



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

TERAPIA DE JUEGO EN UN CASO DE ESTRÉS INFANTIL Y SU
MANIFESTACIÓN PSICOSOMÁTICA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MAYTE CRUZ VÁZQUEZ

DIRECTORA:
MTR. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ TUTORIAL:
DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. LAURA MARÍA MARTÍNEZ BASURTO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. MARÍA MARTINA JURADO BAIZABAL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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.

Índice

Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. Estrés	11
Definición	11
El modelo de Selye	12
El modelo transaccional de Lazarus y Folkman	13
Evaluación cognitiva.....	14
Fisiología del estrés.....	16
Relación del estrés con afectaciones cutáneas.....	18
Estrés infantil	21
Estrés en la infancia	24
La escuela.....	24
Factores familiares.....	26
Aspectos personales	27
El área social.....	29
La salud	29
Estrés cotidiano.....	30
Eventos vitales	31
Estrés y afrontamiento	32
Factores de vulnerabilidad ante el estrés.....	35
Factores protectores ante el estrés	36
Capítulo 2. Manifestaciones psicósomáticas	39
Definición	39
Dermatitis como síntoma psicósomático	45
Dermatitis atópica.....	46
Epidemiología.....	47
Etiopatogenia	48
Implicaciones psicológicas	49
Tratamiento	51
Tratamiento farmacológico	53
Tratamiento psicológico.....	54
Capítulo 3. Psicoterapia de Juego	60
Precusores de la terapia de Juego	61
El juego como parte del proceso psicoterapéutico	65

Terapia de Juego integrativa.....	66
Los poderes terapéuticos del juego.....	67
Facilitan la comunicación.....	68
Promueve el bienestar emocional.....	71
Mejora las relaciones personales.....	74
Aumenta las fortalezas personales.....	76
Capítulo 4. Método.....	82
Justificación y planteamiento del problema.....	82
Tipo de estudio.....	83
Objetivos.....	84
Objetivo general.....	84
Objetivos específicos.....	84
Unidades de análisis.....	84
Definición conceptual.....	84
Definición operacional.....	85
Participantes y escenario.....	85
Estrategia de recolección de información.....	85
Consideraciones éticas.....	86
Análisis de datos.....	86
Procedimiento.....	90
Capítulo 5: Proceso terapéutico.....	91
Fase 1: Evaluación.....	91
Presentación del caso clínico.....	91
Motivo de Consulta.....	93
Descripción clínica.....	93
Historia clínica.....	94
Manifestaciones clínicas.....	95
Resultados de la evaluación.....	96
Impresión diagnóstica.....	98
Focos de intervención.....	98
Fase 2: Intervención.....	100
Jugando y descargando.....	100
Comprendiendo el síntoma.....	110
Regulando el estrés.....	116
Construyendo una red de apoyo. Taller de crianza positiva.....	117
Fase 3: Cierre del proceso terapéutico.....	119

Capítulo 6. Análisis de resultados	126
Monitoreando a Máximo Ardor	126
Análisis de los poderes terapéuticos del juego	129
Resultados post-test	137
Capítulo 7. Discusión y conclusiones	139
Limitantes.....	142
El trabajo terapéutico a distancia	143
Referencias	146
Apéndices.....	159

Resumen

El estrés infantil se manifiesta en una serie de reacciones tanto biológicas como psicológicas ante situaciones que se perciben incontrolables o con pocos recursos para afrontar. El estrés, ha sido reportado como factor exacerbante para la Dermatitis Atópica y se ha encontrado también que la prevalencia de estados de activación elevados es mucho mayor en personas que la padecen. Se ha descubierto que la Dermatitis Atópica tiene un gran impacto en la calidad de vida de los niños afectados y sus cuidadores, el estrés y otros factores psicosociales alteran la función inmunitaria, las vías neuroendocrinas y alteran aún más la función de la barrera cutánea, se ha demostrado sistemáticamente que el estrés empeora los trastornos proinflamatorios como la Dermatitis Atópica. El juego se considera una herramienta importante para permitir la adaptación y el procesamiento de la realidad, es una forma natural de expresión, un escenario donde se ponen en marcha procesos cognitivos y afectivos. Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo es analizar la efectividad de la intervención de la terapia de juego integrativa mediante los poderes terapéuticos del juego en la disminución de la dermatitis atópica en un niño de 8 años. Se realizó una evaluación pre y post intervención mediante la Escala de Evaluación Infantil EIE y la Escala Infantil de Afrontamiento EIA (Lucio et al, 2020). Se realizó una intervención mediante 30 sesiones de Terapia de Juego Integrativa, al mismo tiempo se exploró con una escala subjetiva el nivel de ardor percibido por el participante semanalmente. Se realizó un análisis de contenido de las sesiones de juego con las categorías de los procesos específicos de cambio de los poderes terapéuticos del juego propuestos por Drewes y Schaefer (2017). Los resultados indicaron que disminuyó la dermatitis atópica, el participante logró afrontar de una mejor manera las situaciones estresantes que le sucedían en su entorno, para ello tuvo episodios de abreacción, catarsis y aprendizajes, pero, sobre todo, una buena relación terapéutica que le permitió tener su proceso acompañado y contenido.

Abstract

Childhood stress manifests itself in a series of biological and psychological reactions to situations that are perceived as uncontrollable or with few resources to cope with. Stress has been reported as an exacerbating factor for Atopic Dermatitis and it has also been found that the prevalence of elevated activation states is much higher in people with Atopic Dermatitis. Atopic Dermatitis has been found to have a major impact on the quality of life of affected children and their caregivers, stress and other psychosocial factors alter immune function, neuroendocrine pathways and further alter skin barrier function, stress has been consistently shown to worsen proinflammatory disorders such as Atopic Dermatitis. Play is considered an important tool to allow adaptation and processing of reality, it is a natural form of expression, a scenario where cognitive and affective processes are set in motion. For this reason, the aim of this study was to analyze the effectiveness of integrative play therapy intervention through the therapeutic powers of play in the reduction of atopic dermatitis in an 8-year-old child. A pre- and post-intervention assessment was performed using the Children's Evaluation Scale EIE and the Children's Coping Scale EIA (Lucio et al, 2020). An intervention was conducted through 30 sessions of Integrative Play Therapy, at the same time the level of burning perceived by the participant on a weekly basis was explored with a subjective scale. A content analysis of the play sessions was performed with the categories of the specific processes of change of the therapeutic powers of play proposed by Drewes and Schaefer (2017). The results indicated that atopic dermatitis decreased, the participant was able to cope in a better way with stressful situations that happened in his environment, for this he had episodes of abreaction, catharsis and learning, but, above all, a good therapeutic relationship that allowed him to have his process accompanied and contained.

Introducción

La infancia es un periodo que conlleva grandes cambios, durante el cual los niños hacen frente a retos que los conducen a hacer la transición de una etapa a la siguiente. Aunado a estos cambios algunas veces las condiciones socioculturales o algunos sucesos de vida pueden resultar estresantes para ellos. El estrés infantil se manifiesta a través de una serie de reacciones tanto biológicas como psicológicas ante situaciones que se perciben incontrolables o con pocos recursos para afrontar (Arrieta et al., 2015).

En 1986 Lazarus y Folkman plantearon que el estrés se considera un proceso que incluye la interacción entre el individuo y su medio ambiente, durante el cual la percepción de amenaza y/o daño ocasiona reacciones físicas y psicológicas. Estos autores enfatizaron principalmente la valoración que hace el individuo de la situación estresante y las características objetivas de dicha situación.

Al hablar de estrés infantil es necesario conocer el tipo, la naturaleza y el contexto en el que se originan los estresores que aquejan a los niños, ya que difieren de los de los adultos (Fernández, 2007).

Vega et al. (2007) encontraron que las áreas en las cuales los infantes experimentan estrés son: la familiar, la escolar y la social. Indicando que la primera es considerada la más importante, pues en ella el niño inicia con su desarrollo físico, emocional y educacional. Con respecto a la escolar, mencionaron que es importante ya que es el paso de la vida familiar a un contacto con la vida social, y finalmente el área social representa el contexto posterior de más importancia en el desarrollo cognoscitivo del niño.

El estrés en la vida del niño resulta de un desequilibrio entre las demandas ambientales y las respuestas que se producen al enfrentarlas (Solloa, 2006). A estas respuestas se le conocen como afrontamiento, que implica cómo el menor utiliza sus capacidades para hacer frente al estrés percibido.

Algunos estudios con relación al tipo de afrontamiento y la relación directa con los padres muestran que, cuando existe una relación padres-hijo basada en la aceptación y un estilo de crianza democrático facilita el afrontamiento adaptativo, por otra parte, las malas

relaciones caracterizadas por el control patológico de ambos padres y una pobre o nula aceptación familiar con un control agresivo o ansiógeno y rechazante se relaciona con afrontamientos desadaptados en los niños, mientras que cuando se trata de familias democráticas con un adecuado control de ambos padres, se facilita los afrontamientos adaptativos (Richaud de Minzi, 2005; Richaud de Minzi, 2006).

