da miedo que le haga algo malo” (Gisela a su hermano), “le dice que lo odia y que quiere que se muera, lo rechaza y lo lastima”.

Ambos coinciden en que “siempre” ha sido una niña muy difícil, que no obedece y cuando se le piden cosas no obedece o hace lo contrario a lo que se le pide.

En la escuela, su maestra titular, su maestra auxiliar y la directora les han dicho a los papás que consideran que padece algún trastorno que requiere atención psiquiátrica y medicación de urgencia “porque es incontrolable”, constantemente tiene reportes porque no realiza las actividades escolares, desafía a los maestros, tiene dificultad para seguir indicaciones y respetar reglas, no tiene amigos porque es intolerante, les grita y pega, por lo que “la corren de todos lados y nadie quiere estar con ella”. “Ha golpeado a todos sus compañeros”, a uno le encajó un lápiz en la espalda, a otro lo azotó con el picaporte de la puerta y a una tercera le azotó la cabeza en repetidas ocasiones contra el pavimento, lo que ocasionó que la menor golpeada fuera llevada al hospital y sus padres interpusieran una demanda ante la SEP y el DIF contra los padres de Gisela y la escuela.

En cuanto a su comportamiento en otros espacios, mencionan que la corrieron del ballet por golpear a una niña, y por desafiar a la maestra al decirle que “ella bailaba como se le diera la gana y no iba a obedecer ni a ella ni a nadie”. También pertenecía a un equipo de futbol, del que también la expulsaron por golpear al entrenador y ocasionar una pelea con los niños, al golpearlos, aventarles piedras y amenazarlos con que los iba a matar, el entrenador tuvo que cargarla y sacarla del campo mientras ella pateaba (al parecer el motivo fue que eligieron a un jugador y ella no estuvo de acuerdo).

Conforme a los antecedentes del problema, recalcan que “había estado un poco controlada con su miss de 2do”, incluso con ella se soltó a hablar “se querían mucho”, pero desde que la miss se fue de la escuela (el último año) todo empeoró.

Descripción clínica:

Gisela es una niña de apariencia física acorde a su edad cronológica, de estatura promedio, complexión delgada, tez morena y cabello negro liso. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, en ocasiones entra al consultorio despeinada y con la ropa un poco sucia o maltratada porque la jala y se ensucia jugando antes de entrar al consultorio, generalmente ella y sus padres llegan media hora antes de iniciar la sesión y durante ese tiempo se mete debajo de las sillas de la sala de espera, sale a la cancha de futbol y se “arrastra”.

Se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, de acuerdo con lo esperado para su edad; presenta adecuada capacidad para recordar eventos recientes y evocar recuerdos antiguos.

En cuanto al estado afectivo, parece estar enojada la mayor parte del tiempo, no sonrío ni río, mantiene una postura recta, intimidante y a la defensiva, con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo y la mirada directa y penetrante (que parece amenazante); su tono de voz es medio-alto, pero cuando habla sobre sus emociones o experiencias significativas disminuye el volumen y rechina los dientes.

En la exploración del espacio terapéutico, se interesa por objetos puntiagudos y armas de juguete (objetos que puedan ser usados como espadas y pistolas); sus movimientos son bruscos y agresivos, rompe la punta de los colores y los lápices al dibujar, y toma las tijeras y las entierra en los tapetes.

- 2009: Mario y Esmeralda comienzan una relación
- 2012: Embarazo: Mario y Esmeralda tuvieron problemas en su relación y se mantuvieron separados física y emocionalmente. Esmeralda tuvo anorexia, depresión y rechazo a la bebé. Mario decidió alejarse para “no sufrir otra ilusión muerta”.
- 2012: Nacimiento de Gisela: los papás deciden vivir juntos
- 2014: Divorcio de Mario con su segunda pareja
- 2016: Nacimiento de Teodoro → Disminución de la comunicación verbal de Gisela
- 2017: Fluidez del lenguaje, reportan vínculo afectivo con profesora de preescolar
- 2018: Incremento de síntomas externalizados, relacionado con vivencia de pérdida por la maestra de preescolar
- 2019: Los papás comienzan a tratar a Gisela como a Teodoro (le dan biberón y de comer en la boca) “para que no se sienta celosa y no lo odie tanto”

Historia de desarrollo

Antecedentes pre-natales:

- Embarazo no planeado ni deseado.
- La madre fue diagnosticada con anorexia y depresión moderada, a los 19 años y nuevamente durante el embarazo, en ambos casos recibió tratamiento farmacológico y psicoterapia
- El padre se mantuvo ausente por miedo a ilusionarse y perder otro bebé
- Rechazo afectivo por parte de la madre hacia la bebé

Antecedentes peri-natales:

- Parto por cesárea (decisión de la madre) “para no sentir más dolor del que ya había sentido”
- Nacimiento a término (39 semanas)

Antecedentes post-natales:

- Alimentación con lactancia materna y leche de fórmula durante el primer mes. Destete fácil, la bebé no aceptaba el pecho materno
- Hospitalización por bronquiolitis al mes y medio de edad
- Enfermedades constantes de las vías respiratorias

Lenguaje:

- Palabras y pequeñas frases a los 2 años de edad
- Disminución del lenguaje hablado a partir del nacimiento de Teodoro (3 años de edad), se limitaba a señalar y decir “ah”
- Diagnóstico por especialista en lenguaje: sin problemas del sistema fonarticulador, problemas relacionados con establecimiento de límites y dinámica familiar
- Desarrollo del habla hasta los 4 años de edad (coincide con el establecimiento de un vínculo afectivo con su profesora de preescolar)

Sueño:

- Falta de hábitos de sueño. Duerme 6 horas en promedio, de media noche a 6:30 am

Desenvolvimiento social:

- Desde que inició el preescolar no tiene amigos
- La relación con sus vecinos y primos se complica porque ella no comparte y los quiere mandar

Hábitos de autocuidado y promoción independencia:

- Los padres le dan biberón y le dan de comer en la boca
- No se le permite bañarse ni vestirse sola
- Gisela ha expresado su deseo de aprender a anudarse las agujetas, los papás se niegan a enseñarle

Control de esfínteres:

- Dentro de lo esperado

Desarrollo motor:

- Datos dentro de lo esperado para la edad

5.1 Evaluación

El periodo de evaluación tuvo lugar durante las primeras 15 sesiones, (de las cuales cuatro intermedias se destinaron a intervención), durante esas 11 sesiones se aplicaron diversas técnicas e instrumentos de evaluación. Simultáneamente, se realizó una visita escolar al colegio donde estudiaba la menor para llevar a cabo una entrevista con la maestra titular y la directora. La sesión 16 se destinó a la devolución de resultados con la menor y con los padres.

Técnicas e instrumentos de evaluación:

- Entrevista semiestructurada para padres (formato San Lorenzo)
- Entrevista para profesores y personal educativo
- Historia clínica para niños (formato San Lorenzo)
- Dibujando mi problema (Cornejo, 1996)
- Observación de juego diagnóstico
- Escala Wechsler de inteligencia para niños (Wisc-IV) (Wechsler, 2007)
- Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-3) (Hammill, Pearson, Voress, 2016)
- Escala de estrés para preescolares (Monjarás, 2018)
- Escala de afrontamiento para preescolares (Monjarás, 2018)
- Test grafoproyectivo del Dibujo de la Figura Humana con el sistema de calificación de Koppitz (Esquivel, Heredia, y Lucio, 2007)
- Test grafoproyectivo del Dibujo de la Familia (Corman, 1967)
- Observación de Juego Familiar (Gil, 1994)
- Observación de Juego Grupal con Familias para evaluar competencias parentales (García, 2019)
- Test de Apercepción Temática Infantil con Figuras de Animales (CAT-A) (Bellak, 2013)

- Test de Apercepción Temática Infantil para el Desarrollo Psicosexual (CAT-Sex) (Bellak, 2013)

A continuación se muestran los principales resultados por área, para ver los resultados de cada instrumento ver Anexo 1.

Área cognitiva

En el WISC-IV obtiene un CI de Escala Total que se ubica en la categoría promedio. Al realizar la valoración de índices por separado, se observa que el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP), que tiene que ver con las habilidades de realizar síntesis de manera adecuada, seguir una secuencia y discriminar información visual a simple vista, conservar los recursos de la memoria de trabajo, memoria visual a corto plazo, atención y coordinación visomotora, obtiene un puntaje que la coloca en la categoría promedio alto. En los demás índices, Comprensión Verbal (ICV), Razonamiento Perceptual (IRP), y Memoria de Trabajo (IMT), se ubica en la categoría promedio, lo que indica que tiene formación de conceptos verbales, razonamiento verbal adquirido a través de la experiencia, razonamiento fluido, procesamiento espacial y uso adecuado de la memoria.

Así mismo, el componente perceptomotor evaluado por medio de la prueba de Frostig, indica que su percepción visual general se encuentra en nivel promedio. En el índice de percepción visual con respuesta motriz reducida obtiene un puntaje que la coloca en el nivel promedio, mientras que en el índice de integración visomotora su puntaje la coloca en un nivel debajo del promedio, lo cual sugiere estimular la motricidad fina para evitar rezagos educativos.

Los resultados apuntan a que las dificultades observadas en la conducta de Gisela no se deben a las cuestiones intelectuales ni perceptuales, sino a cuestiones emocionales. A su vez, dan cuenta de que Gisela aprende rápidamente de su ambiente y de los estímulos visuales.

Área socio-afectiva

En la escala de estrés para preescolares se obtuvo que la relación con hermanos es un área de riesgo, pues provoca alto grado de malestar, lo que corresponde a la rivalidad reportada por sí misma y por los padres. En las demás áreas obtuvo un nivel de estrés bajo, probablemente a la normalización de las conductas vivenciadas.

En cuanto al tipo de afrontamiento utilizado, cuando se percibe amenazada responde de manera evitativa y disfuncional. Los tipos de afrontamiento emocional y funcional no son utilizados, lo cual concuerda con los reportes dados por profesores.

En el DFH y en el dibujo de la familia los resultados son consistentes, se observan indicadores de psicopatología, agresión, conductas impulsivas y controles internos pobres, se observan indicios de culpa por conductas socialmente inaceptables, angustia, poca valía e inseguridad y un autoconcepto devaluado con la idea de ser una niña que no merece amor y que no puede ser buena. También se visualizan indicadores de tendencias regresivas con anhelo en el pasado, donde su hermano no existe.

En la prueba de CAT-A, los temas principales de las historias son: muerte, abandono, daño, soledad, tristeza y separación de los hijos de la mamá. Las necesidades principales del héroe son amor, cuidado, un ambiente que contenga los miedos, ansiedades y emociones negativas, un ambiente que sostenga y brinde estabilidad/seguridad para no sentirse sola y abandonada. Se presenta en Gisela la fantasía de morir como la única solución a los problemas, y al mismo tiempo coloca el miedo a la muerte y al abandono de sus padres. Percibe su ambiente como peligroso y hostil, aunque utiliza la negación como principal mecanismo de defensa, lo que concuerda con los datos obtenidos en la escala de estrés y con su discurso de que no importa lo que sucede a su alrededor.

En el CAT-Sex, no se observan perturbaciones relacionadas con el desarrollo sexual, tampoco con algún dato que indique experiencias de contenido sexual.

En la dinámica familiar, se observa diferencia en el trato de los padres hacia Gisela y Teodoro, con una clara preferencia por el hermano menor, ambos padres hacen comparaciones entre sus hijos. En las sesiones de juego familiar cada integrante trabaja por su cuenta, se hace manifiesto que el contacto es exclusivamente verbal donde prevalecen los gritos, burlas, descalificaciones e insultos. Los integrantes se observan incómodos y en rivalidad constante. El nivel de disfrute es bajo, así como el nivel de introspección. *El* inconsciente colectivo está caracterizado por violencia, enojo, elementos y símbolos de daño, falta de recursos que brinden satisfacción y proporcionen bienestar. Las competencias parentales se encuentran disminuidas en ambos padres, las competencias vinculares que hacen referencia a las expresiones de afecto y buenos tratos, las formativas que involucran acompañar, conducir y potencia la autonomía, las protectoras que implican habilidades que permiten organización, establecimiento de rutinas, normas y límites, y las reflexivas que comprenden la capacidad de identificar la etapa de desarrollo en la que el niño se encuentra para generar estrategias que apoyen los desafíos propios de la edad, se encuentran disminuidas, lo cual sugiere trabajar con los padres respecto a sus prácticas parentales.

Impresión diagnóstica

Durante el proceso de evaluación se deriva a la paciente a una consulta psiquiátrica al hospital psiquiátrico Juan N. Navarro. La constancia emitida por la institución descarta TDAH y concluye que los problemas de conducta tienen origen emocional y recomiendan psicoterapia infantil. Gisela presenta problemas externalizados caracterizados por conductas disruptivas, problemas con el control de impulsos, agresividad, oposicionismo y desafío de autoridad en al menos tres ambientes distintos (casa, escuela y lugares de recreación), altamente relacionados con componentes emocionales, familiares e inconscientes.

Funcionamiento del sistema self

Tabla 4. Descripción de las funciones del sistema self de Gisela al momento de la evaluación

Funciones	Descripción
Toma de conciencia	<p>-Focos de consciencia: Gisela presenta dificultades para ser consciente acerca del funcionamiento de su entorno, de lo que le ocurre y de sus propios límites, de su historia y su funcionamiento personal, lo cual puede observarse tanto en los resultados de la escala de estrés para preescolares, así como en su discurso con características ambivalentes (por un lado todo está bien y por el otro sus problemas no tienen solución, solo la muerte). No logra identificar las problemáticas a las que se enfrenta en cada contexto, todo parece caótico y sin opción a solución.</p> <p>-Calidad y libertad: La consciencia se encuentra limitada y está influenciada por problemas emocionales-inconscientes, que no le permiten analizar desde la introspección, no identifica las consecuencias de sus propias conductas ni de los otros, tampoco tiene un conocimiento real de sus propias capacidades y límites. Cuando se busca establecer un dialogo para comprender las situaciones en que su comportamiento es disruptivo menciona: “es que todos me hacen cosas, todos son unos inútiles” “no hay nada que hacer, no puedo hacer nada porque no soy de este planeta y no puedo aprender como los humanos”.</p>
Identidad	<p>Gisela está conformando una autoestima baja, caracterizada por sentimientos de inutilidad, de no ser suficiente ni merecedora de amor. Su autoimagen y autoconcepto tienen una valencia negativa, se identifica a sí misma como una niña “demonio, asesina, mala, diablo y extraterrestre”.</p> <p>Su autoeficacia se encuentra distorsionada y devaluada, se vive como una niña que no tiene habilidades ni posibilidades de cambiar, que no cuenta con la capacidad para mejorar o vivirse de una forma más satisfactoria.</p> <p>Se observa una tendencia a comportarse como si fuera una bebé, esperando recibir atenciones y hacerse merecedora de cariño.</p>

(Continúa)

Tabla 4. Descripción de las funciones del sistema self de Gisela al momento de la evaluación (continuación)

Funciones	Descripción
Significación	<p>Sus experiencias se traducen desde una posición de lucha, para ella el entorno está en constante ataque y su postura es de defensa, por ejemplo: “los adultos ponen reglas porque les conviene, pero sólo son para que yo no pueda hacer cosas ni ser feliz” “es que me quieren hacer cosas y no me dejen”</p> <p>Atribuye todos sus problemas a la presencia de su hermano, tanto a los familiares como los escolares “si no hubiera nacido o se muriera se acabarían mis problemas” y no se encuentra en posición para observar los problemas desde otros ángulos.</p>
Autoorganización	<p>El nacimiento de su hermano causó una desorganización de la que no se ha recuperado, la influencia en su lenguaje y en la creencia de que sólo un bebé es importante y puede recibir amor son indicadores de ello.</p> <p>La ruptura del vínculo afectivo con la profesora de segundo de preescolar también representa una experiencia desorganizadora que incrementa la sintomatología externalizada caracterizada por ira.</p> <p>Gisela se desorganiza fácilmente con experiencias interpersonales, las cuales interpreta como ataques y la llevan a “defenderse” e incluso a anticiparlas por medio del ataque. Por ejemplo, a la niña a quien le azotó la cabeza repetidas veces contra el pavimento, dice que la golpeó porque no le contestó (la niña tenía puestos audífonos mientras esperaba que llegaran por ella), Gisela le preguntó si había visto su cuaderno y al no recibir respuesta se sintió insultada, “que la odiaban y nadie quería hablarle”, perdió el control y la golpeó. Este es el común denominador en sus experiencias con su hermano, sus padres, maestros y compañeros de escuela o juego.</p>

(Continúa)

Tabla 4. Descripción de las funciones del sistema self de Gisela al momento de la evaluación (continuación)

Funciones	Descripción
Búsqueda de sentido	<p>Se observa que Gisela no tiene identificados los motivos de sus propias decisiones, tampoco sus valores, fortalezas, potencialidades y metas; no se observan actividades de disfrute ni intereses más allá de las de lucha de poder y desafío de autoridad por ir en contra de las reglas.</p> <p>Gisela considera que ella pertenece a una familia extraterrestre-demonio, que sólo llegó a la tierra para hacerle daño a los demás y la única manera de que eso no pase, es morir.</p>
Conducción de vida	<p>No hay identificación de necesidades ni una búsqueda clara para satisfacerlas. Se encuentra dirigida por sus impulsos, y se observan dificultades para detener y redirigirlos, cuando se experimentan situaciones que involucran una idea de desvalorización.</p> <p>No se identifican en Gisela deseos infantiles de querer ser algo de grande, nada relacionado con el desarrollo personal, ni con considerar el futuro como algo positivo.</p>

5.2 Intervención

Principios de influencia por paradigma

Paradigma biológico: Gisela muestra un temperamento irritable y características de desarrollo de personalidad de afectividad negativa y bajos niveles de control intencional, lo cual puede estar altamente relacionado con componentes genéticos, que se observan también en su mamá y en la familia materna. Se descartó un problema de neurodesarrollo con la consulta al psiquiatra Juan N. Navarro.