El estrés, ha sido reportado como factor que incrementa la Dermatitis Atópica, y es mucho más frecuente en personas en las que prevalecen estados de activación de estrés elevados (Llamas, 2017). El estrés constante puede ser corrosivo y afectar gravemente al cuerpo y al sistema inmunológico. Puede provocar una variedad de afecciones, como dolores de cabeza, dolores de estómago y eczema (Frydenberg, et al., 2012).

Aunque se reconoce la contribución de los factores emocionales en los trastornos dermatológicos, aún no se ha establecido la naturaleza precisa de esta relación. Los trastornos psicofisiológicos pueden clasificarse como psicósomáticos o somatopsíquicos. Cuando la Dermatitis Atópica (DA) se agrava por el estrés de factores externos se puede considerar como psicósomática, mientras que cuando la DA produce los factores psicológicos como el estrés que puede experimentar un individuo, entonces se considera como somatopsíquica (Habib & Morrissey, 1999).

Barilla et al. (2017) encontraron que la Dermatitis Atópica tiene un gran impacto en la calidad de vida de los niños afectados y en sus cuidadores, el estrés y otros factores psicosociales alteran la función inmunitaria y las vías neuroendocrinas, alteran aún más la función de la barrera cutánea, sistemáticamente se ha demostrado que el estrés empeora los trastornos proinflamatorios como la Dermatitis Atópica.

Dada la importancia de la regulación del estrés en la Dermatitis Atópica, se han desarrollado intervenciones dirigidas a proporcionar a los niños estrategias de afrontamiento que les ayuden a gestionar su estrés, sus habilidades de comunicación, solucionar problemas y relajarse. Estos tratamientos se ofrecen tanto de manera individual como grupal y familiar (Habib & Morrissey, 1999; Xiea et al., 2019; Son et al., 2018).

Gerard (2018) señala que el estrés es inevitable y puede ocurrir en todas las facetas de la vida, incluso ciertos niveles el estrés puede verse como una parte natural del desarrollo y de la adaptación a un entorno cambiante, sin embargo, las posibles implicaciones del estrés para los niños pueden ser de gran alcance, dependiendo de su nivel y persistencia. Cotidianamente, en situaciones adecuadas, los niños utilizan el juego para gestionar su vida emocional. Los poderes del juego terapéutico, superan en mucho los eventos angustiantes.

El juego se considera una herramienta importante para permitir la adaptación y el procesamiento de la realidad, es una forma natural de expresión, un escenario donde se ponen en marcha procesos cognitivos y afectivos. El juego se relaciona con el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas, así como con la regulación emocional, conductual y la capacidad de afrontamiento (Capurso & Pazzagli, 2016).

La intervención con niños desde la terapia de juego es un modelo terapéutico efectivo que ayuda a controlar el estrés, el miedo y la inseguridad, el juego permite al niño fortalecer el aprendizaje y su desarrollo ya que les permite comunicarse, expresarse y aprender diversas habilidades (Esquivel, 2010).

Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo es analizar la efectividad de la intervención de la terapia de juego integrativa mediante los poderes terapéuticos del juego en la disminución de la dermatitis atópica en un niño de 8 años.

En el capítulo uno se explica qué es el estrés infantil, los estresores en la infancia; se aborda de manera general la fisiología del estrés y cómo este puede manifestarse en la piel, así como los factores de vulnerabilidad y los factores protectores.

En el capítulo dos, se abordan las manifestaciones psicosomáticas, se explican algunas de las definiciones que hay en la teoría, se analiza cómo es que la dermatitis atópica se presenta como una manifestación psicosomática, su epidemiología y etiopatología. También, se dan a conocer las implicaciones psicológicas, así como su tratamiento tanto farmacológico como psicológico.

En el capítulo tres se exponen aportaciones de algunos precursores de la terapia de juego, la importancia de la terapia de juego en el proceso terapéutico infantil, se explican las ventajas del uso de la terapia integrativa de juego que lleva a los terapeutas a intervenir desde un foco transversal utilizando los poderes específicos de cambio, los 20 poderes terapéuticos del juego.

En el cuarto y quinto capítulo, se puede encontrar la forma en que se plantea y desarrolla esta investigación. De esta manera se llega a la presentación de los resultados obtenidos, que serán expuestos en el apartado de Resultados. En este apartado se encontrarán las tablas que muestran los datos obtenidos del análisis cualitativo y cuantitativo.

En el apartado de Discusión y Conclusión, se presentan las explicaciones teóricas relacionadas con los resultados encontrados en este estudio, con la finalidad de cumplir con los objetivos señalados, además se señalan algunas consideraciones para tomar en cuenta a partir de los resultados encontrados y reportados, así como propuestas para futuras investigaciones.

Capítulo 1. Estrés

Definición

El término estrés tiene su origen en el siglo XIV, procede de la palabra francesa *Destresse*, que proviene del latín *Structus* que hace referencia a la constricción u opresión (Juárez, 2019). Es hasta el siglo XIX que se convirtió en un término científico empleado dentro de la física para referirse a la fuerza aplicada a los objetos, entendiéndose como la fuerza externa que deforma la estructura de un material sólido. Los primeros reportes del concepto aplicado a otras ciencias como la medicina se atribuyen al médico y fisiólogo francés Claude Bernard en el siglo XIX, que menciona que la estabilidad del medio ambiente es la condición indispensable para una vida libre e independiente. (González, 2014; Rivera, 2013).

A inicios del siglo XX, en el campo de la Biología, el norteamericano Walter Bradford Cannon realizó investigaciones en las cuales empleaba el término Estrés para describir un estado o reacción del organismo y propuso el término “homeostasis” para referirse a los mecanismos fisiológicos que intervienen en el mantenimiento de un equilibrio físico-químico esencial. Desde este planteamiento, se conceptualiza el estrés como sobrecarga o sobreestimulación (González, 2014).

El término estrés es incorporado a la Psicología en la acepción que originariamente tiene este concepto en las Ciencias Físicas y las Biológicas que es de donde procede. En este contexto, el término indica aquella fuerza o condición extrema que se aplica a un objeto (sujeto) y que implica tensión, tal vez daño o desintegración, así como alguna forma de resistencia para el objeto (sujeto) hacia la fuerza compulsora (González y García, 1995).

A mediados del siglo XX, comienza a reconocerse al estrés como posible generador de enfermedades en el individuo, incrementando los estudios de este fenómeno con una metodología científica, fue Hans Selye el pionero en este campo (Martínez-Otero, 2012; Rivera, 2013).

El modelo de Selye

Influenciado por el trabajo de Cannon, y desde la teoría basada en la respuesta, afirmó que el organismo es un sistema dinámico que busca mantener el equilibrio de su estado interno y que este equilibrio, al que llamó homeostasis, estaría constantemente amenazado por la exposición de eventos estresores (Valerio, 2012).

Selye (1993), Señaló al estrés como una reacción del organismo acosado por las demandas del entorno y los agentes nocivos, por lo que el individuo responde a esto mediante una reacción llamada Síndrome General de Adaptación (SAG). El SAG hace que el cuerpo libere hormonas que permiten adaptarse. Las partes del cuerpo que tienen más afectaciones con el estrés son: el tubo digestivo, las glándulas suprarrenales y las estructuras linfáticas.

El SAG es un proceso integrado por tres fases: 1) Fase de alarma: ante un estímulo estresante el organismo se activa, se prepara para hacerle frente, 2) Fase de resistencia: el organismo continúa haciendo frente al estresor, 3) Fase de agotamiento: dado que la resistencia es limitada, si el estrés continúa o es intenso el organismo puede enfermar.

En la primera fase, el agente estresor puede ser percibido consistente o inconsistente, dicho estresor estimula el sistema nervioso simpático y a su vez estimula el hipotálamo, es durante este proceso que se liberan hormonas (corticotropina, adrenocorticotropina), la médula suprarrenal aumenta la secreción de hormonas como la adrenalina y noradrenalina, así el individuo puede presentar síntomas como taquicardia, contractilidad miocárdica, dilatación bronquial y aumento del metabolismo, estas hormonas disponen al individuo a realizar actividad física más intensa que en otras circunstancias ya que el organismo se prepara para luchar o huir, siendo esta una respuesta primaria breve que dura de un minuto a 24 horas.

En la segunda fase se intenta afrontar o limitar al agente estresante, tiene como característica la adaptación del cuerpo, en esta fase se presenta el incremento de la hormona adrenocorticotrópica y corticoides actuando en el sistema endócrino, y por último en la tercera fase se han agotado las herramientas para afrontar al agente estresante por lo

que los efectos del estrés se extienden a todo el cuerpo en dos fases, una de reposo donde el cuerpo vuelve a su estado de homeostasis y la otra, la muerte del organismo, esto dependerá de los recursos con que cuenta el individuo para adaptarse y la intensidad del agente estresante.

Selye identificó algunas de las hormonas específicas que intervienen en la respuesta de estrés, especialmente los glucocorticoides, y dio a conocer el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal en las reacciones de estrés. Este autor estaba convencido de que las enfermedades más comunes del hombre eran enfermedades relacionadas con la adaptación, es decir, subproductos de respuestas adaptativas anormales al estrés (Toro, 2021).

El modelo transaccional de Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman (1986) señalaron que para definir al estrés de forma objetiva no bastaba solo con hacer referencia a las condiciones ambientales estresantes del individuo sin tomar en cuenta las características personales de cada uno, ya que lo que es estresante para alguien, no lo es para otro, por ello sugieren una definición desde una perspectiva relacional donde es necesario identificar la naturaleza de la relación para poder entender cabalmente la reacción de un individuo en particular.

Lazarus y Folkman definieron al estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante con relación a sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p.16). Plantearon que el estrés es considerado un proceso que incluye la interacción entre el individuo y su medio ambiente, durante el cual la percepción de amenaza y/o daño ocasiona reacciones físicas y psicológicas, pusieron especial énfasis a la valoración que hace el individuo de la situación estresora y las características objetivas de dicha situación. Derivado de esto formularon dos procesos que tienen lugar en esta interacción individuo-entorno, la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

Evaluación cognitiva

La evaluación como proceso cognitivo es mediador entre el encuentro con el estímulo y la reacción que cada individuo puede tener ante la misma circunstancia. La evaluación cognitiva refleja la relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

Durante este proceso evaluativo existen tres tipos de evaluaciones; evaluación primaria, evaluación secundaria y reevaluación en las cuales se hace la valoración del daño o pérdida potencial versus el dominio o la ganancia.

Evaluación primaria.

Se distinguen tres clases de evaluación primaria:

- 1) Irrelevante: Esta se presenta cuando el entorno no conlleva interés para el individuo, no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde ni se gana nada en la interacción.
- 2) Benigna-positiva: Tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, si logran bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo, estas evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras.

Lazarus y Folkman (1986, p.25) afirmaron que “las evaluaciones totalmente benigno-positivas, sin cierto grado de aprensión, son raras. Así, por ejemplo, aquellas personas en las que existe siempre la certeza de que los estados ideales no duran o aquellas que piensan que sentirse bien tiene siempre un precio, pueden sentirse culpables o ansiosos ante tales evaluaciones”.

Explicaron que las evaluaciones son complejas y siempre están en función de los factores individuales y del contexto en que se desarrolle la situación.

- 3) Estresante: Esta evaluación incluye a todas aquellas que representen daño o pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ya ha tenido experiencias, por ejemplo, de enfermedad, alguna lesión o algún daño a su estima personal o social que le hacen tener un

prejuicio de la situación. La amenaza se entiende como aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén y se consideran amenaza por la carga de aplicaciones negativas para el futuro. En el desafío hay una valoración de los recursos necesarios para afrontar la situación.

Aunque amenaza y desafío difieren entre sí en sus componentes cognitivos y afectivos, ocurren de manera simultánea, pero deben ser analizadas por separado ya que la relación entre ambas puede cambiar a lo largo de una misma situación; esta puede ser evaluada al inicio como más amenazante que desafiante, para luego considerarse a la inversa como resultado de los esfuerzos cognitivos de afrontamiento.

Evaluación secundaria.

Este proceso de evaluación es una valoración de lo que debe y puede hacerse, se presenta cuando estamos en peligro, ya sea bajo amenaza o bajo desafío y es preciso actuar sobre la situación; en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse ante esa situación.

Es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego. Es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones que se tienen para afrontar y del cual se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular de forma efectiva.

Reevaluación.

Se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno, es una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla. Una amenaza puede reevaluarse como carente de fundamento o, por el contrario, una evaluación previamente positiva puede transformarse en otra amenazadora, creándose así toda una sucesión de emociones y evaluaciones cambiantes.

Por otro lado, Trianes et al. (2012) integran la teoría de Selye con la de Lazarus y Folkman describiendo al estrés desde tres conceptos:

1. Como estímulo: Se refiere a todas las circunstancias o acontecimientos externos a los que el individuo está expuesto, denominados estresores, que son capaces de alterar el equilibrio del organismo (Holmes y Rahe, 1967, citado en Trianes, et al., 2012).
2. Como respuesta: Se refiere a las manifestaciones del organismo de tipo *fisiológico* (como lo concebía Selye) que dependen principalmente de la activación del Sistema Nervioso Simpático, *emocional o conductual* ante estresores (Escobar, et al., 2011, citado en Trianes, et al., 2012). Ambos tipos de respuesta suelen dispararse conjuntamente.
3. Como acontecimiento-reacción: Tal como lo describen Lazarus y Folkman, se concibe como un proceso que incluye la interacción entre el individuo y su medio ambiente, durante el cual la percepción de amenaza y/o daño ocasiona reacciones físicas y psicológicas.

Como se puede observar, el término estrés hace mayormente referencia a los aspectos negativos de este, no obstante, la bibliografía consultada otorga gran importancia a la clasificación de éste diferenciando así entre estrés negativo (distrés) y estrés positivo (eustrés). Según González y García (1995), el distrés surge cuando el sujeto no puede hacer frente a las demandas del entorno, viéndose afectado su equilibrio fisiológico y psicológico. En cambio, el eustrés es aquel que activa a la conducta del individuo, permite lograr un estado de alerta adecuado (Alfonso et al., 2015) y pone en marcha las mejores posibilidades del individuo para hacer frente a esas demandas, de manera que éste supera el obstáculo e incluso puede lograr un aprendizaje nuevo (Rivera, 2013).

Fisiología del estrés

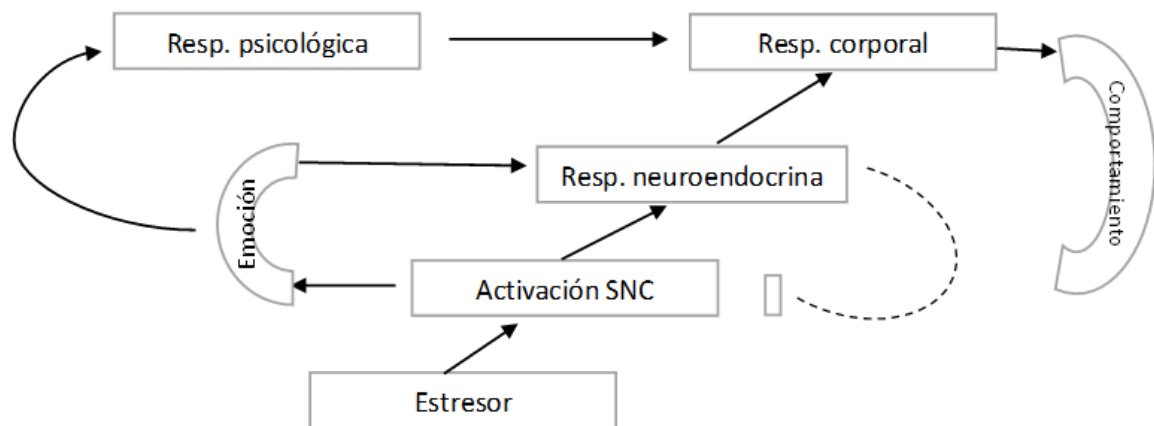
Los individuos reaccionan al estrés activando un complejo repertorio del sistema nervioso central SNC, con respuestas tanto conductuales como respuestas adaptativas periféricas. En la respuesta que el organismo tiene frente al estrés están involucrados el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino, este está compuesto por el sistema simpático adrenomedular (SAM) y sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA).

El eje HPA responde con un aumento de CRH en el núcleo paraventricular del hipotálamo, la cual cuando llega a la adenohipófisis, concretamente al lóbulo anterior de la pituitaria, estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropa ACTH (Suárez et al., 2012).

La ACTH actúa sobre las glándulas suprarrenales, que activarán la síntesis y la liberación de glucocorticoides, destacando el cortisol. En cambio, el eje SAM, que es una región de la división simpática del sistema nervioso autónomo (SNA), se encarga de liberar catecolaminas de la médula suprarrenal, las cuales promueven la activación de la respuesta de lucha/huida (Romero et al., 2020)

Este sistema es muy importante porque si los glucocorticoides prolongan su alto nivel en sangre se pueden producir distintas alteraciones patológicas (Albalustri, 2007).

Como se puede observar en la figura 1, cuando se presenta el estrés, la adrenalina se distribuye a órganos y tejidos de todo el cuerpo. El sistema adrenérgico acelera el corazón, vierte a la sangre la glucosa acumulada en el hígado, amplifica el estado de alerta, dilata las pupilas produciendo emoción y aceleración del pulso, lo que llamamos taquicardia (Rivera, 2013). También produce cambios endócrinos, principalmente en la elevación de catecolaminas, cortisol y endorfina beta, es decir, hormonas que potencian la liberación de energía, la analgesia y la intensificación de las reacciones fisiológicas de tipo catabólico (consumo de oxígeno, metabolismo, respiración, frecuencia cardiaca, presión sanguínea, etc.), conductuales (actuación rápida como correr), emocionales (miedo, ira, ansiedad, etc.) y cognitivas (estado de alerta). Si el estrés es excesivamente intenso y prolongado, puede causar una pérdida en el equilibrio llegando a la fase de agotamiento y a la muerte (Cruz &Vargas).