Paradigma ambiental/conductual: Se observa que no hay una identificación clara de las conductas y sus consecuencias, Gisela y sus padres consideran que ella es el problema. En el ambiente familiar se observan conductas agresivas y castigo físico por parte de los padres hacia los hijos, competencias parentales disminuidas, bajo contacto físico positivo y escasa calidez y cercanía. También se identifica normalización de la violencia, actividades como insultar, descalificar, ridiculizar y amenazar, han sido practicadas transgeneracionalmente por ambas familias de origen, las cuales que han sido aprendidas por Gisela. Los problemas externalizados están influenciados por la dinámica familiar y el aprendizaje vicario.

Paradigma cognitivo: La interpretación de Gisela sobre las acciones de los otros al momento de interactuar se caracterizan por ideas irracionales de que los demás buscan atacarla; al mismo tiempo mantiene la creencia de que ella es mala y no puede cambiar porque así nació, como una niña demonio que sólo puede causar daño a los demás. Las creencias personales ligadas al desafío de autoridad y el oposicionismo, son que las reglas están hechas por los adultos sólo porque les conviene y para que ella no pueda hacer cosas que le gustan; argumenta odiar las reglas porque no tienen sentido y no sirven para nada, es decir no visualiza la importancia del comportamiento social ni muestra desarrollo moral acorde a su edad cronológica. Sus conductas externalizadas están influenciadas por el componente cognitivo de valencia negativa sobre los motivos y conductas de los otros y de sí misma.

Paradigma afectivo: Gisela se desenvuelve la mayor parte del tiempo bajo emociones de enojo e ira, se le observa molesta durante las sesiones, con el ceño fruncido, con una postura y una mirada intimidantes y a la defensiva, los juegos y representaciones están caracterizados por elementos de batalla, insultos, gritos, y golpes. Presenta confusión en la comprensión e identificación de las emociones en general, y tiene problemas con la regulación de emociones negativas. El enojo y la ira de Gisela influyen directamente sus deseos de destrucción, su comportamiento disruptivo, agresión, oposicionismo y desafío de autoridad.

Paradigma inconsciente: Coherente con los resultados de la evaluación, se observa un yo debilitado, soportes débiles, tendencias regresivas con anhelo en el pasado, vulnerabilidad y ansiedad insostenibles que llevan al refugio en la fantasía. Se observa un miedo latente al abandono y la muerte (y al mismo tiempo se ve a la muerte como la única solución), con la percepción de un ambiente hostil, rígido, agresivo e insuficiente y un deseo de eliminación del hermano para retomar una posición merecedora de cuidados y afectos. Los intentos de mantener el control son a través del aislamiento social, la negación, proyección y anulación. El escaso interés social y la inseguridad se relacionan con emociones e impulsos negativos que se manifiestan a través de conductas agresivas.

Paradigma sistémico: El sistema familiar mantiene una dinámica violenta-agresiva y caótica, donde los límites son difusos y confusos y los niveles jerárquicos no se encuentran diferenciados; en los holones conyugal, parental y fraterno se observan altos niveles de agresión verbal y física, lucha de poder y comunicación ambivalente. Se observan alianzas de cada uno de los padres con Teodoro, situación que despierta en Gisela sensaciones de abandono, pérdida y envidia. Se observa también una triangulación entre los padres y Gisela, a modo de concentrarse en los problemas de la menor para no identificar los problemas en el holón conyugal.

En el sistema escolar Gisela es vista como la niña problema, se le excluye del grupo físicamente, no se le permite bajar al receso “porque no sabe jugar” y se le dejan más tareas. Los niños son instruidos por sus padres y maestras a no interactuar con Gisela para no meterse en problemas. Los padres de familia han solicitado la expulsión de Gisela del colegio. Estas situaciones generan en la menor, sensación de rechazo y emociones de enojo, frustración y “ganans de vengarse”.

Propuesta de intervención

Tabla 5. Plan de intervención: Fuerzas de cambio y metas terapéuticas por paradigma

Paradigma	Fuerzas de cambio (qué hacer)	Meta terapéutica (para qué)
Afectivo	-Generar un espacio seguro donde la menor pueda sentir enojo e ira sin ser reprimida y sin dañar a nadie	-Que la menor pueda experimentar y expresar las emociones manifiestas de manera sana y en un lugar seguro
	-Establecer un ambiente cálido, de escucha activa, permisividad y aceptación total de la menor	-Que la menor se sienta aceptada, en confianza y en una relación terapéutica de estabilidad emocional
	-Fomentar el reconocimiento de las emociones en sí misma, las circunstancias que las detonan, la sensación corporal, las ideas y conductas asociadas	-Que la menor identifique y sus propias emociones, el momento en que las siente, cómo las siente y las reacciones que derivan de ellas
	-Promover la aceptación del enojo, la tristeza y la frustración	-Que la menor acepte y valide sus emociones de valencia negativa, su función y la relación con las conductas problema

(Continúa)

Tabla 5. Plan de intervención: Fuerzas de cambio y metas terapéuticas por paradigma (Continuación)

Paradigma	Fuerzas de cambio (qué hacer)	Meta terapéutica (para qué)
Inconsciente	-Promover la identificación de necesidades no satisfechas de cuidado y afecto	-Que la menor reconozca sus necesidades de cuidado y afecto, y la relación de ello con la tendencia de regresión y anhelo en el pasado
	-Fomentar la diferenciación de aspectos que pertenecen a la realidad y aspectos que pertenecen a la fantasía	-Que la menor se sitúe en una posición más realista respecto a la interpretación de sus experiencias y deseos
	-Promover el reconocimiento de los miedos latentes y su relación con la percepción de las personas malas y buenas	-Que la menor comience la transición de la escisión binaria a la integración de aspectos contrastantes (buenos y malos) para el fortalecimiento del yo
Ambiental/ conductual	Fomentar el reconocimiento de las conductas problema y sus consecuencias	Que la menor identifique al problema como el problema, sus características y consecuencias

(Continúa)

Tabla 5. Plan de intervención: Fuerzas de cambio y metas terapéuticas por paradigma (Continuación)

Paradigma	Fuerzas de cambio (qué hacer)	Meta terapéutica (para qué)
Ambiental/ conductual	Incidir en la identificación de dinámicas de violencia	Que tanto Gisela como sus padres generen consciencia de la dinámica familiar, y la forma en que esta influye en las conductas externalizadas de Gisela
	Trabajar con el vínculo padre-hija, madre-hija, hermano-hermana	Que en los vínculos afectivos madre-hija y padre-hija, se experimente contacto físico, cercanía afectiva y disfrute Que Gisela pueda obtener disfrute de la interacción con su hermano
	Instruir a los padres en crianza positiva, buenos tratos en la infancia, competencias parentales y promoción de independencia de Gisela de acuerdo a su etapa de desarrollo	Que los padres desarrollen competencias y habilidades para la crianza y el buen trato, así como información para promover la independencia de Gisela.

(Continúa)

Tabla 5. Plan de intervención: Fuerzas de cambio y metas terapéuticas por paradigma (Continuación)

Paradigma	Fuerzas de cambio (qué hacer)	Meta terapéutica (para qué)
Sistémico	Trabajar establecimiento de límites en la familia (de los padres a los hijos)	Que los padres identifiquen la necesidad de establecer límites claros y consistentes, y generen acuerdos entre ellos para implementarlos
	Promover el reconocimiento de la triangulación con Gisela, las alianzas de los padres con Teodoro, y su influencia en el mantenimiento del problema, a modo de mantener la dinámica del sistema	Que los padres identifiquen que los problemas del holón conyugal están siendo desviados, que el sistema funciona con el conflicto entre hermanos y los problemas de Gisela; para que se permitan ser derivados a un proceso de terapia
	Incidir en el funcionamiento del sistema escolar en el que se desenvuelve Gisela	Que se generen alternativas en el manejo de la conducta externalizada de Gisela dentro del aula, para que ella experimente apoyo haga uso de lo aprendido en el espacio terapéutico

(Continúa)

Tabla 5. Plan de intervención: Fuerzas de cambio y metas terapéuticas por paradigma (Continuación)

Paradigma	Fuerzas de cambio (qué hacer)	Meta terapéutica (para qué)
Cognitivo	Trabajar con las interpretaciones y las ideas irracionales sobre la conducta de los “otros”	Que la menor pueda atribuir las respuestas y conductas de los otros, a intenciones que no siempre son de ataque hacia ella
	Promover la identificación de fortalezas personales	Que la auto-observación de cualidades y habilidades permitan desarrollar patrones adaptativos en la autoestima, auto-concepto y autoimagen
	Desarrollar aspectos de la consciencia moral y comportamiento pro-social	Que Gisela se apropie de una consciencia social, de la importancia de las reglas y las normas en la convivencia, que utilice estrategias de auto-regulación, autocontrol y comunicación asertiva

Fase inicial

La fase inicial de tratamiento comprendió cuatro sesiones de intervención llevadas a cabo durante el periodo de evaluación (sesión 3, sesión 8, sesión 12 y sesión 14 de evaluación), tres de las cuales fueron individuales y una familiar, también incluyó las primeras ocho sesiones de intervención, posteriores al proceso de evaluación.

Durante dichas sesiones se priorizó el trabajo terapéutico sobre el paradigma afectivo y el paradigma inconsciente, los cuales de acuerdo a la evaluación del caso y a la información teórica se encontraban en el trasfondo de la sintomatología; se implementaron habilidades terapéuticas como la escucha activa, la empatía, la observación y la aceptación total de la niña y su familia como ejes modulares de la intervención. A continuación se presentan las sesiones más representativas del trabajo en cada paradigma, con una breve descripción del contenido de la sesión, las técnicas y estrategias terapéuticas utilizadas y los resultados de acuerdo a las metas terapéuticas.

Paradigma afectivo

En el periodo de evaluación, el tiempo inter-sesión se dividía en dos partes, la mitad se destinaba a la aplicación de instrumentos de evaluación, y la otra mitad a juego libre. En cuatro de esas sesiones, la aplicación de pruebas se postergó y se intervino de acuerdo a las necesidades que mostraban Gisela y su familia.

Las sesiones se caracterizaron por el alto contenido de afectividad negativa, donde los juegos generalmente involucraban batallas con pistolas y espadas, con los temas constantes de muerte, odio, castigo y venganza; durante estas sesiones Gisela insultaba a los juguetes, rompía cosas (lápices, gomas, hojas de papel, y pequeños juguetes de plástico) y lastimaba a la terapeuta (con golpes dentro del juego), los juegos eran de descarga y cuando hablaba de sí misma, decía que era una niña mala, demonio, asesina y extraterrestre; Gisela mantenía una postura de desesperanza con ausencia de alternativas de solución.

Durante estas sesiones se limitaron los materiales en el espacio terapéutico, se excluyeron aquellos punzocortantes y de puntas finas que pudieran ser peligrosos para la menor y la terapeuta, y se incluyeron juguetes forrados de espuma suave, pelotas, cojines, tapetes y una colchoneta, para permitir la libre descarga emocional.

Tabla 6. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma afectivo

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
3 de evaluación.	<p>Primera sesión de contacto directo con Gisela, se trabaja motivo de consulta y encuadre. Dice que prefiere que le llamen por otro nombre (no el suyo), Se pone a la defensiva al tocar el tema de las reglas, dice que las odia porque no la dejan hacer nada. Toma el juego “operando”, se frustra rápidamente e insulta al juego: “¡maldito, sal de ahí, no te quedes ahí, coopera, sal, maldito, eres un inútil!”, golpeándolo con las pinzas en forma de apuñalamiento.</p>	<p>Descarga emocional Juego libre Permisividad Señalamientos sobre sus emociones</p>	<p>Gisela se permite sentir y expresar sus emociones en un espacio seguro. Observa detenidamente la reacción de la terapeuta ante sus emociones y se sorprende al no ser reprimida, indica que quiere volver y jugar otra vez porque en ese espacio puede ser ella.</p>
8 de evaluación.	<p>Llegó muy molesta al consultorio, con un dibujo de su hermano haciendo pipi y popo (que hizo en la sala de espera), se le dijo que parecía estar enojada, lo acepta y agrega que no quiere hablar, prefiere dibujar. Utiliza gises y hace un dibujo de corazón, con manchas de plumón negro en medio; es un corazón alienígena que viene de marte, tiene una enfermedad extraña y nadie puede ayudar, ni los papás, ni los doctores, ni nadie, es un corazón que se va a morir, ya se murió, sólo ella lo conocía y a veces lo recordaba. Cambia de juego y elige espadas, golpea fuerte a la terapeuta para matarla, pide que adopte una posición ruda de defensa, luego débil y dejada, acorrala a la terapeuta, la tiene en el piso y le clava la espada en el corazón: “ya te maté”. Cambia a juegos de disfrute.</p>	<p>Reflejo de emociones Señalamiento sobre su estado emocional y la aparente necesidad de lastimar, como a la terapeuta con los golpes de las espadas Se le ofrece la alternativa de seguir jugando a matar, sin lastimar de verdad Se permite que ella dirija el juego y descargue</p>	<p>Acepta el reflejo que se le hace sobre su estado afectivo Identifica sus emociones y decide lo que quiere hacer para expresarlas Se da cuenta de que estando enojada le dan ganas de lastimar a los demás, que el enojo está relacionado con los deseos de daño y venganza. Después de matar a la terapeuta respira hondo, sonrío ligera y brevemente, y cambia abruptamente de juego: Twister</p>

(Continúa)

Tabla 6. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma afectivo (continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
12 de evaluación	<p>Suspensión de Gisela en la escuela por golpear a una compañera y mandarla al hospital, ese día les informaron a los padres sobre la demanda contra ellos y contra la escuela, por parte de los padres de la menor afectada, y una carta de los demás padres de familia solicitando su expulsión.</p> <p>Gisela llega desorganizada (manifiesta movimientos corporales involuntarios, falta de atención, confusión, desorientación espacial e incongruencia en el lenguaje). La madre desarreglada, despeinada y con ronchas en el rostro. El padre desaliñado y con ojos rojos. Se les veía ansiosos, tristes y desesperanzados.</p> <p>Sesión familiar donde se toca el tema de la situación escolar, Gisela coloca un cojín grande llamado “enojín” en medio de sus padres. Los papás indican que se sienten tristes y desesperados al no entender su hija ni saber cómo ayudarla.</p> <p>Gisela le dice a su mamá: “tú no me entiendes y nunca quieres jugar”, la mamá llora y Gisela le acerca a enojín: “le puedes pegar y pellizcar, te puedes enojar con él y pegarle”, papá sugiere tener un enojín en casa.</p> <p>Mamá, Gisela y Teodoro lloran en la sesión, el papá confundido admite que no sabe cómo apoyar a su familia, al final Gisela abraza a su mamá y se sienta en su regazo.</p>	<p>Reflejo de emociones (desde el lenguaje analógico y digital.</p> <p>Contención emocional</p> <p>Validación emocional de Gisela y sus padres</p> <p>Apoyo a padres para que validen las emociones de sus hijos y para presentarse como soporte incondicional de Gisela</p> <p>Señalamiento sobre la función que cumplen sus emociones y su relación con las conductas problema</p>	<p>Los padres logran reconocer y nombrar las emociones que experimentan durante la sesión, logran identificar y validar las emociones de Gisela, brindan formas de expresión y ello le permite que Gisela sentirse comprendida, querida y apoyada por sus padres.</p> <p>Al final de la sesión Gisela logra identificar que se siente confundida, sola, enojada y triste. Logra plasmar en un dibujo de un corazón, lo que está sintiendo, y menciona que en un inicio coloreaba fuerte porque estaba muy enojada y después colorea más despacio y con cuidado porque se va sintiendo tranquila.</p> <p>Logra identificar que pierde el control cuando se siente enojada y frustrada, cuando piensa que los demás hacen cosas para insultarla y porque no la quieren, menciona querer aprender a sentirse bien, sentirse tranquila para que esto no vuelva a suceder</p>

Paradigma inconsciente

En este paradigma se observó una disminución del enojo y los juegos de descarga cambiaron a juegos simbólicos. En estas sesiones, se trabajó con las necesidades insatisfechas de cuidado y afecto, Gisela incorporó en los juego el arenero, al señor enojín y la muñeca flor, mencionaba constantemente sus deseos de convertirse en bebé para que sus papás la amaran y comenzó a comportarse como tal, balbuceando, gateando y chupándose el pulgar durante las sesiones.