Figura 1*Esquema de las etapas del estrés*

Fuente: Cruz & Vargas, 2001, p. 33. Nota: La línea punteada representa la retroalimentación negativa

Todos estos cambios tienen una finalidad adaptativa ya que preparan al individuo para responder ante amenazas o peligros del exterior, sin embargo, cuando se prolongan en el tiempo pueden ser un factor de riesgo de enfermedades (Sandín, 1999, citado en González, 2011).

Relación del estrés con afectaciones cutáneas

La piel es un órgano versátil que tiene muchas características especiales, es la primera interfaz de contacto entre el cuerpo y el ambiente externo, tiene una importante función de interacción social e interpersonal desde la primera infancia y a lo largo de todo el ciclo de vida. Es un medio de comunicación e intercambio con el entorno. Interviene en la excreción y absorción de sustancias, y ejerce funciones de termorregulación, funciones inmunológicas y endocrinas, entre otras. Por ello no es de extrañar entonces que exista una relación entre los factores psicológicos y las enfermedades dermatológicas (Hochman, et al, 2013; Picardi, A., & Damiano, A. 2001).

La piel, participa en la respuesta del organismo al estrés y es el equivalente periférico del eje HPA. El estrés agudo incrementa el contenido cutáneo de la hormona liberadora de corticotropina CRH. La función de la CRH está medida por receptores CRH-R1 y CRH-R2. El CRH-R2 está presente principalmente en las estructuras vasculares y glandulares, mientras que el CRH.R1 es el principal receptor de la mayoría de los

constituyentes celulares de la piel, es a través de este es que la CRH influye en la proliferación, diferenciación y la apoptosis de los diversos componentes celulares de la piel (Lin et al., 2017).

La presencia del estrés agudo conlleva a que se distribuyan leucocitos acumulándolos en órganos periféricos como la piel, para enfrentar agresiones externas, como, por ejemplo, infecciones (Label et al., 2007). La piel está muy innervada, por lo que los nervios periféricos también pueden influir en la salud cutánea a través de factores secretados como los neuropéptidos (por ejemplo, la sustancia P o SP) y las neurotrofinas (NT). También los mastocitos cutáneos se han revelado como un actor central de las respuestas cutáneas al estrés. Se ha propuesto que son los "conmutadores centrales" de la inflamación neurogénica, se activan con el estrés y, a su vez, también producen hormonas del estrés y factores inflamatorios (Chen & Lyga, 2014).

A continuación, se presentan los principales mediadores del estrés y cómo estos tienen funciones fundamentales en la piel (Tabla 1).

Tabla 1

Los principales mediadores del estrés en la piel.

Medidor del estrés	Fuente	Célula efectora	Funciones en la piel
CRH	Hipotálamo; Queratinocitos, sebocitos y mastocitos de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • CRH-R1: se expresa en la epidermis, la dermis y la capa subcutánea • CRH-R2: se expresa en los queratinocitos del folículo piloso y los fibroblastos de la papila. 	Estimulación de la producción descendente de ACTH y cortisol; Proliferación, diferenciación, apoptosis, inflamación y angiogénesis.
ACTH	Glándula pituitaria; Melanocitos cutáneos, queratinocitos epidérmicos y del folículo piloso y fibroblastos dérmicos; células de Langerhan, monocitos y macrófagos.	MC2-R se expresa en los melanocitos de la piel, los folículos pilosos, los queratinocitos epidérmicos, las glándulas sebáceas y ecrinas, así como en los fibroblastos dérmicos, las glándulas sebáceas y ecrinas, los músculos y los vasos sanguíneos dérmicos.	Estimulación de la producción de cortisol y corticosterona; Melanogénesis, producción de citoquinas, proliferación celular, formación de dendritas, crecimiento del cabello, regulación inmunitaria y de la inflamación.

Medidor del estrés	Fuente	Célula efectora	Funciones en la piel
Cortisol	Corteza suprarrenal; Folículos pilosos de la piel, melanocitos y fibroblastos	El receptor de glucocorticoides (GR) se expresa de forma ubicua en todas las células de la piel	Gran impacto en el sistema inmunitario y de inflamación; Proliferación y diferenciación del folículo piloso; Formación de la barrera epidérmica.
Neurotrofinas	Sistema nervioso central; Neuronas simpáticas de la piel, mastocitos, células T y células B, queratinocitos, fibroblastos y melanocitos.	Los receptores TrK y p75 se expresan en mastocitos, células inmunitarias, queratinocitos, fibroblastos y melanocitos.	Favorecer las inervaciones cutáneas; promueven la supervivencia y la diferenciación de los mastocitos y modifican la expresión de las citoquinas inflamatorias; Promueve la proliferación de queratinocitos; Importante para la migración, viabilidad y diferenciación de melanocitos y los protege del estrés oxidativo y la apoptosis.
Sustancia P	Fibras nerviosas sensoriales	Mastocitos, macrófagos, células T	Liberación de citoquinas para inducir la inflamación, activar los mastocitos e inducir la proliferación de linfocitos. Inducir la permeabilidad vascular.
Prolactina	Glándula pituitaria; Folículo piloso de la piel y queratinocitos epidérmicos, fibroblastos, adipocitos, glándulas sudoríparas y sebáceas	El receptor de prolactina (PRLR) se expresa de forma ubicua excepto en fibroblastos	Modulador autocrino del crecimiento del cabello al promover el catágeno (regresión del cabello); Estimular el crecimiento de los queratinocitos y la producción de queratina en los queratinocitos; Producción de sebo en las glándulas sebáceas; Inmunomodulación.
Catecolaminas (epinefrina y norepinefrina)	Médula suprarrenal; Fibras nerviosas de la piel, queratinocitos	Los receptores adrenérgicos son expresados por las células asesinas naturales, los monocitos y las células T, los queratinocitos y los melanocitos	Regula la proliferación, diferenciación y migración de los queratinocitos; Promover la melanogénesis en los melanocitos; Disminuyen la migración de fibroblastos y la secreción de colágeno y perjudican la cicatrización de heridas; Suprimen la IL-12 en las células dendríticas, lo que conduce a un debilitamiento de la diferenciación Th1 y a un aumento de la diferenciación Th2; Importante para el tráfico de linfocitos, la circulación, la proliferación y la producción de citoquinas.

Fuente: Chen, Y., & Lyga, J. (2014).

Lo revisado hasta este punto, revela que existe una estrecha relación entre el estrés y las afecciones cutáneas. Los mastocitos de la piel se activan con el estrés y, a su vez, también producen hormonas del estrés y factores inflamatorios. Esto podría conducir a un círculo vicioso de acontecimientos inflamatorios inducidos por el estrés.

Estrés infantil

En una visión adulto-céntrica se deja de considerar la percepción y emoción de los niños, y lo que parece ser un problema sencillo para un adulto, para un infante es de mucha importancia y representa en algunas ocasiones un verdadero reto al tratar de entender lo que sucede a su alrededor. Los infantes presentan estrés cuando sienten una exigencia mayor o un cambio brusco en su entorno, ante la incapacidad de manejarlo y de resolver los problemas que se presentan en su corta edad.

El estrés de los niños puede parecer insignificante para los adultos, pero debido a que los niños no tienen experiencia y tienen un repertorio limitado de afrontamiento, incluso los pequeños cambios pueden tener un gran impacto en su sentido de seguridad. Las experiencias tempranas y la adversidad también pueden influir en la visión del mundo de un niño (Rivera, 2013).

El estrés infantil ha sido de interés para los profesionales de la salud, ya que se ha comprobado que cuanto más pequeño el niño, más impacto tienen los eventos nuevos, y más poderoso y posiblemente negativo llega a ser el estrés excesivo y puede tener efectos tanto inmediatos como de largo plazo en la adaptabilidad de los niños en situaciones nuevas e inclusive ser un factor de riesgo en futuras psicopatologías, reconociendo así la importancia de la prevención, detección e intervención (González, 2014; Martínez et al., 2009; Pacheco, 2018; Rivera, 2013).

Todos los niños pueden experimentar estrés, pero la forma en que responden depende de la edad y de su desarrollo cognitivo, social, emocional, temperamento y factores ambientales asociados (Frydenberg, et al., 2012). La UNICEF (2022) muestra las reacciones de los niños y adolescentes frente al estrés dependiendo de su edad.

Tabla 2
Reacciones ante el estrés.

Edad	Reacción
0-3 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor necesidad de estar cerca de los cuidadores ● Regresión del comportamiento ● Cambios en los hábitos alimenticios o del sueño ● Aumento de la irritabilidad ● Aumento de la hiperactividad ● Temores intensos ● Rabietas más frecuentes ● Llantos más frecuentes
4-6 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Necesidad de estar cerca de los adultos ● Regresión del comportamiento ● Cambios en los hábitos alimenticios o del sueño ● Aumento de la irritabilidad ● Dificultades para concentrarse ● Disminución de la actividad o exceso de actividad ● Pérdida de interés por el juego ● Deseo de asumir papeles de adulto ● Mutismo ● Ansiedad o aumento de la ansiedad
7-12 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Retraimiento ● Preocupación por otras personas afectadas por un acontecimiento concreto ● Cambios en los patrones de alimentación o del sueño ● Temores exacerbados ● Aumento de la irritabilidad ● Agresividad ● Agitación ● Deterioro de la memoria y la concentración ● Síntomas físicos/psicosomáticos ● Evocación frecuente del suceso o realización de juegos repetitivos ● Sentimiento de culpa
13-17 años (adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> ● Tristeza intensa ● Preocupación excesiva por los demás ● Sentimiento de vergüenza y culpa ● Mayor cuestionamiento de la autoridad ● Mayor asunción de riesgos ● Agresividad ● Comportamiento autodestructivo ● Sensación de desesperanza

Fuente: UNICEF (2022)

Las respuestas físicas de los niños ante el estrés difieren de las adultas ya que tienden a ser más intensas y abarcar todo el cuerpo, además de generar respuestas

cognitivas y emocionales, por lo general se presentan mediante la evitación, la depresión; la timidez excesiva; la hipervigilancia; las inquietudes excesivas; el interés obsesivo en objetos, rutinas, comida y preocupación persistente (Dacey y Fiore, 2000, citado en Valencia, et al., 2012).

Valencia et al. (2012) muestran un ejemplo de las respuestas típicas que presentan los infantes ante una situación de estrés, dejando en claro que este puede afectar la salud de los niños exacerbando el asma, fiebre, migraña, problemas gastrointestinales como la colitis o intestino irritable (Tabla 3).

Tabla 3

Respuestas de los infantes ante el estrés

Cognición (pensamiento)	Respuesta emocional	Respuesta física	Respuesta conductual
Preocupación por el futuro	Tristeza	Tensión muscular	Llorar
Pensamientos de ineficacia	Enojo	Dolor de cabeza	Conductas agresivas
Pensamientos de minusvalía	Ansiedad	Dolor estomacal	Morder las uñas o arrancarse el cabello
Pensamientos de injusticia	Depresión	Hipersudoración palmar	Correr en dirección opuesta
Tareas o actividades encomendadas que se perciben como difíciles	Frustración	Alteración de los ciclos del sueño	Buscar a un adulto significativo (para que resuelva o brinde seguridad)
Atención selectiva ante estímulos estresores		Enuresis	

Fuente: Valencia et al. (2012)

La edad es un factor importante para determinar los efectos de una situación estresante en el niño. Un evento estresante temprano puede causar cambios físicos que repercutan en las habilidades de afrontamiento del niño, el efecto de los eventos estresantes en el desarrollo depende de cuán exitosamente el niño sea capaz de manejar el estrés en el momento en que ocurre, superar los efectos que potencialmente lo debilitan en una experiencia de estrés, esto puede reforzar el sentido de dominio, aislándolo de los

efectos de la indefensión aprendida y tal vez dándole habilidades de afrontamiento contra el estrés futuro (Trad & Greenblatt, 1990).

Estresores en la infancia

Al hablar de estrés infantil es necesario conocer el tipo, la naturaleza y el contexto en el que se originan los estresores que aquejan a los niños, ya que estos difieren a los de los adultos (Fernández, 2007). En el siguiente apartado se hablarán de los estresores más comunes en la infancia, pero para ello es necesario definir qué es un estresor. Los estresores son estímulos que sobrecargan al sujeto y producen una respuesta biológica y psicológica de estrés, de este modo, cualquier evento que sea considerado como dañino o amenazante para la salud y el bienestar, y que además reduzca la facultad de sobrellevarlo apropiadamente, se podría juzgar como estresor (Oros & Vogel, 2005).

El estresor también puede clasificarse por la duración del estímulo:

Agudo: Este es repentino e intenso como en el caso de alguna enfermedad de corto plazo de uno de los padres o un asalto, dichos eventos son repentinos y por su naturaleza pueden incluir otros factores estresantes, como la pérdida o separación de los padres, sin embargo, después disminuyen los estímulos estresantes.

Crónico: Es progresivo con efectos perjudiciales como la muerte o separación prolongada de una persona importante en la vida de un niño, son aquellos que esencialmente forman un tema persistentemente adverso, por lo tanto, los factores estresantes crónicos pueden incluir la perturbación continua que proviene del divorcio o la separación, la desventaja socioeconómica, la condición de discapacidad o la enfermedad crónica (Trad & Greenblatt, 1990; Valencia, 2012).

La escuela

El contexto social más importante para el niño es sin duda la escuela, es aquí donde aprende de la interacción con sus pares y figuras de autoridad como los profesores, también aquí enfrenta las demandas sociales y académicas, de tal manera que si estas se ven resueltas de manera satisfactoria el menor podrá o no presentar síntomas de estrés.

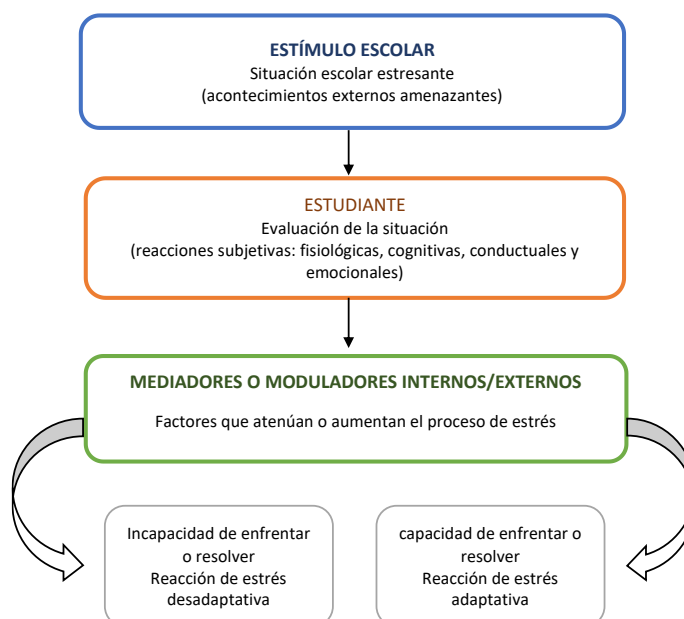
El estrés escolar puede estar relacionado con situaciones o experiencias vividas, entre las que se encuentran las interacciones sociales dentro de este espacio académico, el cambio de salón, de escuela o de grupo, así como las peleas o enojos entre compañeros o la interacción con los profesores cuando hay regaños o llamadas de atención y si a esto se le suma la insuficiente comunicación y las malas relaciones interpersonales, la sobrecarga de trabajo y el bullying, el menor se puede enfrentar a estresores diarios que pueden perjudicar su bienestar (Martínez, et al., 2009; Martínez Otero, 2012).

Respecto a la interacción entre sus pares, Fernández (2007) menciona que los eventos más estresantes son: el ser rechazado por sus pares, ser molestados por niños o niñas mayores, ser ridiculizado en clase o ser el último de sus pares en entregar los trabajos en clase.

Piorno (2004) ejemplifica la secuencia con que se presentan los eventos disparadores del estrés escolar, en tres pasos: 1) La aparición de un evento escolar; 2) El significado interno que se le asigna a dicho evento y 3) La aparición interna (manifestaciones físicas) y la externa (manifestaciones comportamentales) como respuesta al evento escolar.

Figura 2

Estrés escolar, interacción entre alumno, entorno y evaluación de estímulos.



Fuente: Piorno (2004)

La secuencia se verá influida por eventos moderadores como el desarrollo cognitivo y social, la percepción de apoyo social, la autoestima y las experiencias previas de afrontamiento.

También es importante considerar que algunos padres demandan de sus hijos ser los mejores en la escuela, ser quien tenga las mejores calificaciones y que se involucren en actividades extracurriculares sin tomar en cuenta los deseos y habilidades de los menores siendo así una presión más para ellos.

Factores familiares

La estructura familiar disfuncional, así como los estilos de crianza presididos por la permisividad, el autoritarismo o la sobreprotección son fuentes estresantes para los infantes. Los estresores relacionados con la familia generalmente se manifiestan con la preocupación por la salud de alguno de los miembros, la pérdida de algún familiar directo, peleas o separación de la familia, integración de un nuevo miembro como un hermano o pareja de alguno de los padres (Martínez et al. 2009; Martínez-Otero, 2012; Moreno y Del Barrio, 1995, citados en González, 2014).

Aunado a lo anterior, Fernández (2007) agrega los siguientes factores que influyen en el estrés infantil:

- **Salud física y/o mental de los padres:** Se consideran enfermedades físicas de los padres, pero se hace hincapié en la salud mental de éstos, ya que los hijos de padres depresivos tienen más probabilidades de tener dificultades en las interacciones personales e influir negativamente en el estado emocional, cognitivo y conductual de los niños.
- **Dificultades económicas:** Los niños pertenecientes a familias con bajo nivel económico pueden experimentar eventos vitales y condiciones adversas negativas tales como negligencia de los padres, violencia intrafamiliar, hacinamiento, provocando que se sobrepasen los recursos de afrontamiento de los menores causando mayores consecuencias en su desarrollo socioemocional.