Tabla 7. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma inconsciente

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
14 de evaluación	Llega molesta y triste a la sesión, explica que se siente así porque sus papás no cumplen sus promesas. Menciona que se siente triste porque sus papás no la quieren, que los bebés son los únicos que merecen amor, y que también está enojada con ellos porque no la dejan aprender cosas de niña grande, pues todo le prohíben. Trae consigo una varita de plástico, que pinta con pinturas acrílicas; al ir a lavarse las manos pinta la puerta del baño, las paredes, el espejo y el lavabo, vacía el dispensador de papel para secar las manos y lo tira al piso. Como solución enrolla el papel y lo guarda en el cajón para usarlo después. Después de haber terminado la sesión regresa el papá al consultorio para devolver la varita y explica que después de insistir, Gisela les dijo que la sacó del consultorio de enfrente.	Juego libre Interpretación y reflejos de necesidades de cuidado y afecto Validación emocional Búsqueda de soluciones Análisis contratransferencial (enojo de la terapeuta hacia los padres por no cumplir acuerdos, lo que provoca recaídas)	Gisela logra identificar que desea ser bebé para recibir amor de sus padres y que al mismo tiempo tiene deseos de crecer y lograr cosas nuevas, como abrocharse las agujetas. Acepta que se desorganiza cuando sus padres le prometen cosas y no las cumplen

(continúa)

Tabla 7. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma inconsciente (Continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
1	<p>Gisela elige pistolas y plantea un juego de guerra de malos contra buenos, no queda claro el bando de los buenos ni el bando de los malos, durante el juego mata en varias ocasiones a la terapeuta, dañando el corazón y la cabeza. Pone especial interés en crear muros para defenderse de los ataques.</p> <p>Al final cambia de juego y elige un circuito de tubos para canicas, las cuales se desbordan, Gisela ríe y dice que parece que las canicas están locas</p>	<p>Juego libre</p> <p>Señalamiento sobre los buenos y los malos</p> <p>Identificación de acciones que representan ataques en la realidad y en la imaginación</p>	<p>Concientiza sobre las acciones de otros que tiene la intención de atacarla y las que ella interpreta de esa forma pero que no lo son.</p> <p>Llega a la conclusión de que ella es como las canicas, que salen descontroladas, porque se sienten descontroladas.</p>
5	<p>Juega con tres barbies en el arenero, son hermanas, una de las tres muñecas es diferente y las otras dos no la quieren por eso, la Barbie diferente y fea no tiene derecho a jugar ni divertirse en el jacuzzi, sus papás y sus hermanas se burlan de ella y por eso se vuelve mala. Después la mamá de las barbies se enoja y castiga a las hermanas (las deja encerradas en un bote son Slime)</p> <p>Al anunciar el término de la sesión se enoja con la terapeuta y le dice que es mala porque no le permite estar ahí todo el tiempo, llora y dice sentirse enojada y triste, se le acepta y se le menciona que el juego con ella es disfrutable pero para disfrutar también es importante respetar el tiempo de juego, después de unos minutos indica que en la terapia ha aprendido a respetar, a ser amable y a sentirse feliz.</p>	<p>Juego libre</p> <p>Interpretación del juego</p> <p>Señalamiento y preguntas de los componentes del juego, las similitudes con su percepción de la dinámica familiar y las percepciones fuera de la realidad</p>	<p>Se pone tensa con los señalamientos e interpretaciones, y aumenta los diálogos de los personajes; dice que ese odio y castigo de las barbies tiene que quedar en el slime para que no esté en su vida, hasta que hayan aprendido.</p>

(Continúa)

Tabla 7. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma inconsciente (Continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
6	<p>Llega con su muñeca flor y le presenta a enojín, que se apellida alegrín, felicín, tristón y sorpresa, porque ya aprendió a sentir otras cosas.</p> <p>Toma el circuito de canicas, que ahora tienen una canaleta al final, para que las canicas no se pierdan.</p> <p>Al final de la sesión dice no quererse ir y agrega: “tú no me quieres, odio las reglas, no sirven para nada, tú eres mala, no me cuidas ni te importo, igual que a mis papás y al resto de la gente”, estaba llorando, apretando los puños.</p> <p>Se le refleja que parece enojada y ella reconoce que no es enojo, sino tristeza. Abraza su muñeca flor y le dice que antes creía que el cajón del consultorio era un buen lugar para que se quedara, pero lo mejor era que se fuera con ella para que la cuidara.</p> <p>Comienza a gritar: “tú no me quieres, nunca me has querido, ya no voy a regresar aquí, si voy a ir a psicología pero no contigo”.</p> <p>Se le preguntó si deseaba la presencia de sus padres, dijo que quería a su mamá. La mamá entró, la abrazó y besó, Gisela lloró mucho, se sentó en su regazo (como bebé) y chupó el pulgar.</p>	<p>Juego libre</p> <p>Interpretación</p> <p>Señalamiento del reconocimiento de emociones</p> <p>Señalamiento de la importancia de las reglas</p> <p>Análisis transferencial y contratrtransferencia</p> <p>Autocontrol y separación de ideas y deseos personales</p> <p>Permitir la expresión libre de emociones y pensamientos</p> <p>Rescate de figuras parentales</p>	<p>La menor identifica que al igual que enojín ella también ha aprendido a sentir otras emociones. Acepta que se siente más estable, como las canicas que ahora tienen donde detenerse para no perderse, en comparación con los juegos pasados.</p> <p>El análisis transferencial permite a la terapeuta identificar que los gritos e insultos en realidad no son para ella, sino para las figuras parentales.</p> <p>Gisela se convierte en una figura de cuidado para su muñeca flor</p> <p>Al entrar la mamá, Gisela se permite conductas regresivas con ella, las cuales son permitidas y aceptadas con contacto y físico y afecto.</p> <p>La menor llega al control emocional y conductual, por sí sola acepta continuar con el proceso terapéutico.</p>

(Continúa)

Tabla 7. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma inconsciente (Continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
7	Gisela juega con el arenero, se mete a la caja y comienza a “bañarse”, acariciando su cuerpo con la arena: los brazos y las piernas mientras dice: “mi papá me ama, me quiere mucho, mi mamá también, se preocupan por mí y me aman... aunque a veces me regañen o me peguen, también me aman” Toma la escoba y el recogedor para limpiar: “hay que dejar todo limpio y cuidar las cosas”	Juego libre Reconocimiento de cualidades Señalamiento de disfrute y orgullo Reflejo de integración del pecho malo y el pecho bueno	Disfruta las sensaciones corporales. Integra aspectos “buenos” y “malos”, sus papás ahora no son totalmente malos, la cuidan, se preocupan por su bienestar y también la aman.

Fase intermedia

Tuvo lugar de la sesión 9 a la 19 de intervención. Durante esta fase se trabajó bajo los paradigmas ambiental/conductual y sistémico, con 5 sesiones individuales, 3 familiares, 2 filiales y 1 fraterna; así como 9 sesiones de orientación con padres y 2 visitas escolares. Se determinó trabajar con el contexto para potencializar los cambios y generar experiencias y dinámicas diferentes con Gisela, a modo de separar el problema de la niña, es decir, que tanto la menor como los integrantes del contexto familiar y escolar identificaran el problema y sus características como tal, y no a la menor como el problema.

Paradigma ambiental/conductual

Estas sesiones se caracterizaron por juegos con una estructura más estable, disfrute y actividades de placer, incorporación de historias (narración y diálogo de personajes), juguetes de play móvil, y artículos de arte como plastilinas, pinturas, papel craft, cartulinas, pellón y tela. Se trabajó con establecimiento de límites dentro del espacio terapéutico y conductas-consecuencias, ya que para este momento se encontraba menos a la defensiva que en la primera fase de tratamiento. Durante

este periodo Gisela retomó juguetes que dejó en el cajón durante la fase anterior para actividades de reparación, y tocó el tema de la sexualidad.

También se llevaron a cabo sesiones familiares, de carácter artístico, y sesiones entre Gisela y su papá, Gisela y su mamá, y Gisela y su hermano.

Tabla 8. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma ambiental/conductual

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
9	<p>Llega una hora antes de la sesión, espera y regresa en el horario correspondiente</p> <p>Se acuerda la reducción de tiempo de las sesiones como consecuencia de no cumplimiento de reglas dentro del consultorio.</p> <p>Idea un “espacio para pensar”, toma un gorro navideño con cascabeles que ayudaba a quien lo usa, a pensar en las cosas malas que ha hecho, en las consecuencias y “si suenan las campanitas” puede ayudar a pensar en soluciones.</p> <p>Gisela se pone el sombrero, se dirige al cajón, saca la varita de la sesión 14 de evaluación y dice: “Aquí está la varita que pinté...te mentí de que la encontré en una banca, la saqué del otro consultorio”</p> <p>Decide solucionar lavándola para retirarle la pintura y llevarla al consultorio correspondiente, ofreciendo una explicación y una disculpa a la psicóloga a cargo.</p>	<p>Establecimiento de límites.</p> <p>Devolución de habilidades de espera</p> <p>Diferenciación de ella como problema y ella con conductas problema</p> <p>Apoyo en la identificación de conductas problema y sus consecuencias</p> <p>Preguntas reflexivas</p> <p>Reconocimiento de comportamientos alternos</p>	<p>Gisela tiene claridad del horario de sesión, en lugar de interrumpir y exigir su sesión como en ocasiones anteriores, espera y respeta el horario.</p> <p>Identifica que ella no es el problema, y genera un espacio con elementos que le permiten pensar en las consecuencias de sus actos.</p> <p>Retoma la varita, reconoce que no fue un comportamiento adecuado y busca solucionar, desde restaurarla hasta devolverla y ofrecer explicaciones y disculpas.</p> <p>Al final menciona que ya no se siente como una ladrona</p>

(Continúa)

Tabla 8. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma ambiental/conductual (continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
10	<p>Durante el juego con play móvil, menciona que ella tiene secretos y narra una experiencia con su prima mayor, explica que una vez se besaron en la boca como lo hacen en las telenovelas, para practicar para cuando tuvieran novio.</p> <p>Al final reconoce que son acciones que hacen los adultos, cuando son novios y esposos y que ella puede poner límites para autocuidarse, y puede recurrir a sus padres. Indica que hablará con su mamá para explicarle lo que ocurrió esa ocasión.</p>	<p>Video de prevención de abuso sexual</p> <p>Reconocimiento de zonas íntimas</p> <p>Promoción y reflexión de conductas autocuidado</p> <p>Importancia del apoyo familiar</p>	<p>de Toma consciencia de que su prima es mayor, que ella es una niña y fue una conducta de riesgo para ella</p> <p>de Reconoce acciones y zonas íntimas de su cuerpo y de los otros, así como la importancia de decir no ante propuestas de índole sexual</p> <p>del Busca apoyo en su mamá para solucionar situaciones difíciles</p>
14	<p>Decide sacar a la Barbie del slime (sesión 5) “se había quedado castigada porque se había portado mal durante mucho tiempo, pero ya aprendió su lección y ya no es tan mala”</p> <p>Mientras limpia a la muñeca de Slime establece el diálogo.</p> <p>Menciona sentirse feliz porque ya está aprendiendo a leer.</p> <p>Agrega que ya ha eliminado muchos problemas pero aún le falta que sus papás no la regañen tanto, habla de su hermano, que antes decía que era su primo pero en realidad es su hermanito y quiere invitarlo al espacio.</p> <p>Al final dice que a veces siente que sus papás no le ponen atención, sólo a Teodoro.</p>	<p>Preguntas reflexivas de conductas consecuencias</p> <p>Reflejo de emociones</p> <p>Devolución de la importancia de nuevos aprendizajes</p> <p>Se le pregunta si alguna vez le ha dicho eso a sus papás y que cree que pasaría</p>	<p>de Establece una relación entre las conductas y consecuencias negativas y positivas</p> <p>de Reconoce que ella ha aprendido a decir cosas bonitas a los demás</p> <p>de Se encuentra interesada en aprender nuevas formas de convivir</p> <p>de Se da cuenta que se enoja con Teodoro cuando sus papás la hacen a un lado por él.</p> <p>de Se propone hablar con sus papás sobre sus emociones en cuanto a la diferencia de trato</p>

(Continúa)

Tabla 8. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma ambiental/conductual (continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados / metas terapéuticas
15 (Sesión filial 1 Gisela-papá)	<p>Entra sola, cuenta que habló con sus papás y le dijeron que ahora ella sería la consentida, que respondió que prefería que trataran con el mismo cariño a los dos.</p> <p>Se incorpora el papá, Gisela le indica que las reglas en esta sesión serán “no gritar y tener paciencia”, elige el circuito de canicas.</p> <p>Ambos llegan a acuerdos para el circuito, ambos aceptan ideas del otro, Gisela se sienta en las piernas de su papá y este le da un beso, ambos ríen y disfrutan de la actividad; el papá dice estar sorprendido y sentirse orgulloso de poder compartir ideas con Gisela y que ella las acepte. Al final Gisela elige recoger colocando el costal de canicas al final del circuito: “ahora tienen dónde caer y pueden estar juntas”</p>	<p>Importancia de las reglas y del trato igualitario</p> <p>Reforzamiento de conductas positivas por medio de reconocimiento, alago y consecuencias, con Gisela y su papá.</p> <p>Devolución de importancia del vínculo y disfrute en el juego</p>	<p>Reconoce que ella y su hermano merecen un trato igualitario, con respeto y amor por parte de sus padres</p> <p>Establece reglas de convivencia dentro del espacio de juego.</p> <p>Disfruta la sesión, reconoce cualidades positivas de su papá y se las dice, él a su vez sonríe y llora emocionado, abraza a su hija y le dice que la ama, ambos llegan a acuerdos y se proponen tener un espacio para ambos en casa.</p>
16 (Sesión fraterna Gisela-Teodoro)	<p>Durante los primeros 15 min, ambos exploran y juegan de forma independiente, ella encuentra un kit de doctor, al que le llama “instrumentos de enfermería”, invita a su hermano a jugar y comienzan a ver cada juguete. Ambos examinan sus oídos, uno a otro, dicen que están enfermos y necesitan descansar sus oídos.</p> <p>La terapeuta se vuelve paciente, Gisela es doctora y Teo su ayudante, ella explica cómo curar enfermos y cuidar bebés.</p> <p>Teodoro sale del consultorio, Gisela no quiere terminar de recoger, insulta y le grita a la terapeuta; se resta poco a poco el tiempo de la sig. sesión hasta que se termina y se suspende</p>	<p>Apoyo en el reconocimiento de deseos propios</p> <p>Formas de expresar lo que cada uno quiere hacer</p> <p>Escucha del otro</p> <p>Búsqueda de acuerdos</p> <p>Importancia del trabajo en equipo</p> <p>Consecuencias ante faltas de respeto</p>	<p>Busca incluir a su hermano en los juegos.</p> <p>Organiza el juego con roles específicos.</p> <p>Incorpora los deseos de su hermano.</p> <p>Hacen un equipo y cooperan para curar a la terapeuta.</p> <p>Instruye a su hermano en el buen comportamiento, pero él hace berrinche y ella se descontrola.</p> <p>Acepta las consecuencias e identifica las conductas negativas. <i>(Continúa)</i></p>

Tabla 8. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma ambiental/conductual (continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados
17 (Sesión filial Gisela-mamá)	La terapeuta le ofrece una disculpa por suspender la sesión anterior, fue una medida muy severa. Gisela sorprendida dice: “gracias, nadie me había pedido una disculpa”, explica que se enojó porque se sintió como en su casa, donde la culpan de las cosas que hace Teo, como si él fuera el bueno y ella la mala. Dibuja a tres personas (mamá, Gisela y terapeuta), observa y les agrega piernas: “listo, ahora si son humanos, ya no parecen aliens” Entra la mamá, juegan en el arenero a encontrar juguetes de comida enterrados, la mamá da instrucciones precisas y Gisela cambia el juego, ahora la mamá le ayuda a enterrar sus pies, recuerdan momentos felices en la playa.	Reconocimiento de errores propios de la terapeuta. Comprensión y devolución de motivantes de conducta negativa Devolución sobre la esencia del juego con la mamá. Reconocimiento de búsqueda de alternativas de Gisela para no entrar en conflicto	Acepta la disculpa y se abraza a sí misma, experimenta la aceptación de errores de un adulto. Reconoce la sensación de ser la mala y su hermano el bueno en casa, y su relación con su descontrol emocional y conductual. Hace un cambio en sus dibujos, los humaniza agregando pies. Genera cambios en el juego para evitar discusiones con su mamá. Ambas disfrutaron el juego.

- Sesiones de orientación con padres / psicoeducación

Durante este periodo, se llevaron a cabo tres sesiones de orientación con padres, donde se trabajó desde la psicoeducación, la identificación de prácticas de maltrato y trato humillante en la infancia, instruyendo sobre los buenos tratos en la infancia, la crianza positiva, competencias parentales y desarrollo en la etapa preescolar y escolar.

Las sesiones se dividían en tres partes, la primera con ambos padres y la segunda con uno y la tercera con otro, debido a que cuando estaban juntos la recepción de la información se veía limitada por discusiones entre ellos, de esta forma, la primera parte correspondía a la introducción del tema y posteriormente se trabajaba con las competencias de cada uno desde su rol parental.

Se utilizaron presentaciones en power point, cuadernos de terapia para cada uno de los padres, infografías, ejercicios de autoobservación por medio de videograbaciones de las sesiones familiares y evaluación de competencias parentales con las unidades de análisis del protocolo de observación de juego grupal para familias. Así mismo se otorgaron materiales educativos sobre necesidades de desarrollo, competencias y responsabilidades para niños de edad preescolar y de inicio de edad escolar.

En ese momento el centro de servicios psicológicos San Lorenzo, ofreció un taller de crianza positiva, se les sugirió y lo tomaron.

Paradigma sistémico

Estuvo dividido en dos partes:

- Sistema familiar:

El trabajo desde este paradigma comprendió seis sesiones de orientación con padres, donde se tocaron temas de la dinámica violenta-agresiva transgeneracional, analizando la repetición de los patrones de la familia de cada uno de los padres, la dinámica en el holón conyugal y en el parental, así como de la forma en que esto repercute en la problemática de Gisela.

Se instruyó también sobre la normalización de la violencia en casa, la identificación de acciones y verbalizaciones que comprenden descalificación, desvalorización, burla y rechazo hacia Gisela, comparaciones que realizan entre sus hijos y la preferencia que marcan hacia Teodoro, haciendo a un lado a Gisela; y las consecuencias emocionales que derivan en ella.

Al final se les planteó la hipótesis de que ambos evitan las dinámicas y problemas de pareja y favorecen el mantenimiento del problema de Gisela, a modo de no atender las demandas de la relación conyugal, también se les devolvió que las sesiones tuvieron que ser individuales, porque al estar juntos se hacía imposible el trabajo sobre la influencia de sus roles parentales en el problema de Gisela, por las discusiones entre ellos; se les sugirió acudir a terapia individual o de pareja. Comenzaron un proceso en terapia familiar sistémica.

En cuanto a estrategias y técnicas de intervención, se utilizaron videograbaciones de sesiones familiares y filiales, se llevaron a cabo juegos de roles, modelamientos, reflejos y señalamientos en los planos conductual, cognitivo y emocional.

- Sistema escolar:

Se realizaron dos visitas escolares; la primera fue en la escuela que derivó a Gisela al proceso de psicoterapia, donde se hizo la entrevista escolar. Durante esa visita (llevada a cabo al inicio del periodo de tratamiento) se orientó al personal educativo sobre los problemas externalizados y se les otorgó material didáctico para manejo de agresividad en niños dentro del aula. A las pocas sesiones, los padres informaron que percibían poca cooperación por parte de la escuela, ante la insistencia de los padres de familia para la expulsión de Gisela del colegio y la presión de la demanda contra la escuela, motivo por el cual decidieron cambiarla de institución educativa.

La siguiente se hizo en la segunda escuela donde estudiaba Gisela, tuvo el objetivo de informar sobre el diagnóstico y las estrategias que podían implementar en el aula. Las autoridades educativas implementaron un espacio en la biblioteca con un cojín, al que presentaron en el grupo como el señor “enojín”, instruyendo, con la ayuda de Gisela, su función para regular el enojo, y permitiendo a los niños acudir a él en busca de apoyo. Incluyeron actividades de activación física en situaciones de frustración, a modo de descarga energética, y dieron prioridad al modelamiento de convivencia social sana.

Fase final

La última fase del tratamiento comprendió de la sesión 20 a la 25, con 4 sesiones individuales y una filial; el juego tuvo características de cuidado, protección, cariño, amabilidad, empatía y conciencia de las normas como portadoras del cuidado común. Gisela planteó interés en el futuro y sueños de ser pintora, diseñadora de modas, doctora y psicóloga; colocó el diálogo como algo primordial y orientado a soluciones, presentando alto nivel argumentativo y reflexivo, también colocó la necesidad de separar sus problemas de los de sus papás y llegó a la conclusión de que su rivalidad con su hermano no es culpa de él, sino del trato preferente por parte de sus papás.

Paradigma cognitivo

En esta fase se trabajó con el paradigma cognitivo, directamente con las atribuciones de las acciones de otros, con el auto-reconocimiento de habilidades y cualidades, con la búsqueda de soluciones orientada a la consciencia social, estrategias de autoregulación emocional y comunicación asertiva.

Tabla 9. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma cognitivo

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados
20	<p>Sesión posterior al periodo vacacional, llega y menciona: “mira, ya crecí” (físicamente se ve más grande que en la última sesión)</p> <p>Elige un juego de construcción de una granja, con animales, incluye un camión de bomberos que puedan protegerlos.</p> <p>Menciona que enojín ya cambió de nombre, ahora es felicín, después explica que ella se sigue enojando por cosas que hacen y dicen sus papás, porque se pelean entre ellos y eso la altera en la escuela, luego de detenerse a pensar un momento agrega: “quiero que sus problemas de mis papás sean de ellos, ya no los quiero tener yo”.</p> <p>Se habló de los logros terapéuticos con relación al motivo de consulta y se plantea finalizar el proceso, propone tener 100 sesiones más, se acuerdan 5.</p>	<p>Reconocimiento del crecimiento físico, emocional y de control corporal.</p> <p>Devolución de cualidades: amable, respetuosa y protectora durante el juego.</p> <p>Promoción de reflexión y búsqueda de soluciones.</p> <p>Establecimiento de acuerdos.</p>	<p>Se mira en el espejo y se sonríe (en las primeras sesiones evitaba mirarse).</p> <p>Reconoce su crecimiento.</p> <p>Pide y acepta ayuda de manera cordial, sin que ello represente desvalía.</p> <p>Identifica los aspectos que generan enojo y descontrol escolar y por sí misma plantea separar sus problemas de los de sus padres</p> <p>Establece acuerdos escuchando y dando su opinión.</p> <p>Sonríe y disfruta plenamente el juego</p>

(Continúa)

Tabla 9. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma cognitivo (continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados
22	<p>Llega temprano, saluda y espera el horario para iniciar la sesión.</p> <p>Entra al consultorio y saca del cajón a las barbies, una cobija, pinturas y pinceles para hacer “cosas de amor para los hermanos”</p> <p>Durante la actividad comenta que en la escuela hay una niña que la molesta, se practican formas de pedir ayuda y solucionar la situación. Dibuja una casa, corazones, globos y estrellas en la cobija.</p> <p>Después hace un traje que le pone a la terapeuta, indica que es una capa de superhéroe, ambas son superheroínas porque hacen cosas de superhéroes, se propone mejorar el traje porque de grande será diseñadora de modas.</p> <p>Al final le da un abrazo a la terapeuta y sale feliz de la sesión.</p>	<p>Reconocimiento de la espera y el respeto del horario.</p> <p>Búsqueda de soluciones.</p> <p>Juego de roles.</p> <p>Comunicación asertiva.</p> <p>Identificación de pensamientos ante las molestias de su compañera.</p> <p>Devolución de habilidades cualidades personales</p>	<p>Se interesa en el cuidado y la protección de las barbies (hermanas), la cobija la decora con símbolos de amor y alegría.</p> <p>Tiene control de movimientos de brazos y piernas, de movimientos gruesos y finos, tiene delicadeza y atención dirigida.</p> <p>Se propone poner en práctica distintas formas de solucionar.</p> <p>Reconoce sus cualidades, se menciona como una niña buena, amorosa y respetuosa, hace halagos a la terapeuta y a sí misma por su gran trabajo de diseño en la cobija y en las capas de superheroína.</p>
24	<p>Establece el diálogo diciendo que golpeó en la escuela, se le pregunta qué sucedió y cuenta que ella ya se ha controlado muy bien porque sabe que eso está mal, pero ese día estaba “piense y piense en sus sesiones” y por eso golpeó. Se le pregunta qué de las sesiones era lo que pensaba y dice: “que ya son las últimas y ya casi no nos vamos a ver, si yo dejo de pegar ya no voy a estar contigo, si sigo pegando seguiré en mis sesiones”.</p>	<p>Exploración de motivos.</p> <p>Identificación de ideas y fantasías.</p> <p>Búsqueda de alternativas.</p> <p>Comparación de la forma de desenvolverse al inicio del proceso y ahora.</p>	<p>Identifica su deseo de continuar y lo difícil de finalizar el proceso.</p> <p>Identifica consecuencias e ideas relacionadas.</p> <p>Tiene claridad de su sentir, su ideas y su comportamiento inicial y actual</p> <p>Reconoce que los problemas de sus papás no le pertenecen a ella.</p>

(Continúa)

Tabla 9. Sesiones representativas del trabajo terapéutico en el paradigma cognitivo (continuación)

Sesión	Contenido principal	Técnicas y estrategias	Resultados
24	Se hace un espacio de reflexión sobre cómo era cuando llegó y cómo es ahora, lo que ha aprendido, sus cualidades y las habilidades que posee para solucionar problemas	Reconocimiento de logros, de cualidades, fortalezas y habilidades. Promoción de uso de habilidades.	Reflexiona que su hermano no tiene la culpa de que sus papás lo consientan. Se reconoce como una niña grande, fuerte, valiente, amable, cariñosa, respetuosa, amorosa e inteligente. Ahora puede ser princesa.

5.3 Post-tratamiento, resultados y seguimientos

Después de la ceremonia de graduación se llevó a cabo una sesión de post-tratamiento, en la que se aplicó el dibujo de la figura humana con el sistema de calificación de Kopitz, las escalas de afrontamiento y estrés para preescolares (Monjarás, 2018) y un instrumento de evaluación de comportamiento negativo (López, 2019) en forma de auto-reporte, diseñado a partir de la observación del comportamiento de Gisela durante el proceso de evaluación.

Los resultados generales indican un esquema corporal integrado acorde a su etapa de desarrollo, sin indicadores emocionales de riesgo; puntuaciones de estrés dentro de lo normal para su grupo de edad, habilidades para identificar las experiencias que le generan malestar (enojo y preocupación), y el uso de diversas formas de afrontamiento tanto funcional, emocional, y evitativo, así como una disminución del afrontamiento disfuncional. Se observa también alto grado de reconocimiento de comportamiento negativo que llevaba a cabo con regularidad cuando inició el proceso terapéutico, y la disminución de dicho comportamiento. Para conocer más sobre los resultados de la evaluación post-tratamiento diríjase al Anexo 2.

Análisis de resultados

A continuación se plantean los resultados del funcionamiento del sistema self desde sus seis funciones:

Tabla 10. Descripción de las funciones del sistema self de Gisela al final del tratamiento

Funciones	Descripción
Toma de consciencia	<p>-Focos de consciencia: Gisela logra ser consciente acerca del funcionamiento de su entorno, de lo que le ocurre, de sus propios límites, de su historia y su funcionamiento personal. Identifica el funcionamiento familiar agresivo y las diferencias que marcan sus papás entre ella y su hermano, reconoce sus estados emocionales y las experiencias que los desencadenan, por ejemplo: “En la escuela me enoja que me digan que no pronuncio bien la /r/, pero estoy haciendo ejercicios para lograrlo”</p> <p>-Calidad y libertad: La consciencia es dirigida, realiza evaluaciones a nivel de introspección, identifica las consecuencias de sus propias conductas y de los otros, posee un conocimiento realista de sus propias capacidades y límites. Por ejemplo, ante situaciones escolares se da cuenta que la forma en que ella responde también influye en el comportamiento de sus compañeros: “cuando yo les hablo bien también me hablan y jugamos”.</p>
Identidad	<p>Gisela está conformando una autoestima y un autoconcepto más realistas, caracterizados por la identificación de cualidades y habilidades personales, se reconoce como una niña merecedora de amor y respeto. Posee un esquema corporal integrado y una autoimagen saludable, se identifica a sí misma como una niña buena, respetuosa, cariñosa y cuidadosa.</p> <p>En cuanto a la autoeficacia, reconoce y utiliza sus habilidades para generar cambios en su ambiente y resolver problemas</p> <p>Experimenta la sensación de haber crecido, ser niña grande y se encuentra deseosa de aprender cosas nuevas.</p> <p style="text-align: right;"><i>(Continúa)</i></p>

Tabla 10. Descripción de las funciones del sistema self de Gisela al final del tratamiento (continuación)

Funciones	Descripción
Significación	<p>Traduce sus experiencias desde un análisis cognitivo, evaluando las características de su entorno y de sí misma; reinterpreta las acciones de otros incorporando elementos contextuales.</p> <p>Ya no atribuye sus problemas a los demás, sino que busca responsabilizarse de sus actos, e identifica, en la relación con su hermano, que la diferencia se debe al trato que realizan sus padres y no a Teodoro</p>
Autoorganización	<p>Se recupera y reorganiza con la presencia de su hermano, aceptándolo e integrándolo como parte de su familia y su vida.</p> <p>El vínculo afectivo con la terapeuta le permite organizarse y buscar nuevos vínculos, con sus padres, su hermano, amigos y maestros. Se reorganiza ante la finalización del proceso terapéutico, utilizando sus habilidades y apropiándose de las emociones positivas como experiencias enriquecedoras.</p> <p>Ya no se desorganiza ante las conductas de los otros, recurre a alternativas cognitivas que regulen su emoción y su conducta, eliminando así los problemas externalizados</p>
Búsqueda de sentido	<p>Gisela identifica los motivos de sus decisiones y acciones, identifica fortalezas y debilidades, potencialidades y metas.</p> <p>Identifica que le gusta el baile, y las artes marciales “porque puedes golpear con seguridad para ti y los demás”, disfruta diversas actividades como jugar con otros niños, convivir con su hermano y su familia, actividades de arte, pintura y manualidades.</p> <p>Identifica sus valores personales, la importancia de la convivencia sana en sociedad e interioriza normas y reglas.</p>

(Continúa)

Tabla 10. Descripción de las funciones del sistema self de Gisela al final del tratamiento (continuación)

Funciones	Descripción
Conducción de vida	<p>Identifica diversas necesidades, desde aquellas básicas biológicas de alimentación y descanso, como las de seguridad, salud, cuidado, amor, respeto, amistad y confianza. Emprende diversas estrategias y acciones para satisfacerlas.</p> <p>Se observa disfrute al aprender cosas nuevas y deseos de conducir su vida a la felicidad, con idea de ser mayor, estudiar y llegar a ser pintora como Frida Kahlo, diseñadora de modas, doctora o psicóloga, permitiéndose imaginar distintos escenarios futuros.</p>

Seguimientos

Posteriormente se llevaron a cabo diversos seguimientos, uno en la escuela (un mes después de finalizado el tratamiento), dos con padres (uno al mes y otro a los dos meses) y tres con Gisela (a los tres meses, a los seis meses y al año).

- Seguimiento escolar:

El personal educativo, maestra titular y directora indican que observan cambios importantes en el comportamiento de Gisela, ya no presenta su comportamiento explosivo (sic), cuando tiene problemas con sus compañeros se sigue enojando pero intenta explicar lo que sucede y pide ayuda a la maestra; mencionan que tiene dificultades académicas, pues lee y escribe con menor velocidad en comparación con el resto de los niños del grupo, por lo que se sugiere trabajo psicopedagógico y de regularización.

- *Seguimiento con padres:*

-En la primera sesión de seguimiento los padres indican que no se sienten seguros de haber finalizado el proceso, porque Gisela no es perfecta, se trabaja con ellos los ideales sobre su hija y la aceptación de sus características personales, se plantea la metáfora de que la vida no es plana, como un camino plano, sino que siempre surgirán subidas y bajadas a las que nos tenemos que enfrentar utilizando nuestras habilidades personales, familiares y sociales; y que en este momento Gisela cuenta con una amplia gama de habilidades en los tres ámbitos, que le permitirán hacer frente a diversas situaciones que se presenten, buscando apoyo en ellos, en amigos y maestros.

Los padres lo aceptan y mencionan que están sorprendidos porque los niños del edificio ahora la invitan a jugar en el parque, a ella y a su hermano, y no se han presentado discusiones o peleas; también que ellos han procurado ser menos sobreprotectores, permitiéndole desenvolverse, hacer algunas cosas sola y aprender nuevas aunque cometa errores.

-En la segunda sesión de seguimiento los padres se observan tranquilos y contentos, explican que han aprendido mucho en su terapia familiar sobre cómo su comportamiento influye en el de sus hijos y en su bienestar. Cuentan una anécdota del fin de semana, acudieron a una fiesta infantil y Gisela pidió de manera amable acudir sola a los juegos, al principio el papá no quería “porque se iba a meter en problemas como siempre”, pero la mamá influyó para que le permitieran hacerlo sola; el papá, sorprendido, dice que la observaba hacer filas para esperar su turno, reír y compartir con otros niños, invitar y cuidar a su hermano en los toboganes y enseñar sus hazañas en la alberca de pelotas, explica que nunca vio tan feliz a su hija, desenvolviéndose como “pez en el agua”, y que incluso sus amigos y familiares les preguntaron que qué habían hecho, pues era una niña totalmente diferente.

- *Seguimientos con Gisela*

-En la primera sesión de seguimiento se trabaja con la actividad: El volcán del enojo, a modo de reforzar la identificación de consecuencias del descontrol conductual a partir de un estado emocional negativo, la importancia de la regulación emocional, y la búsqueda de actividades de descarga segura que permitan la expresión emocional. Durante esta sesión planteó que está

aprendiendo a disminuir su enojo viendo televisión, haciendo dibujos, haciendo tarea y jugando con su hermano y agrega: “mis papás a veces no saben ser papás, sus problemas son de ellos y los míos son otros”.

Se muestra contenta durante la sesión y cuenta que tiene su primera amiga de la escuela, su nueva mejor amiga que creyó que nunca podría tener, se detiene un momento y dice: “Te acuerdas de la niña mala que llegó aquí?”... “ya puedo ser buena”... “soy respetuosa y también cariñosa...soy cuidadosa”.

-En la segunda sesión de seguimiento se permite el juego libre en la ludoteca, elige la cocinita y un juego de mesa, durante el juego pierde en dos partidas sin frustrarse, se le pregunta cómo se siente y cómo se ha sentido a partir de su graduación, comenta que bien porque se puede sentir contenta, también se puede enojar y sentir triste.

-Pide invitar a su hermano, sale por él y entran a jugar con unos carritos y pelotas, Gisela le explica a su hermano que antes de cambiar de juego debe guardar para que no se haga un relajo, y que ella le va a enseñar para que aprenda todo lo que aprendió en su terapia, después se acerca a la terapeuta y le dice en voz baja: “mi papá consiente más a Teodoro, pero no es culpa de mi hermanito”.

-El tercer seguimiento se llevó a cabo bajo la modalidad en línea, debido a la pandemia originada por el covid-19, durante esta sesión decide incluir a sus papás para contar todo lo que ha hecho, comentan que pasó a un nuevo ciclo escolar y que estar en casa fue difícil al principio pero aprendieron a ponerse de acuerdo y a convivir más tiempo, luego dice que sus papás ya confían más en ella y le permitieron pasar dos semanas en casa de su abuela, orgullosa comenta que aprendió a recolectar frutas de los árboles, a tender su cama y a ayudar en la comida, los papás se observan alegres, orgullosos del crecimiento de Gisela y “mentalizados para apoyarla en la búsqueda de su camino”.

CAPITULO 6

Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos al final de la intervención psicoterapéutica, recolectados por medio del auto-reporte de la menor, los resultados de los instrumentos de evaluación, la observación directa, la información de los padres y del personal educativo, se observan cambios significativos en el funcionamiento del sistema self de la menor, cambios que permiten un funcionamiento adaptativo y bienestar integral de acuerdo al enfoque integrativo supraparadigmático (Opazo, 2004).

Dentro del proceso terapéutico, el trabajo en cada uno de los paradigmas generó cambios en los demás paradigmas y eventualmente, dichos cambios se expresaron en las seis funciones del sistema self, tal como se menciona en la literatura, los paradigmas son subsistemas que se organizan en torno al sistema self, y cada modificación en alguno de ellos, genera cambios en los demás subsistemas y por ende, en el sistema total (Opazo & Bagladi, 2010).