Buendía (1993) agrega a este rubro la separación y divorcio de los padres como un factor importante en el estrés infantil, ya que en la mayoría de los casos los niños antes del divorcio presencian discusiones entre los padres, resalta que el cambio drástico en la rutina diaria y el cambio del entorno familiar por traslado de domicilio puede exacerbar el estrés de los infantes y este puede ser acumulativo a través del tiempo.

La dinámica familiar es un modelo emocional para los infantes, de acuerdo con esta dinámica se puede entender la probabilidad de respuesta ante el estrés ya que los niños aprenden de manera vicaria qué es el estrés, cómo se reacciona y cómo se enfrenta. Esto lleva a entender que el estado emocional de los padres también cuenta en el aprendizaje de los niños, si se tiene una madre o padre con estrés, ansiedad o depresión, transmitirá al menor cierta forma de enfrentar acontecimientos vitales negativos (del Barrio, 2010).

Aspectos personales

Aquí se agrupan las características personales de los infantes que favorecen el estrés, por ejemplo, la excesiva inhibición, la falta de habilidades sociales, la baja autoestima (Martínez-Otero, 2012), la timidez, la inestabilidad emocional, niños con alta sensibilidad (González, 2014). Otro aspecto importante a considerar en el estrés infantil es el temperamento, por lo que conocer sus características temperamentales ayudará al adulto prever y responder adecuadamente a las necesidades de los niños.

El temperamento juega un papel importante en la respuesta al estrés. Se entiende como un rasgo con base biológica, genética, que describe diferencias individuales en la manifestación del afecto, la actividad, la atención y la autorregulación, por lo que es un factor importante en el desarrollo infantil. El temperamento es un factor que hace que cada niño responda de manera diferente ante un mismo evento y ambiente (Arratibel, 2005).

Rothbatt y Bates (2006) señalaron tres tipos de rasgos temperamentales en niños; *Extraversión*: tendencia hacia un nivel de actividad alta con expresión de emociones positivas y gusto por las interacciones sociales; *Afectividad negativa*: tendencia a expresar la tristeza, el miedo, la irritabilidad y la frustración así como la dificultad para estar tranquilos

después de una alta excitación; *Regulación/orientación*: tendencia a permanecer calmado, sostener la atención y placer en situaciones de baja intensidad.

Para Rothbatt y Bates es aceptable la forma en que los niños responden sea cual sea su temperamento, lo fundamental es que las respuestas les permitan adaptarse, relacionarse y desarrollarse sanamente evitando patologías relacionadas con el estrés.

Block y Block (1980, citado en Trad, 1990) propusieron otro enfoque alternativo al temperamento y el estrés. Afirman que hay dos construcciones centrales de la personalidad, el control del ego y la resiliencia del ego, en donde el control del ego se refiere a la inhibición/expresión de impulsos, mientras que la resiliencia del ego hace referencia a la capacidad dinámica para modificar contextualmente el nivel de control de uno mismo en respuesta a las demandas y posibilidades situacionales, es una característica que refleja cómo los individuos logran adaptarse a la incertidumbre, al estrés, al conflicto y al cambio (Letzring et al., 2004).

El término resiliencia del ego hace referencia a la reserva adaptativa que usa el individuo ante las demandas que se presenten. Un individuo resiliente regula su comportamiento a través de la adaptación efectiva, dispone de recursos cognitivos y sociales, logra adaptarse rápidamente (Block & Block, 2006).

Block y Block (1980, citado en Trad, 1990) refieren que los niños con resiliencia del ego son ingeniosos y creativos para enfrentar desafíos y barreras, pueden mantener el comportamiento y el desempeño bajo estrés, pueden procesar estímulos competitivos y adaptarse para cumplir con los requisitos de la situación que enfrentan. Por lo contrario, los niños no resilientes, son rígidos y se adaptan poco, paralizándose cuando está bajo estrés.

Entonces las personas que tienen bajo control del ego han sido descritas como espontáneos, emocionalmente expresivos y centrados en la satisfacción inmediata de los deseos; mientras que, el hipercontrol del ego está asociado con la inhibición y con la mínima expresión de los impulsos y de las emociones (Huey & Weisz, 1997, citado en Hess & Schönfeld, 2019) y las personas que tienen una alta capacidad de resiliencia del ego muestran mejor adaptación y mayores logros en todas las etapas de la vida.

El área social

Se han encontrado diversos factores de estrés en el área social, por un lado, Martínez-Otero (2012), destaca el vivir en un entorno hostil o en una comunidad donde prevalece la violencia, y la falta de apoyo social. Mientras que González (2014), señala que el estilo de vida de los padres, en el cual tienen que trabajar casi todo el día, aunado a la exigencia de la sociedad (empezando por la familia) que presiona por cumplir con un estándar de perfección, generalmente se convierte en autoexigencia para el menor aumentando su nivel de estrés y ansiedad.

La salud

El dolor y la enfermedad son una de las principales fuentes de estrés para los niños, así como la hospitalización, la enfermedad crónica y los procedimientos médicos invasivos que suponen la separación de la familia y el alejamiento del entorno escolar y social, exigencias de adaptación a un medio extraño y con frecuencia vivenciado como amenazante (Fernández, 2007; Martínez-Otero, 2012).

Recalde y Almeida (2014), describen los principales factores que pueden provocar estrés en este ámbito:

- La separación: El temor que sienten los niños al tener que separarse de sus padres o su hogar y adaptarse a un ambiente hospitalario totalmente desconocido para ellos.
- El dolor: Ante los procedimientos médicos que tienen que experimentar como inyecciones, asistir al dentista o una curación.
- Enfermedades que padecen parientes cercanos: Pueden experimentar incertidumbre acerca de lo que les pueda pasar a sus seres queridos.
- Relación con el especialista: Si el médico muestra hostilidad y no muestra empatía los infantes pueden rehusarse a asistir a su revisión médica.

Para Méndez et al. (1996, citado en Leija, et al., 2012) los principales eventos estresantes por los que atraviesa un infante dentro del ambiente hospitalario tienen que ver con el propio entorno (la presencia de extraños), el estrés que observan de las personas

que los acompañan (que por lo general son los padres) y la adaptación a la pérdida de autonomía, control y competencia personal.

Estrés cotidiano

Lazarus (1984, en Buendía, 1993) definió al estrés cotidiano como las experiencias y condiciones de la vida diaria que han sido valoradas como importantes y perjudiciales o amenazantes para el bienestar de quien lo experimenta. Los estresores cotidianos como el nacimiento de un hermano/a, separación y/o pérdida de los padres, cambio de domicilio, peleas con los amigos, dificultad para realizar las tareas, preocupación por la imagen corporal, peleas con los hermanos, exceso de actividades extraescolares (Martínez, et al., 2009; Oros y Vogel, 2005), pueden tener un impacto más negativo en el desarrollo emocional de los infantes, la constante repetición produce un nivel de estrés considerable que puede afectar el bienestar y la salud del infante (del Barrio, 2010; Trianes et al., 2012).

En la tabla 4 se muestran las fuentes estresantes más comunes en niños pequeños, estos factores estresantes se reflejan en orden de intensidad (Yungs, 1985 citado en Frydenberg, et al., 2012).

Tabla 4
Estresores comunes en niños pequeños.

Edad	Estresor	Manifestación del estrés
4-6 años	Sensación de incertidumbre y miedo a ser abandonado por un adulto significativo.	Puede haber referencias a este miedo en las siestas y el sueño, así como llorar en ausencia de los padres o mordiendo las uñas.
	Miedo a orinarse	Hace frecuentes viajes al baño, se moja ocasionalmente, puede morderse las uñas o chuparse el dedo. Es posible que algunos niños no pidan ir al baño porque no saben cómo disculparse
	Miedo a ser regañado o castigado por los maestros	Tiene el deseo de complacer al maestro, pero puede que no sepa cómo hacerlo, y teme que el maestro no esté complacido o incluso enojado; miedo a expresar desaprobación de los profesores por miedo a las reacciones de los profesores
6 a 7 años	Desaprobación del profesor	Búsqueda continua de la aprobación del maestro en lugar de una acción más independiente.

Edad	Estresor	Manifestación del estrés
	Ser ridiculizado por compañeros y estudiantes mayores en el entorno escolar	Se muestra introvertido y expresa su deseo de no asistir a la escuela
	Recibir la primera boleta de calificaciones y temor a no pasar al segundo grado	Utiliza un diálogo interno negativo y muestra baja autoestima
7-8 años	Extraña con frecuencia a un padre en particular	Desea volver a casa y estar con sus padres
	Miedo a no poder comprender una lección determinada (p. Ej., No poder aprobar un examen)	Es desatento, llora e impaciente consigo mismo
	No ser seleccionado por el maestro o no recibir atención del maestro	Se siente disgustado por el maestro; busca la atención del maestro (positiva o negativa).
	Miedo a ser disciplinado por el profesor	Evita el contacto visual directo en una actividad de maestro-alumno.
	Miedo a ser diferente a otros niños en vestimenta y apariencia.	Evita el contacto visual directo en una actividad de maestro-alumno.

Fuente: Yungs (1985) en Frydenberg, et al., 2012

Eventos vitales

Los eventos vitales no son iguales en cada persona, tampoco tienen que ser eventos catastróficos para que estos sean patogénicos, un evento vital es cualquier acontecimiento o circunstancia que ocurre en la vida de una persona y que puede tener el potencial de alterar su estado de salud mental o física (Goodyer, 1990 citado en Buendía, 1993).

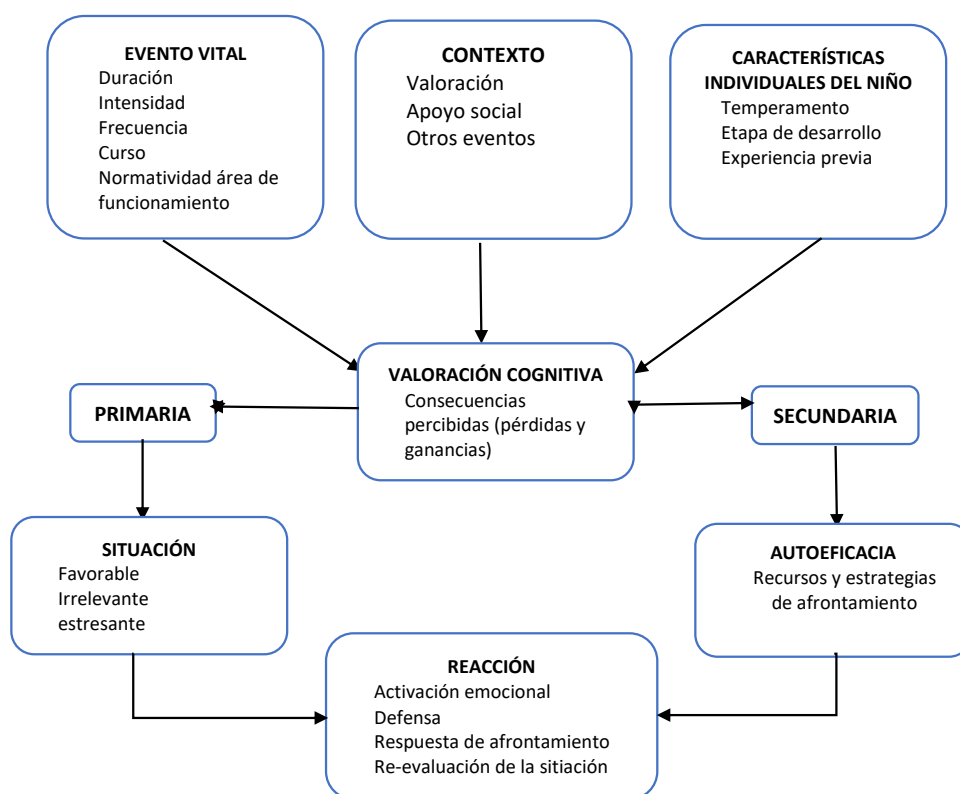
Todo esto dependerá de varias cosas; la valoración cognitiva que hará el menor sobre el acontecimiento; las características individuales del menor, así como el contexto social y familiar en donde se haya dado el evento. El estrés infantil depende de la influencia de muchas variables tanto del contexto como de la personalidad del menor y éste puede tomar diversas formas, como la ansiedad, el enojo o la agresión, por ello resulta importante comprender todos los factores inmersos y por supuesto los recursos que el niño tiene para hacer frente al estrés (Buendía, 1993).

Para comprender mejor el estrés infantil es necesario saber si para el individuo un acontecimiento fue vital, y no dejarse llevar solo por aquellos cotidianos o repetitivos,

aunque el menor solo lo haya experimentado una vez en su vida, si lo evaluó como vital, será importante tomarlo en cuenta. En la figura 3, se pueden ver las variables que intervienen en la reacción del niño al estrés.

Figura 3

Variables que intervienen en la reacción del estrés



Fuente: Buendía (1993)

Estrés y afrontamiento

El afrontamiento es un proceso en el cual se incluyen todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con aquéllas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

Si el individuo se siente incapaz de enfrentarse con una demanda, el estrés que aparecerá será relativamente grande ya que el daño/pérdida no puede vencerse ni prevenirse. Si las consecuencias de una determinada confrontación son importantes para el individuo, la impotencia puede llegar a desbordarlo.

Lazarus y Folkman, 1986 enmarcan al afrontamiento como un proceso el cual tiene tres aspectos importantes:

- 1) Las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente hace en determinadas condiciones.
- 2) Lo que el individuo piensa o hace dentro de un evento específico. Cuando más parecido sea al evento experimentado más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno.
- 3) El cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose ya que es un proceso cambiante, en algunas situaciones puede contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con aquellas estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Los autores también hacen referencia a dos funciones principales del afrontamiento:

a) afrontamiento dirigido al problema, en donde la función de éste es modificar el acontecimiento estresante mediante la solución de problemas modificando la situación problemática o bien mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto negativo de las condiciones del individuo. Y b) afrontamiento centrado en la emoción, en el cual la función es regular los estados emocionales evocados por la situación o acontecimiento estresante, por ejemplo, evitando la situación reevaluando cognitivamente el suceso (Buendía & Mira, 1993b).

Entonces, de acuerdo con este modelo las estrategias utilizadas para afrontar la situación estresante dependen de la evaluación de esta, el significado que cada individuo le da a la situación, la valoración de los recursos para enfrentarla y la valoración de los resultados.

La relación entre el estrés y el afrontamiento es recíproca, debido a que, la manera en que una persona enfrenta un problema afecta la valoración de este, pero al mismo tiempo si el afrontamiento no es efectivo, el estrés se cronifica, y se produce un fracaso adaptativo, que tiene efectos físicos, emocionales y sociales (Hernández & Gutiérrez, 2012).

Las habilidades de afrontamiento en los niños pueden diferir de la de los adultos, debido a que los niños por causa de un menor desarrollo cognitivo, afectivo y social tendrán un repertorio limitado de estrategias de afrontamiento, los niños tienen poco control sobre las circunstancias, tienen poca libertad para poder evitar activamente las circunstancias estresantes por tanto, las estrategias de afrontamiento que les ayudarán a su adaptación serán diferentes a la de los adultos (Trianes, 2003).

Dependiendo de las consecuencias de los estresores pueden resultar adaptativos para el menor o bien aumentar la sensibilidad y vulnerabilidad para hacer frente a nuevas dificultades, por ello resulta importante que los infantes desarrollen estrategias de afrontamiento que les permitan manejar el estrés de manera efectiva (Buendía & Mira 1993 a.). Estas estrategias son consideradas como un elemento que influye en la promoción del desarrollo en la infancia y adolescencia ya que están relacionadas con una mejor adaptación, la reducción de enfermedad y bienestar psicológico (Arrieta et al., 2015).

Existe un amplio factor en referencia al afrontamiento que se denomina efectivo que implica que los menores se muevan para resolver el problema directamente o buscando ayuda, así como también existe un amplio consenso en torno al factor disfuncional, el cual agrupa otros afrontamientos menos efectivos, no adaptativos, tales como escapar de la situación, evadirse, agredir o emitir una respuesta emocional (Morales, 2012).

Se han realizado estudios acerca del estrés y el afrontamiento en niños encontrando que las estrategias de afrontamiento funcionales más utilizadas son la búsqueda de información, resolución de problemas, el apoyo social y apoyo emocional, también se han descrito que las estrategias disfuncionales que reportaron los infantes están relacionadas con la evitación, (cognitiva y conductual), conductas agresivas, esconderse y llorar (Arrieta et al., 2015; Jacinto, 2019; Lucio, et al., 2016; Palacios et al., 2009; Vilcacundo, 2020).

También se han encontrado algunos estudios acerca del tipo de afrontamiento y la relación directa con los padres, indicando que, si existe una relación basada en la aceptación y un estilo de crianza democrático facilita el afrontamiento adaptativo, por otra parte, las malas relaciones caracterizadas por el control patológico de ambos padres y la baja aceptación (familia con un control agresivo o ansiógeno y rechazante) se relaciona con afrontamientos desadaptativos en los niños, el control normal de ambos padres (familia democrática) facilita el afrontamiento adaptativo (Richaud de Minzi, 2005; Richaud de Minzi, 2006).

Lo anterior sugiere que desde edades muy tempranas se pueden establecer los patrones de respuesta de estrés-afrontamiento por lo que intervenir a estas edades aportaría en la prevención de futuras patologías.

Factores de vulnerabilidad ante el estrés

El estrés puede afectar tanto psicológica como fisiológicamente a los individuos, sin embargo, como se ha expuesto en líneas arriba, las mismas situaciones pueden ser estresantes para algunas personas y para otras no, por ello Albalustri (2007) menciona algunos factores que contribuyen al desarrollo de la vulnerabilidad del estrés.

Factores genéticos: Existe una carga genética que predispone a que los individuos respondan fisiológicamente de manera diferente tanto a nivel cerebral como periférico, Fonagy et al. (2004, citado en Albalustri, 2007) realizaron estudios donde enmarcan la influencia del ambiente familiar temprano, la falta de apego la encontraron relacionada con el gen 5-HTT causando una disfunción en la actividad serotoninérgica concluyendo que la experiencia temprana con el objeto es formativa e influye en la expresión genética.