Fernández-Álvarez y Opazo (2004), aclaran que los paradigmas a trabajar dependen de la evaluación hecha del caso, de las necesidades del paciente y de las áreas que requieren mayor atención, poniendo especial interés en aquellos que son prioridad para potencializar los cambios e intervenir profundamente, en las raíces del problema.

Desde este sentido, el primer paradigma trabajado, el afectivo, se priorizó por la necesidad de la menor de expresar y descargar las emociones de valencia negativa que se encontraban “a flor de piel”, el enojo y la ira que funcionaban como elemento encendedor de las conductas externalizadas (Izard, et al., 2006; Stutey, Dunn, Shelnut & Ryan, 2017; Deschamps, et al., 2018). Estos niños suelen tener sensaciones de injusticia, de no ser escuchados y de quedar como culpables de todas las situaciones, lo que conduce a un enojo muy grande, un enojo con el mundo (Janin, 2012), tal como se observaba con Gisela en un principio.

Se requiere atender los impulsos de descarga que son incontrolables para los niños, o de otro modo estos obstaculizan cualquier objetivo de intervención (Janin, 2012), Crenshaw y Swan (2020) sugieren permitir la libre expresión para posteriormente, poder tener acceso al inconsciente.

Se le permitió así un espacio de expresión, diferente al resto de los escenarios donde la menor se desenvolvía, bajo la consigna hacia la terapeuta de escuchar y permitir, en lugar de acallar y reprimir; los niños con estos problemas de comportamiento son considerados como niños malos, se les sanciona, castiga y expulsa reforzando en ellos la idea de un mundo hostil y arbitrario, este tipo de respuestas son comunes en la dinámica familiar y escolar (Janin, 2012; Toro, 2014; Altschul, et al., 2016) y se observaron en el caso de Gisela, quien era vista como “la niña problema que no tenía arreglo” por lo que le aplicaban medidas disciplinarias más estrictas, con castigo físico y prohibiciones de convivir con compañeros y acceder al recreo.

Una vez atendidas estas necesidades, el funcionamiento de los demás paradigmas se modificó y ello permitió dar paso al inconsciente, con ideas de rechazo, sentimientos de desvalía y pulsiones de muerte, que se encontraban en el trasfondo del funcionamiento de la psique de la menor.

Tal como lo menciona Janin (2012), los niños con respuestas impulsivas y agresivas y con problemas de desafío de autoridad suelen tener mucho sufrimiento psíquico, el cual se coloca en el juego cuando se les permite sentirse libres; y que se observó en Gisela en cuanto a la percepción de necesidades de afecto y cuidado no satisfechas, y la perspectiva de no ser suficiente y no ser merecedora de cariño por su padre y madre, a menos de convertirse en bebé (únicos seres que merecen cariño, como su hermano).

En el paradigma inconsciente, la relación terapéutica adquirió niveles altos de transferencia, donde la menor colocó a la terapeuta el rol materno, mencionando a los papás que deseaba ser adoptada por la terapeuta, volver a nacer y no ser hija de ellos, y en el espacio terapéutico reclamando abiertamente a ella su falta de cuidados, falta de cariño y sensación de rechazo, situación que acorde a lo descrito por Esquivel, et al. (2007) ocurre en la práctica clínica cuando el paciente ve al terapeuta como se lo imagina a través de sus deseos inconscientes.

Estas situaciones exigieron análisis transferencial y también análisis contratransferencial, debido a la necesidad de tratar de brindar a la niña el afecto que demandaba y ponerse en contra de los padres, desde una postura distinta a la de terapeuta, situación que ocurre en el trabajo con niños cuando el psicólogo revive su propia infancia y sin darse cuenta intenta dar al niño lo que a él no le dieron sus padres o lo que hubiera deseado recibir (Esquivel, et al., 2007).

En este punto, el análisis personal de las motivaciones conscientes e inconscientes y el análisis transferencial y contratransferencial en supervisión permitieron separar los objetivos clínicos de las necesidades propias de la terapeuta, llevando así a respuestas más neutrales que propiciaron un espacio entre madre e hija, con características de regresión (chuparse el pulgar, gatear y balbucear) y reparación, de esta forma, como indica Acuña (2018) la terapia dio lugar a una reestructuración intrapsíquica de las relaciones internalizadas del pasado, en este caso de la relación con su madre durante la etapa oral.

El trabajo con la integración de objetos internos, permitió el paso del funcionamiento de objetos parciales a un funcionamiento de objetos totales, es decir la integración del pecho malo y el pecho bueno, y el consecuente fortalecimiento del yo (Klein, 1964), que se observó en el momento en que Gisela logró integrar percepciones de amor y prácticas de cuidado por parte de sus padres, junto a características de regañones; y posteriormente aspectos “malos” y “buenos” en sí misma, dejando de ser totalmente mala.

Esto también representó un cambio en la interpretación del nacimiento y presencia de su hermano, ya que como indica Kernberg (1979), desde la teoría de las relaciones objetales el nacimiento de un hermano puede ser experimentado como una infidelidad por parte de los padres, como una expresión de insatisfacción y crítica de los padres hacia el niño; cuando Gisela logra la integración de las representaciones “buenas” y “malas”, integra también a Teodoro dentro del sistema familiar.

Una vez intervenido en el subsistema inconsciente el estado de la menor se modificó, permitiendo así dar paso a un trabajo ambiental/conductual, que en otro momento no podría haberse manejado por la baja disponibilidad tanto de la menor como de los familiares.

En el paradigma ambiental/conductual, se trabajó con la identificación de las conductas propias y sus consecuencias, se estableció un entrenamiento conductual basado en las reglas del consultorio, con consecuencias de disminución de tiempo de las sesiones cuando las reglas no fueran respetadas, y con elogios sobre logros en cuanto al respeto de las normas, con ella y con sus padres al final de la sesión, y modelamiento de conductas responsables, a modo de generar aprendizaje y comportamientos alternativos, que Stutey et al. (2017) denominan como reorientación o reeducación.

Por otro lado, se incorporaron los integrantes de la familia al juego terapéutico, tal como sugieren Gil y Sobol (2000) este tipo de juego en familia permite promover metas terapéuticas de conexión emocional, brindando la oportunidad de verse entre ellos de forma diferente, de disfrutar y obtener recompensas de interacción entre ellos y de trabajar sus problemas de manera distinta; de esta forma, se lograron momentos de disfrute, intercambio de ideas, apoyo y tolerancia dentro de las sesiones, tanto de Gisela hacia sus padres y su hermano, como de ellos hacia ella.

La inclusión de intervenciones familiares favoreció el afecto positivo y cálido por parte de los padres, lo que permitió a Gisela regular la ira, disminuir la agresión y las conductas agresivas dentro y fuera de las sesiones (Izard, et al., 2006).

Con las sesiones filiales y la sesión fraterna, se fortalecieron los vínculos afectivos de las diadas y se concretaron diversas alianzas, permitiendo generar dinámicas y respuestas distintas ante los conflictos familiares; como indica Vanfleet (2000), este tipo de sesiones de juego permite fortalecer las relaciones, mejorar las habilidades de comunicación, mejorar las habilidades para divertirse y prevenir problemas futuros.

A la par, el trabajo de las sesiones de orientación con padres, permitió generar consciencia sobre las conductas parentales que promueven los problemas externalizados, tales como hostilidad parental, crianza intrusiva y controladora, malos tratos en la infancia, agresión y castigo físico, lejanía afectiva y rechazo (Barrios et al., 2017; Yan & Ansari, 2017; Yoon et al., 2017; Xuan et al., 2018; Connors-Burrow et al., 2015); situaciones presentes en la dinámica familiar, que los padres identificaron y comenzaron a modificar por medio del automonitoreo, de análisis de videograbaciones, de ensayos por medio de juego de roles y práctica de diversas estrategias en las sesiones familiares, filiales y juegos en casa.

El paradigma sistémico se trabajó de acuerdo al análisis del funcionamiento del sistema familiar, las resistencias al cambio, el síntoma familiar, las alianzas, la dinámica de violencia transgeneracional, las agresiones en los diversos holones y la forma en que esto repercute en los problemas externalizados, tal como mencionan McGoldrick y Gerson (2008), la familia es quien marca las pautas de interacción en los niños, llevando a que el niño se acomode de acuerdo a la dinámica establecida en el sistema.

También se plantearon las hipótesis sistémicas con los padres durante las sesiones de orientación, Nathanson et al. (2010) indican que en los casos de problemas externalizados en niños surge la necesidad de trabajar con los padres sobre la interacción familiar y la repetición de las conductas en diversos ambientes, situación que se observaba en la forma en que Gisela se relacionaba con los otros, a través de la agresión, la violencia y la lucha de poder, repitiendo los patrones de interacción familiar; así mismo, se analizó con los padres la dinámica agresiva-violenta de sus familias de origen, la repetición de patrones en el núcleo familiar y su vínculo con la problemática de consulta (Deschamps et al., 2018), lo cual derivó en la búsqueda de un proceso terapéutico independiente para los padres, quienes decidieron acudir a terapia de pareja.

En cuanto al sistema escolar, se brindó apoyo a la institución educativa en cuanto al manejo de las conductas externalizadas, lo que a su vez, desde la visión sistémica donde el movimiento de un elemento genera cambios en el sistema total (Minuchin & Fishman 2004), generó que el personal educativo estableciera una relación sana y de aceptación con la menor, permitiendo que Gisela experimentara experiencias saludables y disminución de los problemas externalizados en la escuela, tal como mencionan Yan y Ansari (2017).

Desde el paradigma cognitivo, las intervenciones permitieron que Gisela desarrollara habilidades de inhibición, flexibilidad, control emocional y motriz (Volckaert & Noël, 2015), lo cual se observó en el control de impulsos ante situaciones adversas dentro y fuera del consultorio que al inicio del tratamiento la llevaba a golpear, gritar, insultar y mover su cuerpo involuntariamente, comportamientos que se extinguieron con el proceso psicoterapéutico.

Así mismo, Gisela desarrolló habilidades de solución de problemas, implementando estrategias de pensamiento reflexivo, cambio de atribuciones y búsqueda de soluciones, durante estas sesiones desarrolló diversas estrategias para pensar en explicaciones alternas a las que realizaba comúnmente sobre el comportamiento de otros, separando emocional y cognitivamente lo que ocurre con los demás, por ejemplo los problemas de sus papás, el trato preferente por parte de sus padres a su hermano y dejando de interpretar como “ataque” el comportamiento de niños y adultos con quienes convive.

Se trabajó también, por medio del juego en este paradigma, con los deseos de establecer relaciones interpersonales satisfactorias y redes de apoyo social, la importancia del autocuidado y

el respeto social, lo que permitió la interiorización de normas y finalmente la disminución del comportamiento antisocial y el favorecimiento del comportamiento prosocial (Figueroa, et al., 2010).

Como lo muestra la literatura (Opazo & Bagladi, 2010) el proceso terapéutico generó cambios en el sistema self de Gisela, que se expresan por medio de sus seis funciones.

La función de toma de consciencia en un inicio se encontraba limitada, tanto en focos de consciencia como en la calidad y libertad, al final del proceso se observa que hace análisis sobre el funcionamiento del entorno, tanto de su familia, de la escuela y de sí misma, identificando conductas y consecuencias, reconociendo diversas experiencias de su historia de vida.

La función de identidad estaba caracterizada por una autoestima baja, autoconcepto y autoimagen negativos y autoeficacia devaluada; características que al final se acercaron a una visión más realista, con el reconocimiento de habilidades y cualidades personales, atributos positivos, respeto y amor propio; esquema corporal integrado y capacidad para generar cambios orientados a la búsqueda de felicidad.

La significación funcionaba a partir de la traducción de experiencias desde la lucha de poder, la necesidad de defenderse de los ataques de los demás y la atribución de los problemas a la presencia de su hermano; lo cual se modifica y al final del proceso resignifica las experiencias a través de análisis cognitivos retomando elementos contextuales, superando la necesidad de permanecer a la defensiva y permitiéndose interactuar socialmente de manera sana.

En la autoorganización se observaban series dificultades, la desorganización que se hace más evidente a raíz del nacimiento de su hermano y de la ausencia del vínculo afectivo con la profesora de preescolar, así como la desorganización constante en la interacción con los otros (adultos y niños), al final se observa cómo hace uso de sus habilidades personales para reorganizarse en torno al tema de su hermano, las nuevas relaciones afectivas y la interacción con otros.

En cuanto a la búsqueda de sentido, al inicio no se observaban actividades de disfrute, ni motivos, valores o metas; y al final se encuentra en búsqueda de actividades de disfrute como el establecimiento de relaciones de amistad, incorporación de actividades lúdicas; identificación de

valores que movilizan su comportamiento, la importancia de la vida en sociedad y la interiorización de normas.

En la conducción de vida no había identificación de necesidades ni deseos o búsqueda de desarrollo personal; al final se observa que identifica necesidades de diversa índole y el emprendimiento de diversas estrategias para satisfacerlas, también se observan deseos de autorrealización y sueños de aprender y realizar distintas actividades que aporten individual y socialmente.

De acuerdo con Martínez y Quinteros (2005) el self es un sistema que posee una naturaleza funcional que organiza, procesa y actúa con relación a la estimulación externa e interna, de tal forma que el objetivo de la psicoterapia es ayudar a mejorar el funcionamiento del self; es decir, que la persona logre una mejor administración de sus propios recursos y adquiera una visión más amplia, con mayores opciones para satisfacer sus necesidades y buscar el bienestar.

El modelo integrativo supraparadigmático permite una visión global de los diversos subsistemas que involucran la vida del paciente y la forma de interacción con sus procesos internos y externos, permite analizar de forma aislada y diferenciada cada subsistema/paradigma; siguiendo esta congruencia, se presentó la información por paradigma para fines prácticos y didácticos a modo de sistematizar la información de la intervención, sin embargo, es importante señalar que dentro de la práctica clínica, en cada una de las sesiones se manifiesta y trabaja siempre más de un paradigma, esto debido a la complejidad del ser humano y del estado psicológico que se interrelaciona con los múltiples subsistemas.

De tal forma, la representación de las fases y los paradigmas principales que se trabajaron en dichas sesiones deben tomarse como “la parte central o más representativa del trabajo en ese momento” lo cual no quiere decir que se excluyan los demás paradigmas, sino que hay uno principal que se manifiesta con mayor importancia y prioridad de acuerdo a las necesidades propias del paciente, por lo cual el terapeuta debe desarrollar habilidades de escucha activa, observación y empatía (ejes modulares del tratamiento descrito), para identificar las necesidades que lleva el paciente a cada sesión y realizar intervenciones lo más cercanas a atender dichas necesidades en el momento en que se presenten.

Coherente con el desarrollo e implementación de habilidades terapéuticas que permitan ver las necesidades que el paciente plantea, el trabajo con Gisela exigió altos niveles de auto control emocional y conductual por parte de la terapeuta, dadas las condiciones del comportamiento agresivo de Gisela, ya que en ocasiones buscaba herirse, dañar los juguetes y el mobiliario del consultorio e incluso lastimar a la terapeuta (física y emocionalmente), también exigió análisis transferencial y constratransferencial constante, para realizar un trabajo lo más objetivo posible tanto en las sesiones individuales, familiares y de orientación con padres.

La empatía y aceptación total de la menor fueron ejes centrales durante todo el proceso, intentar comprender la motivación de sus acciones y el sufrimiento que había detrás, permitió aceptar sin rechazo ciertas demandas, lo cual generaba que Gisela se autocontrolara e identificara distintos puntos de vista para acomodarse a nuevas formas de interacción.

Otra de las habilidades que exigió el proceso fueron los altos niveles de atención y flexibilidad de la terapeuta, debido a las problemáticas con la escuela (las suspensiones constantes por eventos agresivos de Gisela), la demanda ante la SEP, la intervención del DIF en el caso, la exhibición de la escuela como un colegio promotor de bullying y la creciente demanda de los padres de familia para expulsar a Gisela, pues todo ello generaba en la familia sensaciones de impotencia, desesperanza y angustia que se manifestaban en más conflictos, de tal forma que durante el periodo de evaluación se pospuso en diversas ocasiones la aplicación de instrumentos de evaluación para brindar contención e intervenir de acuerdo a las demandas que iban surgiendo.

En cuanto al trabajo con las escuelas, el reto principal se presentó en el primer colegio, porque había mucha presión por parte de los padres de familia para la expulsión de Gisela, rechazo por parte de los niños hacia Gisela (quien mencionó que nadie le hablaba), acciones extremas por parte de la escuela como retirarla del recreo para que no “hubiera incidentes”, colocarla en clases aislada del grupo, dejarle tareas extras “para que se pudiera al corriente”, y prejuicios como: “es que es una niña que no tiene remedio” “pensamos que la única solución es que la mediquen urgentemente porque no se puede con ella”, que dificultaron el diálogo en pro del bienestar de la menor y promovieron la idea en Gisela de ser “una niña mala que nunca podría ser buena”.

Así mismo, el trabajo con padres representó un reto, puesto que en la dinámica familiar la violencia se encontraba normalizada, actitudes y acciones como descalificaciones, insultos, burlas,

rechazo, y uso de palabras altisonantes representaban para ellos formas normales de demostrarse afecto, bajo la visión de “haberse tratado siempre así y demostrarse el cariño de esa forma”; se presentaron dificultades para que los padres quisieran colaborar, en primera instancia porque para ellos eso no representaba un problema ni se encontraba ligado al motivo de consulta de su hija, y en segunda por la dificultad para modificar dicha dinámica. El trabajo psicoeducativo fue un punto clave para el desarrollo de habilidades parentales.

Ante las dificultades en las que se encontraba la familia, los padres se vieron desesperanzados y al final de la sesión 15 mostraron desinterés en la terapia, informaron que ellos creían que era una familia sin remedio, que no podía con tanto, se veían físicamente desmotivados, la mamá tenía ronchas en el rostro y el padre se jalaba el cabello. Se hizo una llamada telefónica de rescate (parecía que ya no regresarían) y la madre aceptó que habían decidido no volver y que el padre había mencionado: “nos la va a quitar el DIF (a la niña), quizá con ellos esté mejor” “tal vez sería mejor como mi hermano (haciendo referencia al suicidio de su hermano) para no pasar por todo esto”, durante la llamada se le validaron sus emociones, se brindó contención, se les reconoció su fortaleza y el amor por su hija, se les dieron opciones de trabajo recalcando ser un equipo y recalcando que los cambios requieren tiempo y apoyo. Los padres regresaron y mencionaron que si no hubiera sido por la llamada no hubieran regresado.

Las sesiones familiares estaban caracterizadas por el caos, la violencia y el descontrol, cuando Gisela y sus padres habían desarrollado ciertas habilidades (individualmente) se procedió a tener sesiones conjuntas, las cuales evidenciaron que Gisela se desregulaba ante la dinámica caótica familiar, de tal forma que se comenzó a plantear la hipótesis de que aunque se logran avances dentro de la sesión, el continuar con la misma dinámica en casa provocaría recaídas y mantendría el problema, puesto de al ser una niña preescolar, dependía aún en gran medida del soporte y la corrección por parte de sus padres.

Derivado de lo anterior, se detectó la importancia de modificar el contexto familiar para que los cambios fueran persistentes; el trabajo en las sesiones de orientación con padres se dirigió hacia la detección de problemas familiares y personales, hacia la promoción del reconocimiento de las pautas de interacción que promovían el comportamiento disruptivo, oposicionismo y agresivo de Gisela, la importancia de identificar y sanar cuestiones personales que mermaban la interacción y contribuían al problema. Se persuadió para que tomaran un proceso psicoterapéutico

independiente, fuese familiar, de pareja o individual, que finalmente derivó en que tomaran terapia familiar sistémica, brindando así un soporte contextual familiar para sostener los avances en el proceso de la menor.

Al proceder al alta terapéutica, los padres no estaban de acuerdo y mencionaron no sentirse listos a pesar de ver cambios claros en el comportamiento de Gisela, pues tenían miedo a las recaídas y a no saber qué hacer en momentos problema; se utilizó una analogía de los caminos de la vida, que suelen querer verse sin piedras ni baches en el camino, cuando en realidad los caminos son muy variados “la vida no es plana, los caminos no son planos”, esta analogía hizo sentido al papá, quien sorprendido dijo haber estado buscando siempre “que todo fuera perfecto, planito, incluso su hija” y no se había dado cuenta. Se les devolvieron sus recursos propios, familiares y de Gisela, lo cual les permitió empoderarse y sentirse listos para enfrentar las situaciones como “equipo”.

De las principales limitaciones en el trabajo con niños preescolares con problemas externalizados, se encontró la normalización de la violencia, la dificultad para modificar los prejuicios sociales sobre “niños problema” que dificulta a los niños vivirse desde experiencias distintas, y las implicaciones del trabajo con los padres, pues los niños preescolares dependen en mayor medida de la interacción filial para aprender a regularse (comparativamente con otros grupos de edad). Se sugiere realizar un trabajo lo más integral posible, evaluar y dirigir a los cuidadores a procesos psicoterapéuticos propios, y estar atento y con los cinco sentidos encendidos para poder aprender de los niños, que se expresan con todo su cuerpo.

El proceso psicoterapéutico aquí descrito representó muchos retos personales, profesionales y académicos, los cuales fueron superados gracias al apoyo de la supervisora in situ y la tutora principal, de las maestras de cada clase de la maestría, quienes brindaron contención emocional y guía en la formación de la psicoterapeuta, y claramente el apoyo incondicional de la Dra. responsable de la residencia. También se requirió de un proceso analítico de la psicoterapeuta, a modo de trabajar las experiencias propias y separarlas del caso clínico para abordarlo lo más objetivamente posible.

A modo de conclusión, el proceso psicoterapéutico desde el modelo integrativo supraparadigmático permitió visualizar integralmente la dinámica de Gisela tanto en los diversos contextos como sus dinámicas internas y formas de responder en su medio, así mismo permitió

dirigir cambios significativos en el self de Gisela, los cuales representan una expresión de desarrollo integral de la menor.

Gisela hace uso de sus habilidades personales en pro de la búsqueda del bienestar y la satisfacción de sus necesidades. Se observa, como indica Bagladi (2009), un funcionamiento exitoso en un contexto de alto riesgo, es decir, un comportamiento vital positivo ante circunstancias difíciles del ambiente familiar.

Referencias

- Abry, T., Bryce, C.I., Swanson, J.A., Bradley, R.E., Fabes, R.A., & Corwyn, R.F. (2017). Classroom-level adversity: Associations with children's internalizing and externalizing behaviors across elementary school. *Developmental Psychology*, 53 (3), 497-510.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275–1301.
- Achenbach, M., & Edelbrock (1981). Behavioral problems and competencies of normal and disturbed children aged four to sixteen. *Monographs of the Society for Research of Child Development*, 46(1) 1-82. DOI: 10.2307/116598.
- Acuña, E., (2018). La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: Un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales. *Tempo psicanalítico*, 50(1), 325-253.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. (Classic edition published 2015). New York: Routledge Taylor and Francis Group
- Altschul, I., Lee, S., & Gershoff, E. (2016), Hugs, Not Hits: Warmth and Spanking as Predictors of Child Social Competence. *Journal of Marriage and Family*, 78, (695–714). DOI:10.1111/jomf.12306
- American Psychiatric Association (APA), (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5 ed.). México: Panamericana
- André, C., Lelord, F. (2000). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. España: Kairós
- Antúnez, Z., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L., (2017). Reciprocity Between Parental Psychopathology and Oppositional Symptoms From Preschool to Middle Childhood. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 489-504.
- Bagladi, V. (2009). Una aproximación clínica al bienestar humano. En I. Fernández, & J. Sanhueza. (Eds.) *Psicología para la vida*. (pp. 20-58) Chile: J. C. Sáez
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. México: El manual moderno

- Barragan, L. et, al. (1976). Evaluación de la personalidad. Prueba de frases incompletas. Folleto Facultad de psicología, UNAM, México.
- Bárrig, P., & Alarcón, D., (2017). Temperamento y competencia social en niños y niñas preescolares de San Juan de Lurigancho: un estudio preliminar. *Liberabit*, 23 (1), (75-88) doi: 10.24265/liberabit.2017.v23n1.05
- Barrios, Ch., Bufferd, S., Klein D. & Dougherty, L. (2017). The interaction between parenting and children's cortisol reactivity at age three predicts increases in children's internalizing and externalizing symptoms at age six. *Development and Psychopathology*, 29(4) 1319-1331.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2008). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa S. A.
- Batten, L., Hernández, M., Pilowsky, D., Stewart, J., Blier, P., Flament, M.,... Weissman, M. (2012). Children of treatment-seeking depressed mothers: A Comparison with Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR-D) Child Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1185-1196.
- Beauchaine, T., Constantino, J., & Hayden, E. (2018). Psychiatry and developmental psychopathology: Unifying themes and future directions. *Comprehensive Psychiatry*, 87, (143-152)
- Bellak, L. (2013). *Test de Apercepción Temática Infantil con figuras de animales CAT-A*. Buenos Aires: Paidós.
- Berger, K. (2016). *Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia* (9 ed.). España: Médica panamericana.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2008). La influencia del temperamento en Problemas Internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(1) 29-48.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós
- Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M., García, J., Montón, C., & Tixón, J. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención primaria*, 50,(1) 83-108
- Calderón, C. (2003). Psicoterapia integrativa en el tratamiento de trastornos de personalidad: Estudio descriptivo de resultados terapéuticos. *Psykhe*, 12(1), 97-107.

- Cantón, J., Cortés, M., & Cantón, D. (2014). *Desarrollo socioafectivo y de la personalidad*. Madrid: Alianza editorial
- Carrasco, O. M., del Barrio, G. V., González, P., Gordillo, R., & Holgado, T., (2011). *La agresión infantil de cero a seis años*. Madrid: Visión libros
- Carrera, B., & Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: enfoque sociocultural. *Educere* 5 (13), 41-44
- Caspi, A., & Shiner, R. (2006). Personality Development. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. Lerner. (Eds.) *Handbook of child psychology, Volumen three: social, emotional and personality development* (6ta ed.) (pp. 300-365) New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti, & D. Cohen. (Eds.) *Developmental psychopathology, Volumen one: Theory and method* (2da ed.) (pp. 1-23). New Jersey: John Wiley and sons
- Colalillo, S., Miller, N. V., & Johnston, C. (2015). Mother and father attributions for child misbehavior: Relations to child internalizing and externalizing problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(9), 788-808.
- Connors-Burrow, N., McKelvey, L., Pemberton, J., Mesman, G., & Holmes, K., (2015). Buffering the negative effects of maternal alcohol problems on child behavior. *Journal of family psychology*, 29(4), 576-584.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Cornejo, L. (1996). *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. España: Desclée De Brouwer.
- Crenshaw, D., & Swan, A., (2020). Play therapy for children exhibiting aggressive behaviors. In H. Kaduson, D. Cangelosi, & Ch. Schaefer (Eds.) *Prescriptive play therapy: tailoring interventions for specific childhood problems* (pp. 192-211). New York: The Guilford Press
- Creswell, J. (2012). *Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. UUEE: Pearson
- Deschamps, P., Verhulp, E., Orobio, B., & Matthys, W., (2018). Proactive Aggression in Early School-Aged Children With Externalizing Behavior Problems: A Longitudinal Study on the Influence of Empathy in Response to Distress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(3), 346-353.
- Delgado, B., & García, M. A. (2008). La primera infancia: de los tres a los seis años. El desarrollo del pensamiento. In M. Giménez-Dasí & S. Mariscal (Coords.), *Psicología del desarrollo, desde el nacimiento a la primera infancia*. (p. 183-206) España: Mc Graw Hill

- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano*. (8 ed.) Madrid: Siglo XXI
- Delval, J., Kohen, R., Sánchez, I., Herranz, M. P., Delgado, B., & García, J. (2014). *Lecturas de psicología del desarrollo I*. Madrid: UNED
- Díaz, M. E., Andrade, Z. I., Espinosa, M. E., Nóbrega, M., & Del Prado, J. (2018). Cuidado sensible y seguridad del apego en preescolares. *Ciencias psicológicas*, 12 (1), 97-107.
- Di Bartolo, I. (2016). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Clínica, investigación y teoría*. Argentina: Lugar editorial
- Doménech-Llaberia, E. & Ballabriga, M., (1998). *Actualizaciones en psicopatología II (de cero a seis años)*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona
- Doménech-Llaberia, E. & Ezpeleta, L. (1998). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente, Tomo II* (p.121-143). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios.
- Drewes, A. (2011). Integrating play therapy theories into practice. In A. Drewes, S. Bratton, & Ch. Schaefer (Eds.) *Integrative play therapy* (pp.21-36), Estados Unidos: John Wiley & Sons, Inc.
- Earls, F., & Mezzacappa, E. (2003). Conduct and oppositional disorders. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.) *Child and adolescent psychiatry* (pp. 419-436). USA: Blackwell science
- Erskine, R. G. (1975). The ABC's of effective psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 5, 163-165.
- Erskine, R. G. (2018). *Presencia terapéutica y patrones relacionales: Conceptos y práctica en psicoterapia integrativa*. New York: Routledge
- Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México: Manual Moderno.
- Ezpeleta, L. (2014). Trastorno negativista desafiante. En L. Espeleta, & J. Toro, (Coords.) *Psicopatología del desarrollo* (pp. 560-594). Barcelona: Pirámide
- Feixas, G. & Botella, L., (2004). Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Álvarez & R. Opazo, (Comps.) *La integración en psicoterapia: Manual práctico* (pp. 33-68). Barcelona: Paidós
- Fernández-Álvarez, H. & Opazo, R., (2004). Introducción. En H. Fernández-Álvarez & R. Opazo (Comps.) *La integración en psicoterapia: Manual práctico* (pp. 13-25). Barcelona: Paidós

- Figuroa, A., Díez, A., & Soutullo, C., (2010). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad y del comportamiento disruptivo. En F., Ortuño (Dir.) *Lecciones de psiquiatría*. (pp.451-476). España: Panamericana.
- Flores, J. & Ostrosky-Shejet, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. México: Manual Moderno
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2020). *¿Cuáles son las consecuencias de la violencia en la crianza?* Recuperado de: <https://www.unicef.org/uruguay/historias/cuales-son-las-consecuencias-de-la-violencia-en-la-crianza>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2021). *Campaña: Prohibición del castigo corporal y el trato humillante, la violencia no educa*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/prohibici%C3%B3n-del-castigo-corporal-y-trato-humillante>
- Forbes, M., Rapee, R., & Krueger, R. (2019). Opportunities for the prevention of mental disorders by reducing general psychopathology in early childhood. *Behaviour research and therapy*, 119, (1-8).
- Frick, P., Barry, C., & Kamphaus, R. (2010). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*. EUA: Springer
- Friedman, R., & Chase-Lansdale, L. (2003). Chronic adversities. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.) *Child and adolescent psychiatry* (pp. 261-276). USA: Blackwell science
- García, H., & Fantin, M., (2012). Integración en psicoterapia: Consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(3), 447-457.
- García, N. (2019). *Terapia de juego grupal con familias para promover competencias parentales y socioafectivas en niños/as*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gesell, A. (1956). *El niño de 1 a 5 años. Guía para el estudio del niño preescolar*. Barcelona: Paidós
- Gesell, A., & Amatruda, C. (2006). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar*. México: Paidós (año de publicación del libro original; 1985).
- Gil, E. (1994). *Play in family therapy*. New York: Guilford Press

- Gimenez, P; Correché, M. & Rivarola, M. (2013). Autoestima e Imagen Corporal: Estrategias de intervención psicológica para mejorar el bienestar psicológico en pre- adolescentes en una escuela de la ciudad de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*, 14 (27), 83-93.
- Giménez-Dasí, M., & Mariscal, S., (2008). *Psicología del desarrollo, desde el nacimiento a la primera infancia*. España: Mc Graw Hill
- Gorostegui, M., Chadwick, M., Milicic, N., & Condemarin, M. (2016). *Madurez escolar*. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Gottlieb, G. & Willoughby, M., (2006). Probabilistic epigenesis of psychopathology. In D. Cicchetti, & D. Cohen. (Eds.) *Developmental psychopathology, Volumen one: Theory and method* (2da ed.) (pp. 673-700). New Jersey: John Wiley and sons
- Halgin, R. & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. (5ed.). España: Mc Graw Gill
- Hammill, Pearson, & Vores (2016). *Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-3)*. Manual de aplicación. México: El manual moderno
- Hengartner, M. (2018). Developmental course of child personality traits and their associations with externalizing psychopathology: Results from a longitudinal multiinformant study in a representative cohort. *Journal of Research in Personality*, 73, (164-172).
- Hersh, R., Reimer, J., & Paolitto, D. (2002). *El crecimiento moral, de Piaget a Kohlberg*. (4 ed.) Madrid: Narcea
- Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, ICPSI (2021). *¿Cuáles son los aportes de una psicoterapia integrativa en el panorama de la psicoterapia actual?* Recuperado de: <https://www.icpsi.cl/psicoterapia-integrativa-cuales-son-sus-aportes/>
- Instituto de Psicoterapia Integrativa, (2021). *¿Qué es la psicoterapia integrativa?* Recuperado de: <https://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php>
- Izard, C., Youngstrom, E., Fine, S., Monstow, A., & Trentacosta, Ch. (2006). Emotions and Developmental Psychopathology. En D. Cicchetti, & D. Cohen. (Eds.) *Developmental psychopathology, Volumen one: Theory and method* (2da ed.) (pp. 244-281). New Jersey: John Wiley and sons
- Janin, B. (2012). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc
- Kernberg, O. (1979). *Teoría de las relaciones objetales*. México: Paidós.

- Kerr, D., Lopez, N., Olson, S., & Sameroff, A., (2004). Problems in early childhood: The roles of moral regulation and child gender. *Journal of abnormal child psychology*, 32, 369-383.
- Klein, M. (1964). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Hormé.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. España: Desclee de Brower
- Kolb, B., & Fantie, B. (2009). Development of the child's brain and behavior. In C. R. Reynolds & E. Fletcher-Janzen (Eds.), *Handbook of clinical child neuropsychology* (p. 19-46). Boston; Springer.
- Landy, S. (2009). *Pathways of Competence. Encouraging healthy social and emotional development in young children*. (2 ed.) USA: Brooks Publishing.co
- Lebovici, S., & Weil-Halpern (2006). *La psicopatología del bebé*. 2da ed. México: Siglo veintiuno editores
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M., (2011). Apego y psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales de apego desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116.
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G., Weeland, J., Hutchings, J., Landau, S.,...Scott, S., (2019). Co-occurring change in children's conduct problems and maternal depression: Latent class individual participant data meta-analysis of the incredible years parenting program. *Development and psychopathology*, 31, 1851-1862.
- Lepe-Martínez, N., Pérez-Salas, C., Rojas-Barahona, Ch., & Ramos-Galarza, C. (2017). Funciones ejecutivas en niños preescolares con y sin trastorno de lenguaje. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 197-202.
- Lohndorf, R., Vermeer, H., Cárcamo, R., De la Harpe, C., & Mesman, J. (2019). Preschoolers' problem behavior, prosocial behavior, and language ability in a Latin-American context: The roles of child executive functions and socialization environments. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 36-49.
- López, A. (2019). *Cuestionario de comportamiento negativo en niños*. Trabajo no publicado
- Lozano-Rodríguez, I., & Valero-Aguayo, L. (2017). Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 85-91.

- Lucio, E. (2014). Psicopatología infantil. En E. Lucio, & M. Heredia, (Coords). *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (pp. 1-26). México: Manual Moderno.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (p. 121–160). University of Chicago Press.
- Majovsky, L., & Breiger, D., (2009). Development of higher brain functions: birth through adolescence. In C. R. Reynolds & E. Fletcher-Janzen (Eds.), *Handbook of clinical child neuropsychology* (p. 67-116). Boston: Springer.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2009). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en humanidades*, 9(2), 55-69.
- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego, un enfoque actual*. (2 ed.). Madrid: Psimática.
- Masana, M., & Etxeberria-Ibáñez, Y. (2021). Editorial: 50 años de psicoterapia relacional integrativa. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 1-5. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.481>
- Martínez, O., Fernández, A., Lemus, R., Antonio, M., & Ramírez, G. (2013). *Guía clínica para el diagnóstico y manejo de los trastornos de conducta*. México: Secretaría de salud México.
- Martinez, V., & Quinteros, I., (2004). Un estudio hermenéutico de la práctica clínica psicológica contemporánea: Modelo integrativo supraparadigmático. *Summa psicológica ust* 1(2), 25-36
- McGoldrick, M., & Gerson, R., (2008). *Genogramas en la evaluación familiar*. México: Gedisa
- McGuffin, P. & Rutter, M. (2003). Genetics of normal and abnormal development.. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.) *Child and adolescent psychiatry* (pp. 185-204). USA: Blackwell science
- Minuchin, S., & Fishman, Ch., (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Miranda-Casas, A., Uribe, L. H., Gil-Llario, M. D., & Jarque, S. (2003). Evaluación e intervención en niños preescolares con manifestaciones de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y conducta disruptiva. *Revista de neurología*, 36(1), 85-94.
- Monjarás, M. (2018). *Estrés cotidiano y afrontamiento en niños preescolares*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Moscuen, M., Korzeniowski, C., & Espósito, A. (2018). Planificación-organización y control inhibitorio en niños de edad preescolar pertenecientes a diferentes contextos socio-económicos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 64 (1), 40-49.

- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa, delimitación clínica*. Chile: ICPSI
- Opazo, R. & Bagladi, V. (2010). Historia del modelo integrativo en Chile. En M. Laborda, & V. Quezada (Eds.), *Notas históricas de la psicología en Chile*. (pp. 261-282).
- Ortega, R. (1999). *Crecer y aprender. Curso de psicología del desarrollo para educadores*. Madrid: Machado libros
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. (11 ed.), México: Mc Graw Hill
- Pérez, N., & Navarro, I., (2012). *Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez*. México: Editorial Club Universitario
- Riccardi, C., Martins, N., Luxo, G., & Gotuzo, A. (2018). Executive functions in preschool children: development and relationships with language and behavior. *Revista Psicología: Teoría e Práctica*, 20(3), 121-137.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. (2da ed.) México: Pearson
- Rodríguez-Sacristán, J. (1998). Las causas generales de los problemas y los trastornos psíquicos. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 45-64). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Manuales Universitarios
- Romero, E. (2015). *Propuesta de intervención para escolares con problemas emocionales y de comportamiento*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Romero, E., Lucio, E., & Durán, C. (2016). Cuestionario de Problemas Internalizados y externalizados para niños con base en la clasificación dimensional. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 8-16.
- Roskam, I., Meunier, J., & Stievenart, M., (2011). Parent attachment, childrearing behavior, and child attachment: Mediated effects. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 170-179.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, (316-331). <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2003). Development and psychopathology. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.) *Child and adolescent psychiatry* (pp. 309-324). USA: Blackwell science
- Rutter, M., & Nikapota, A., (2003). Culture, ethnicity, society and psychopathology. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.) *Child and adolescent psychiatry* (pp. 277-286). USA: Blackwell science

- Salvador, A. (2004). *Evaluación y tratamiento psico-pedagógicos*. (3ra ed). Madrid: Narcea
- Schindler, H., Kholoptseva, J., Oh, S., Yoshikawa, H., Duncan, G., Magnuson, K., & Shonkoff, J. (2015) Maximizing the potential of early childhood education to prevent externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Journal of school psychology* 53(3), 243-263.
- Schaefer, Ch., & DiGeronimo, T. (2000). *Ages & stages. Tips and techniques for building your child's social, emotional, interpersonal, and cognitive skills*. Canadá: John Wiley & Sons, Inc.
- Schaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI
- Seymour, J. (2011). History of psychotherapy integration and related research. In A. Drewes, S. Bratton & Ch. Schaefer (Eds.) *Integrative play therapy* (pp. 3-20). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Shi, Q., Ettekal, I., Deutz, M., & Woltering, S. (2020). Trajectories of Pure and Co-Occurring Internalizing and Externalizing Problems From Early Childhood to Adolescence: Associations With Early Childhood Individual and Contextual Antecedents. *Developmental Psychology, Advance online publication* (1-13). <http://dx.doi.org/10.1037/dev0001095>
- Simón, C., López, J., Linaza, J. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas
- Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), (2021). *Mission Statement*. Recuperado de: <https://www.sepiweb.org/page/3>
- Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), (2021). *Journal of Psychotherapy Integration*. Recuperado de: <https://www.sepiweb.org/page/JPI>
- Sroufe, A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives*, 3, (178-183) DOI: 10.1111/j.1750-8606.2009.00103
- Sroufe, A., (2018). La teoría del apego. Una manera humanista de abordar la investigación y la práctica a través de las culturas. En S. Gojman-de-Millán, Ch. Herreman & A. Sroufe (Coords.) *La teoría del apego. Investigación e intervención en distintos contextos socioculturales* (pp. 24-74). México: Fondo de cultura económica
- Stutey, D., Dunn, M., Shelnut, J., & Ryan, J., (2017). Impact of adlerian play therapy on externalizing behaviors of at-risk preschoolers. *International Journal of Play Therapy*, 26(4), 196-206.
- Toro, J. (2014). Riesgos y causas en psicopatología del desarrollo. En L. Espeleta, & J. Toro, (Coords.) *Psicopatología del desarrollo* (pp. 81-116). Barcelona: Pirámide

- Toro, J. & Espeleta, L. (2014). La psicopatología del desarrollo. En L. Espeleta, & J. Toro, (Coords.) *Psicopatología del desarrollo* (pp. 26-53). Barcelona: Pirámide
- Universidad Católica de Chile, (2017). *Funciones ejecutivas y educación: comprendiendo habilidades clave para el aprendizaje*. Rojas-Barahona, Ch. (ed). Chile: Ediciones UC
- Vanfleet, R., (2000). Terapia de juego filial, manual para padres: Construyendo familias fuertes mediante el juego. EEUU: Play therapy press
- Villegas, M. (2013). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder
- Volckaert, A., & Noël, M. (2015). Traing executive function in preschoolers reduce externalizing behaviors. *Trends in Neuroscience and Education 4*, (37-47)
- Wechsler, D. (2007). *WISC-IV: Escala Wechsler de inteligencia para niños-IV: Manual de aplicación*. México: El Manual Moderno
- Wellman, H. (2017). *La construcción de la mente. Cómo se desarrolla la teoría de la mente*. Chile: Universidad católica de Chile
- Xuan, X., Chen, F., Yuan, Ch., Zhang, X., Lou, Y., Xue, Y., & Wang, Y. (2018). The relationship between parental conflict and preschool children's behavior problems: a moderated mediation model of parenting stress and child emotionality. *Children and Youth Services Review, 95*, 209-216.
- Yan, N., & Ansari, A. (2017). Bidirectional relations between intrusive caregiving among parents and teachers and children's externalizing behavior problems. *Early childhood research quarterly, 41*, (13-20).
- Yeo, K., Frydenberg, E., Northam, E., & Deans, J., (2014). Coping with stress among preschool children and associations with anxiety level and controllability of situations. *Australian Journal of psychology, 66*, 93-101.
- Yoon, S., Yoon, D., Wang, X., Tebben, E., Lee, G., & Pei, F. (2017). Co-development of internalizing and externalizing behavior problems during early childhood among child welfare-involved children. *Children and Youth Services Review, 82*, 455-465.
- Zerpa, C. (2007). Tres teorías del desarrollo del juicio moral: Kohlberg, Rest, Lind. Implicaciones para la formación moral. *Laurus, 13 (23)*, 137-157.

Anexos

ANEXO 1

Resultados de los instrumentos de evaluación pre-tratamiento:

- Escala Wechsler de inteligencia para niños (Wisc-IV) (Wechsler,2007)

Tabla 11. Índices compuestos de las escalas del WISC-IV

Escala	Índice compuesto	Rango descriptivo	Rango percentil
Comprensión verbal	100	Promedio	50
Razonamiento perceptual	106	Promedio	66
Memoria de trabajo	99	Promedio	47
Velocidad de procesamiento	112	Promedio alto	79
Escala total	106	Promedio	66

Gisela obtiene un CI de Escala Total que se ubica en la categoría promedio, lo que indica que cuenta con las capacidades adecuadas para adaptarse al medio y resolver problemas.

Al realizar la valoración de índices por separado, se observa que el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP), relacionado con habilidades para realizar síntesis de manera adecuada, seguir una secuencia, discriminar información visual a simple vista, conservar los recursos de la memoria de trabajo, memoria visual a corto plazo, atención y coordinación visomotora, se encuentra en una categoría promedio alto, lo que indica que es una fortaleza en el procesamiento cognitivo y un recurso a considerar para el tratamiento psicoterapéutico, pues aprende rápidamente del ambiente y los estímulos visuales. En los demás índices: Comprensión Verbal (ICV), Razonamiento Perceptual (IRP), y Memoria de Trabajo (IMT), se ubica en la categoría promedio, es decir, tiene adecuado manejo de conceptos verbales, razonamiento verbal adquirido a través de la experiencia, razonamiento fluido, procesamiento espacial y uso adecuado de la memoria.

Los resultados apuntan a que las dificultades observadas en la conducta de Gisela no se deben a cuestiones intelectuales y de aprendizaje.

- Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-3) (Hammill, Pearson, Voress, 2016)

Tabla 12. Puntuaciones de los compuestos de DTVP-III

Compuesto	Índice compuesto	Rango descriptivo	Rango percentil
Integración visomotora	82	Debajo del promedio	12
Percepción visual con respuesta motriz reducida	103	Promedio	58
Percepción visual general	95	Promedio	37

*La puntuación de diferencia entre el compuesto de integración visomotora y la percepción visual con respuesta motriz reducida no es clínicamente significativa.

Gisela obtiene un índice de percepción visual general que corresponde a un nivel promedio, acorde lo esperado para su edad. En el índice de integración visomotora su puntaje la coloca en un nivel debajo del promedio, es decir, que su capacidad para procesar la información visual y coordinarla con los movimientos corporales se encuentra ligeramente reducida para lo esperado de acuerdo a su edad. En la percepción visual con respuesta motriz reducida obtiene un puntaje que la coloca en el nivel promedio.

Gisela cuenta con adecuada capacidad perceptovisual, como lo indica su capacidad de identificar la *constancia de la forma*, es decir, cuenta con capacidad para percibir las propiedades de un objeto (posición, tamaño, forma). Así también, muestra capacidad de *copia*, habilidad necesaria para el aprendizaje de la escritura; *coordinación ojo-mano*, relacionada con la capacidad de coordinar la visión con las partes del cuerpo; *figura-fondo*, relacionado con la identificación de grafías en el proceso de lectoescritura; y *cierre visual*, que incluye la capacidad para reconocer un objeto aun cuando se encuentre fragmentado o parcial.

La capacidad perceptovisual de Gisela sugiere que tiene la capacidad para adquirir los conocimientos escolares de lectoescritura, y que sus dificultades escolares no se deben a problemas con esta área.

- Escala de estrés para preescolares (Monjarás, 2018)

Tabla 13. Puntuaciones de la escala de estrés para preescolares

Área de estrés	Puntaje	Puntuación T	Rango descriptivo
Relación con padres	3	5	Bajo
Relación con hermanos	7	65	Riesgo
Ambiental	3	5	Bajo
Escolar	8	25	Bajo
Fantasías	2	5	Bajo
Castigos	4	10	Bajo

Gisela obtiene riesgo de estrés significativo en el área de relación con hermanos, se percibe amenazada por la figura del hermano y con alto grado de malestar, lo que corresponde a la rivalidad reportada por los padres. En las demás áreas obtiene un nivel de estrés bajo, probablemente debido a la normalización y/o negación de experiencias estresoras.

- Escala de afrontamiento para preescolares (Monjarás, 2018)

Tabla 14. Puntuaciones de la escala de afrontamiento para preescolares

Tipo de afrontamiento	Puntaje	Puntuación T	Rango descriptivo
Emocional	6	30	Poco utilizado
Disfuncional	7	45	Algunas veces
Evitativo	11	50	Algunas veces
Funcional	4	10	No utilizado

Los resultados indican que cuando Gisela se percibe amenazada y/o vulnerada, responde de manera evitativa y disfuncional, lo que implica que juega o realiza actividades para distraerse, y que responde de manera disruptiva.

En cuanto a los aportes cualitativos, la menor brinda información extra de lo que ella considera funcional como: “les digo groserías”, “les enseño los puños” y “me los chingo por inútiles”. Los tipos de afrontamiento emocional y funcional no son utilizados con frecuencia, el emocional está más relacionado con el llanto y la tristeza, cuestión que aparece muy pocas veces.

Gisela presenta dificultades para diferenciar el afrontamiento funcional del disfuncional, y muestra comportamiento disruptivo cuando la emoción es enojo o ira, lo cual se relaciona con los problemas de agresividad que presenta en casa y escuela.

- Test grafoprojectivo del Dibujo de la Figura Humana con el sistema de calificación de Koppitz (Esquivel, Heredia, y Lucio, 2007)

Durante la aplicación de la prueba se muestra impaciente por terminar. Mientras dibuja comenta: “Este es mi papá, siempre está enojado y también triste”. “Tiene trencitas porque, porque mmm, así se ve bien (mientras le pone cabello largo), con trencitas”. “Estaba tratando de ser feliz pero no le salía”. Al terminar el dibujo lo contempla un breve momento, lo retoma y dibuja una pequeña figura en la esquina superior izquierda, luego coloca su nombre y dice: “Aquí estoy yo, triste porque siempre me regaña y porque él (señalando a su papá) es triste”. A continuación se muestran los resultados desde el enfoque evolutivo y el enfoque proyectivo.

Análisis desde el enfoque evolutivo:

Tabla 15. Análisis evolutivo del DFH con ítems esperados para niñas de 5 años vs ítems incorporados

Ítems esperados niñas de 5 años	Puntaje	Nivel evolutivo
Cabeza	1	
Ojos	1	
Nariz	0	
Boca	1	
Cuerpo	1	
Piernas	0	
Brazos	1	
Omitidos	2	
Excepcionales	0	
Total	3	Normal bajo

Con base en los indicadores de madurez de la representación gráfica del dibujo, Gisela obtiene una puntuación de 3, equivalente a un nivel normal bajo comparado a su edad cronológica. Posiblemente el bajo desempeño se debe a los indicadores emocionales.

Análisis desde el enfoque proyectivo

Gisela posee un esquema corporal integrado, con base en lo esperado para su edad cronológica, su autoimagen está integrada, reconoce cuerpo, brazos, cabeza, ojos y cabello; sin embargo se observan indicadores emocionales. Se percibe a sí misma como una niña triste, se identifica con su papá porque él también está triste y enojado; posee un autoconcepto devaluado y autoestima baja, que no corresponde con una visión realista. La omisión de nariz y piernas sugiere escaso interés social, soportes débiles, inseguridad, ansiedad y refugio en la fantasía. Los resultados sugieren que sus emociones e impulsos están indiferenciados, principalmente los de valencia negativa, lo cual se manifiesta a través de las conductas agresivas.

➤ Test grafoproyectivo del Dibujo de la Familia (Corman, 1967)

Durante la actividad, explica quién es cada integrante, al finalizar coloca un corazón alrededor y pide utilizar colores para pintar la parte baja del corazón. A lo largo del test, rompe cuatro veces la punta del lápiz que usa para dibujar, y al colorear rompe la punta de dos colores y un color rojo por la mitad.

Gisela identifica a sus padres y a ella como integrantes de la familia, elimina a su hermano del dibujo, lo desvaloriza al eliminarlo, como símbolo de conflicto coherente con lo reportado por sí misma durante las entrevistas. En el plano gráfico, hace uso del espacio superior izquierdo de la hoja, lo que se asocia a niños soñadores con tendencias regresivas, con anhelo en el pasado. El dibujo está caracterizado por fuerza en el trazado, lo cual se relaciona con una tendencia a la agresividad. Se observa amplitud corta, que sugiere inhibición de la expansión vital y tendencia a replegarse en sí misma. No se presenta un ritmo constante, lo que puede indicar impulsividad. En el plano estructural, se observan figuras a rayas, no cercanas a la realidad. En cuanto al contenido, dibuja primero al papá, con cabello largo y boca abierta, luego se dibuja a ella a lado izquierdo del papá, ambos están juntos con líneas que se intersectan, no diferenciadas; a la madre la dibuja en tercer lugar, a la derecha del padre con una distancia significativa, sin detalles de cabello y con una sonrisa confusa.

En la entrevista, indica que su padre es el menos feliz porque está triste y enojado, su madre es la más feliz, aunque está desvalorizada al ser la última y no poseer detalles que las demás figuras si tienen. Al preguntar quién le gustaría ser, respondió que “un bebé”. La percepción familiar se relaciona con los conflictos familiares y fraternos reales, que pueden estar generando dificultades emocionales.

➤ Observación de Juego Familiar (Gil, 1994)

Acuario familiar:

- **Contenido:** En la primera parte, durante la elaboración de los peces, el padre ayuda al hermano de Gisela a hacer su pez y a decorarlo, se mantiene al pendiente de él y de embellecer su pez,

dejando de lado el propio, por su parte, tanto la madre como Gisela, realizan su actividad individualmente; después de un breve momento, Teodoro abandona su pez, mientras el padre lo continúa, a partir de ese momento Gisela se acerca a su papá y le pide que la deje ayudarlo, para que así ella haga el de él y él el de ella, a lo que el papá accede haciendo una mueca. Durante la segunda parte de la actividad, en la elaboración del acuario, la mamá y Gisela comienzan a decorar, la madre jala la cartulina hacia su extremo de la mesa, alejando el papel del extremo donde se encuentra sentado el papá, haciéndolo a un lado, acción que genera disgusto visible en el papá quien desde su lugar toma unas hojas de color y elabora tres estrellas de mar. Al momento de pegar las decoraciones y los peces, se observa disgusto y molestia en los integrantes, cada quien lo quiere poner de distinta forma, Gisela coloca los peces de una forma y la mamá los reacomoda, nuevamente Gisela los regresa a la posición que desea que tengan y la mamá vuelve a colocarlos como ella quiere, al final se quedan como indica la mamá, mientras que el papá intenta poner sus estrellas de mar entre disgustos de ellas, buscando un espacio donde “no estorben”.

- **Proceso:** A lo largo de la actividad se observan reacciones de enojo en todos los miembros, poca cooperación, falta de entusiasmo, dificultades de escucha y de empatía entre los familiares. Evitan comunicarse entre ellos y cuando lo hacen es de forma negativa, ridiculizando las ideas de los demás, omitiendo opiniones y descalificando acciones. Cada quien trabaja por su lado, a excepción del papá, que hace las cosas por su hijo Teodoro y está pendiente de cada cosa que hace. Muestran problemas para llegar a acuerdos, no pudieron decidir los elementos que querían incorporar al acuario, y como no se pusieron de acuerdo decidieron no colocar elementos reconfortantes o de alimentación.

- **Habilidad y deseo de organizarse:** Cada integrante de la familia trabaja por su cuenta. Se muestran autoritarios y con una lucha de poder, a ver quién gana los materiales o la cartulina central para hacer lo que desea. En cuanto al afecto, ambos padres (mucho más el papá) dirigen su atención, palabras y ayuda hacia el hermano menor.

- **Nivel de contacto:** Hay exclusión de contacto físico, los integrantes se observan incómodos y molestos con la actividad, están en constante competencia y rivalidad.

- **Nivel de disfrute:** El nivel de disfrute es bajo, los cuatro integrantes de la familia experimentan emociones de enojo, tristeza y frustración que predominan a lo largo de la sesión.

- **Nivel de introspección:** Bajo, los integrantes no se dan cuenta del origen de las discusiones, de su participación activa e influencia en el ambiente agresivo que se genera al interactuar. Se observan discusiones e insultos constantes a lo largo de la actividad, lo cual sugiera una dinámica parecida en casa.

- **Inconsciente colectivo:** Está caracterizado por violencia, enojo, elementos y símbolos de daño, falta de recursos que brinden satisfacción y proporcionen bienestar.

- Observación de Juego Grupal con Familias para evaluar competencias parentales (García, 2019)

Juego familiar con títeres

Descripción: Durante la actividad se observan dificultades para llegar a un acuerdo sobre el contenido de la historia. Al inicio, Gisela se emociona y quiere explicar su idea de la historia, pero es interrumpida por el papá que hace una propuesta, la cual es rechazada y descalificada por la mamá, ella le dice que eso no, que es una historia muy tonta y no le gusta, de este modo la mamá propone una nueva historia que ahora es rechazada por los hijos, quienes dicen que no, que es una historia fea. Gisela intenta dar su propuesta pero ninguno de los padres la escucha porque están discutiendo sobre sus propias ideas, los papás para este momento están molestos y haciendo muecas, el hijo menor se dispersa, se levanta de la mesa y se va por un juguete, mientras que Gisela se pellizca los cachetes y mueve la cabeza de un lado a otro.

El papá cede y la mamá comienza la historia (sin un acuerdo previo de contenido) durante la actuación todos son “súper héroes villanos” que pelean unos contra otros sin alguna razón aparente; la mamá le dice a Gisela lo que tiene que hacer, decir y de qué manera, ambas se voltean y realizan la historia entre las dos, excluyendo la participación del papá, de pronto la mamá intenta matar a un secuestrador ficticio que secuestra a Gisela, la niña dice que nadie la ha secuestrado pero bueno, había que matar a alguien.

La historia se caracteriza de total desorganización y enojo entre los miembros. Durante el juego, Gisela pasa por varios estados de ánimo: entusiasmo, alegría, frustración, enojo, tristeza, desconfianza y confusión.

Cuando se les pregunta sobre cómo se sintieron durante la actividad, los padres reportan que se sienten bien “porque nunca han hecho una actividad juntos”, por su parte, Gisela indica que no le gustó que no la escucharan y que inventaran una historia así, cuando era mejor jugar al rescate como propuso su papá.

Con relación a la dinámica **padre-hija**, se observa falta de contacto visual, el padre mantiene una postura inclinada hacia ella, en forma de invitación e inclusión a la actividad, al inicio de la sesión da posibilidad para que Gisela participe pero no acepta sus propuestas. En el área de atención, comienza a verla cuando ella habla, pero fácilmente se distrae y deja de ponerle atención, la ignora constantemente y no escucha sus demandas y necesidades. El tipo de contacto está dominado por el plano verbal. Explica y enseña cómo hacer las cosas, motiva y ayuda, sin presencia de elogios, ni regaños o amenazas. La comunicación que ejerce es ambivalente, no realiza reflejos de sentimiento, actitud y/o experiencia; parece no estar pendiente de lo que dice y hace su hija. En cuanto al encuadre, anuncia la actividad; rechaza las emociones de su hija, explica los límites pero no los aplica, identifica el problema pero no presenta opciones de negociación y se excluye de la actividad. Durante el juego es tenso y rígido, no tiene secuencia lógica y se queda en pre-juego, mostrando moderada capacidad imaginativa, bajo disfrute y bajo nivel de insight.

Con relación a la dinámica **madre-hija**, se observa contacto visual con enojo y reprobación, su postura y movimientos se caracterizan por negaciones y afirmaciones con la cabeza y gesticulaciones grotescas; no se observan respuestas de interés, parece no prestar atención a las necesidades y demandas de su hija, le presta atención limitada y no se observa aceptación de sus ideas e intereses. El contacto físico está caracterizado por la exclusión y la tensión, con un tono de voz alto con enojo, el tipo de contacto predominante es verbal. En cuanto al modelamiento, no explica qué hacer, no enseña cómo hacer las cosas, no motiva y ayuda, no hay presencia de elogios; se observan regaños constantes, con una comunicación directa y agresiva; sin reflejos de sentimientos, actitudes y/o experiencias. Indica dónde se va a trabajar, rechaza la emoción de su hija, no se observa establecimiento de límites. Sabe reconocer el problema, pero no muestra estrategias de negociación, impone las alternativas aunque los demás integrantes no estén de

acuerdo. Obstaculiza el juego, se muestra tensa y rígida, su capacidad imaginativa es baja, con disfrute bajo y nivel de insight bajo.

Tabla 16. Competencias parentales observadas

Competencias	Padre	Madre
Reflexivas	<p>Solución de problemas: Reconoce el problema, y promueve la búsqueda de alternativas, sin embargo no llega a negociaciones porque acepta lo que el otro dice</p> <p>Juego simbólico: En el juego es tenso y rígido, brinda una secuencia lógica (inicio, desarrollo y final) y se queda en pre-juego. Muestra una capacidad imaginativa moderada, nivel de disfrute bajo y bajo nivel de insight</p>	<p>Solución de problemas: Reconoce el problema, no se presta a negociaciones ya que da alternativas de forma impositiva</p> <p>Juego simbólico: Obstaculiza el juego con descalificaciones y burlas, se muestra tensa y rígida. Muestra una capacidad imaginativa baja, nivel de disfrute bajo y bajo nivel de insight</p>
Formativas	<p>Moldeamiento: Explica qué hacer y qué no hacer, enseña cómo se hacen las cosas.</p> <p>Mediación: Motiva y ayuda en las actividades, no brinda elogios y no responde con regaños y amenazas, sino con tristeza.</p> <p>Diálogos: La comunicación es directa y clara</p> <p>Reflexión: No se observan reflejos de sentimientos, actitudes ni experiencia</p>	<p>Moldeamiento: No brinda explicaciones sobre lo que hay o no hay que hacer, no enseña cómo hacer las cosas.</p> <p>Mediación: No motiva ni ayuda, no brinda elogios, y responde con regaños y amenazas</p> <p>Diálogos: La comunicación es directa y agresiva</p> <p>Reflexión: No se observan reflejos de sentimientos, actitudes ni experiencia</p>

(Continúa)

Tabla 16. Competencias parentales observadas (Continuación)

Competencias	Padre	Madre
Vinculares	<p>Interés: No establece contacto visual aunque mantiene una postura incluyente hacia la menor. Brinda la posibilidad de que la niña participe, la escucha pero no ofrece respuestas. Se muestra fácilmente distráctil e ignora las peticiones e intereses de la menor.</p> <p>Conexión: No se observa contacto físico, se excluye físicamente de las actividades, utiliza un volumen de voz moderado y regulado la mayor parte del tiempo, en ocasiones lo eleva con enojo.</p>	<p>Interés: Establece contacto visual con enojo y reprobación, asiente con la cabeza y gesticula. No se observan indicadores de congruencia en las respuestas (reiterar, respetar turnos, promover que la niña respete turnos, brindar la posibilidad de que la niña participe) se muestra fácilmente distráctil y con rechazo hacia la menor.</p> <p>Conexión: No se observa contacto físico, se le observa tensa y una actitud de rechazo y exclusión, maneja un tono de voz alto caracterizado por enojo, el tipo de contacto es exclusivamente verbal.</p>
Protectoras	<p>Rutinas: En cuanto al encuadre, anuncia la actividad. No indica la zona de trabajo, el tiempo, el inicio ni el final.</p> <p>Normas y límites: No reconoce las emociones propias ni de la menor, no realiza reflejos ni validaciones, rechaza las emociones. Da opciones para establecer límites, no concreta y no aplica las consecuencias.</p>	<p>Rutinas: En cuanto al encuadre, indica la zona de trabajo. No anuncia la actividad, el tiempo, el inicio ni el final.</p> <p>Normas y límites: No reconoce las emociones propias ni de la menor, no realiza reflejos ni validaciones, rechaza las emociones. No establece límites claros, desaprueba y amenaza.</p>

➤ Test de Apercepción Temática Infantil con Figuras de Animales (CAT-A) (Bellak, 2013)

Los temas principales de las historias son: muerte de los niños y de las figuras paternas, abandono, daño, soledad, tristeza y separación de los hijos de la mamá. El héroe principal es la

niña, que aparece en las historias y trata de resolver los conflictos pero se queda sola y esperando años a que las cosas cambien (sin lograrlo) hasta que muere.

Las principales necesidades son de alimentación, cuidado, reconocimiento, afecto y protección; percibe a la figura materna como incompetente y negligente, mientras que a la figura paterna la percibe cansada y poco dispuesta. El ambiente es percibido hostil, agresivo, rígido e insuficiente.

Una de las fantasías más representativas es que la hija se hace valiente y la mamá asustadiza. Se observa una rivalidad con la madre, que podría estar relacionada con la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentra.

Los conflictos observados son enfrentados por medio de la negación, proyección y anulación, lo que concuerda con los datos reportados en la escala de estrés y en las entrevistas donde indica que no importa lo que sucede a su alrededor.

Las historias muestran un yo debilitado, que intenta mantener el control a través del aislamiento social y la fantasía. Se observan características de resignación, agresividad, hostilidad, vulnerabilidad y venganza. Se observa un funcionamiento en el nivel fronterizo de funciones como prueba de realidad y procesos mentales, y en nivel psicótico las funciones de juicio, regulación de impulsos, regresión adaptativa al servicio del yo y funciones defensivas.

- Test de Apercepción Temática Infantil para el Desarrollo Psicosexual (CAT-Sex) (Bellak, 2013)

En el CAT-Sex, no se observan perturbaciones relacionadas con el desarrollo sexual, tampoco con algún dato que indique experiencias de contenido sexual.

ANEXO 2

Resultados de los instrumentos de evaluación post-tratamiento:

- Segunda aplicación del Test grafoproyectivo del Dibujo de la Figura Humana con el sistema de calificación de Koppitz (Esquivel, Heredia, y Lucio, 2007)

Durante la aplicación de la prueba se muestra cómoda, dibuja a una persona en el centro de la hoja, menciona que es ella, feliz. Dibuja la cabeza, el cabello, el cuerpo y los brazos, lo contempla un momento y sonríe, al final agrega piernas.

Análisis desde el enfoque evolutivo:

Tabla 17. Análisis evolutivo de la segunda aplicación del DFH

Items esperados niñas de 5 años	Puntaje	Nivel evolutivo
Cabeza	1	
Ojos	1	
Nariz	1	
Boca	1	
Cuerpo	1	
Piernas	1	
Brazos	1	
Cabello	1	
Pies	1	
Omitidos	0	
Comunes	2	
Excepcionales	0	
Total	5	Normal a normal alto

Con base en los indicadores de madurez de la representación gráfica del dibujo, Gisela obtiene una puntuación de 5, equivalente a un nivel normal a normal alto comparado con niñas de su edad cronológica.

Análisis desde el enfoque proyectivo

Se observa un esquema corporal integrado con base a lo esperado para su edad cronológica, reconocimiento de su cuerpo, cabeza, cabello, ojos, boca, nariz, cuerpo, brazos, piernas y pies. Se identifica como una niña feliz. No aparecen indicadores emocionales.

➤ Segunda aplicación de la Escala de estrés para preescolares (Monjarás, 2018)

Tabla 18. Puntuaciones de la segunda aplicación de la escala de estrés para preescolares

Área de estrés	Puntaje	Puntuación T	Rango descriptivo
Relación con padres	6	45	Promedio bajo
Relación con hermanos	4	43	Promedio bajo
Ambiental	3	31	bajo
Escolar	9	53	Promedio alto
Fantasías	3	31	bajo
Castigos	6	48	Promedio bajo

Gisela obtiene puntuaciones de estrés bajo en las áreas ambiental y fantasías, nivel promedio bajo en las áreas de relación con padres, relación con hermanos y castigos, y nivel promedio alto en el área escolar.

En los resultados generales, se observan puntuaciones que se mantienen en nivel promedio en 5 de 7 áreas, es decir, la mayoría se encuentran dentro de la norma y dentro de lo esperado para su grupo de edad. Comparativamente, en la evaluación pre-tratamiento los resultados por área marcaron nivel de estrés bajo, lo que se relacionaban con la dificultad de identificar las situaciones estresoras a las que se enfrentaba, anteriormente se sabía en momentos complicados y de malestar

general sin lograr identificar las áreas a las que pertenecían dichos malestares, actualmente muestra mayor claridad de las situaciones y experiencias que le causan estrés.

En el área escolar las situaciones que le generan estrés están relacionadas con la importancia que le da al ámbito escolar, a las responsabilidades y a la calidad de las relaciones con sus compañeros. Se observa también una disminución en la puntuación de la relación con hermanos, la cual se encontraba en un nivel de riesgo alto durante la primera aplicación, siendo identificado como uno de los problemas principales de consulta, y que ahora se mantiene en nivel promedio bajo.

➤ Segunda aplicación de la Escala de afrontamiento para preescolares (Monjarás, 2018)

Tabla 19. Puntuaciones de la segunda aplicación de la escala de afrontamiento para preescolares

Tipo de afrontamiento	Puntaje	Puntuación T	Rango descriptivo
Emocional	8	52	Algunas veces
Disfuncional	6	43	Pocas veces
Evitativo	10	51	Algunas veces
Funcional	7	56	Algunas veces

Los resultados muestran que Gisela utiliza pocas veces estrategias de afrontamiento disfuncional y al respecto indica: “antes lanzaba cosas y golpeaba a los niños, pero ya no porque eso no está bien”. Por otro lado, el afrontamiento emocional, evitativo y funcional son utilizados algunas veces, lo cual corresponde a datos más normativos para el grupo de edad en el que se encuentra.

➤ Cuestionario de comportamiento negativo en niños (López, 2019)

Tabla 20. Resultados del cuestionario de comportamiento negativo en niños

Afirmación	Resultado	Verbalización
Interrumpo a los demás	A VECES	Cuando estoy llorando y me estoy enojando y me están hablando feo
Cuando tengo que esperar turno, me desespero	NO	
Cuando hago la tarea, me distraigo fácilmente	SI	
Estoy en contra de las reglas	NO	
Cuando las cosas no se hacen como yo quiero, me enojo	A VECES	Pero pienso en otra cosa
Desobedezco a los adultos	A VECES	Cuando me gritan muy feo
Me cuesta trabajo controlar mi cuerpo	NO	
Creo que soy malo	NO	Antes si, pero ya no
Cuando me siento enojada, insulto a las personas	NO	
Amenazo a los demás	NO	
Rompo cosas de los demás	NO	
Agarro cosas que no son mías	A VECES	Los juguetes de mi hermanito
Rayo las paredes	NO	
Hago cosas que no debo	NO	
Cuando me enojo, hago berrinche	NO	Solo poquito y trato de hablar
Cuando me regañan, discuto	SI	Cuando me acusan de cosas que yo no hice
Cuando algo no me gusta, golpeo a los niños	NO	Antes le pegaba a mi hermanito y lo ahorcaba
Me cuesta trabajo quedarme sentado	A VECES	Cuando la maestra se va al baño
Busco formas para desquitarme	NO	
Hago cosas sin pensar	NO	

Al final de la aplicación, reconoce que al entrar a terapia llevaba a cabo todas las afirmaciones: “yo hacía todas esas cosas cuando nos conocimos”, así mismo, reconoce bajo qué circunstancias realiza algunas de ellas y las estrategias que le permiten regular su comportamiento.