Factores asociados al desarrollo: El estrés prenatal, el bajo peso al nacer, privación materna posnatal y el cuidado materno durante la infancia. El autor menciona que el género influye en la vulnerabilidad al estrés ya que las hormonas sexuales como el estrógeno y la testosterona pueden ejercer influencia en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, cuando actúa este sistema los niveles de glucocorticoides aumentan con rapidez, pero estos a su vez pueden regularse desde el hipotálamo y la hipófisis.

Para Trianes (2003) los principales factores de riesgo ante el estrés son el excesivo apego al adulto, problemas de conducta, agresividad con sus pares, experiencias negativas, padres con alguna enfermedad física o mental. Otro factor que propicia la vulnerabilidad es la presencia constante de eventos vitales como la separación de una persona importante para el niño, violencia familiar, psicopatología parental, abuso sexual y abuso físico, entre otros (Brown & Harris, 1993; Kessler, 1997. Citado en Albalustri 2007).

Factores protectores ante el estrés

Debido a que un estresor no tiene el mismo impacto o efecto en todos los niños, es importante mencionar cuáles serán los factores o recursos tanto personales como del contexto que influyan en la probabilidad de que un acontecimiento no tenga consecuencias negativas en la vida de los niños.

Buendía y Mira (1993) resumen los principales factores protectores y de vulnerabilidad, (Tabla 5) explicando que los recursos para hacer frente a las demandas ambientales surgen tanto del propio sujeto como de la situación del evento estresante, también hacen hincapié en que la falta de factores protectores o la presencia de factores de riesgo influyen en la respuesta del sujeto.

Tabla 5.
Recursos para el afrontamiento al estrés

Recursos	Vulnerabilidad	Protección
a) Ambientales		
<ul style="list-style-type: none"> ● Nivel socioeconómico ● Salud mental de la madre ● Ambiente familiar ● Sistemas de apoyo ● Estilo de crianza 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bajo ● Deficiente ● Distante ● Insuficiente ● Superprotector 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alto ● Buena ● Cohesión ● Sólido ● Est. Autonomía
b) Personales		
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad, sexo ● Temperamento ● Habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Menor, varón ● Reactivo ● Escasas ● Externo ● Baja 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor, mujer ● Impasible ● Amplias ● Interno ● Alta

Recursos	Vulnerabilidad	Protección
<ul style="list-style-type: none"> ● Locus de control ● Autoeficacia ● Autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> ● Baja 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alta

Fuente: Buendía & Mira (1993), p.53.

Además de los mencionados por Buendía y Mira existen otros factores protectores que intervienen en la experiencia del estrés en los niños tales como los *factores familiares*; el tipo de pego, apoyos, recursos, estatus socioeconómico y cultural, *la escuela*; aquí los niños experimentan la experiencia de éxito escolar, motivación por aprender, apoyo de los profesores, y las *relaciones con sus pares*; las redes de apoyo con sus compañeros y la sana convivencia con sus amigos (Trianes (2003)).

González (2014) señala que la actuación temprana sobre el estrés infantil promueve el aprendizaje y la mejor adaptación de los niños a eventos estresantes, la prevención primaria según la autora debe consistir en fomentar un buen vínculo entre madre e hijo(a), buscar motivaciones para el proceso educativo, crear lazos afectivos saludables con los niños, enseñar cómo expresar de manera adecuada las emociones. También realiza algunas recomendaciones para los padres:

- Hogar seguro, comunicación abierta y acogedora
- Actitud optimista
- Colegio más adecuado
- Ser asertivos, pedir ayuda y saber negarse en las situaciones precisas
- Promover la comunicación y expresión de emociones
- Escuchar sin criticar a los niños
- Promover el descanso
- Construir sentimientos de autoestima
- Dar cuenta de los signos de estrés de su hijo o hija y buscar ayuda profesional cuando los signos no desaparezcan.

En suma, a lo largo del desarrollo los niños, niñas y adolescentes se van enfrentando a contextos y/o sucesos que demandan adaptación y un proceso de afrontamiento que les permita integrar esas experiencias y utilizarlas a futuro, sin embargo, en este proceso, también se enfrentan a factores que resultan para ellos amenazantes y el impacto psicológico a mediano o largo plazo puede ser diverso dependiendo de las características personales, biológicas y contextuales. Por lo que el papel de los adultos se vuelve importante ya que deben proporcionar factores de protección para que afronten de manera adecuada los sucesos estresantes.

Un niño que experimenta las consecuencias negativas del estrés es más probable que sea un adulto vulnerable en su salud mental y física. La prevención, en este sentido, puede promover niños con mayor capacidad de afrontamiento y mejor preparados para las demandas de su ambiente (Valencia, 2012).

Capítulo 2. Manifestaciones psicósomáticas

Debido a la inmadurez cognitiva y escasas habilidades verbales para expresar sus emociones, los niños tienen una especial vulnerabilidad para somatizar, en situaciones de conflictos o estresantes pueden expresar su sufrimiento con síntomas físicos, con somatizaciones, que también funcionan como un recurso para pedir ayuda y poder solucionar dichos conflictos (Sánchez Mascaraque & Guerrero Alzola, 2017).

Los síntomas psicósomáticos son muy frecuentes en la edad pediátrica, los estudios demuestran que entre el 2-10% de los niños y adolescentes presentan dolores y quejas físicas recurrentes. Los síntomas somáticos funcionales (dolor de cabeza, de estómago, de espalda, etc.) de forma aislada son más frecuentes, llegando en algunas muestras hasta el 50%, en niños en edad escolar y adolescente (Sánchez Mascaraque & Guerrero Alzola, 2017).

Respecto a lo anterior, Sánchez (2020) menciona que los síntomas somáticos en niños y adolescentes son mayores a lo informado, puesto que resulta difícil reconocerlos debido a su origen multifactorial, la edad del paciente, la influencia parental y las condiciones asociadas; además, a causa de la diversidad de manifestaciones, se requiere la atención de diferentes subespecialidades pediátricas y esto dificulta la estadística de su prevalencia.

Definición

Hipócrates utilizó el término histeria (gr. Útero), para describir síntomas físicos sin causa en mujeres. Desde entonces, las explicaciones a los síntomas físicos no explicables eran hipocráticas, sexuales, metafísicas o religiosas. Los primeros en ubicar la histeria como parte de una enfermedad neurológica fueron Sydenham y Whytt en 1768. Jean-Martin Charcot, describió la histeria mayor y sus niveles en casos de pseudocrisis. Sus alumnos, Freud y Breuer publicaron estudios sobre la histeria (Studies on hysteria) en 1905, en donde se dio inicio el término conversivo, que se refiere a "convertir" los síntomas psíquicos en físicos, como forma de liberación o comunicación (Ramos & Vásquez, 2012).

El término psicosomático viene del griego psyché (ψυχή), que significa “alma humana”, y soma (σῶμα), “cuerpo”, la cual se refiere al modo en que la mente afecta al cuerpo; por tanto, lo biológico y lo psicológico son inseparables (Sánchez, 2020).

A lo largo de la historia se han realizado diferentes definiciones de este término, a continuación, se tratará de concentrar algunas que han aportado para el conocimiento y estudio de la sintomatología psicosomática (Tabla 6).

Tabla 6

Definición de sintomatología psicosomática desde la perspectiva de varios autores

Autor	Definición
Stekel (1943)	Un trastorno corporal que surge como expresión de una neurosis profundamente arraigada.
Held (1968)	Como psicosomática se considerará la presencia de factores emocionales; en un papel etiológico, la mayor parte de las enfermedades serían psicosomáticas. Por ello, considera la psicosomática como un método de aproximación terapéutica y de investigación.
Winnicott (1979)	La enfermedad psicosomática implica una escisión de la personalidad del individuo, con una debilidad de la unión entre la psique y el soma, o una escisión organizada en la mente en defensa contra la persecución generalizada del mundo repudiado.
Ana Freud (1975)	Los síntomas psicosomáticos en la infancia derivan de una falta inicial de diferenciación entre los procesos somáticos y psicológicos. Habiendo que determinar qué vías de descarga física son de preferencia para el individuo, por cuanto esta elección da lugar a un aumento de la sensibilidad y vulnerabilidad en el sistema orgánico involucrado.
Ajuriaguerra (1976)	Las enfermedades psicosomáticas se caracterizan por una desorganización somática transitoria o permanente, cuya génesis o desarrollo implica un determinismo psicológico de naturaleza actual o regresiva que pone de manifiesto organizaciones psicobiológicas precoces.
Lipowinski (1988)	Tendencia a experimentar y comunicar malestar psicológico en forma de síntomas físicos.
De Gucht & Fischler (2002)	Los síntomas psicosomáticos son problemas sin causa orgánica aparente, pero tienen un profundo efecto sobre la salud y el funcionamiento de los individuos y su origen suele estar en conflictos psicológicos.
Kreisler (2006)	Aquellos desórdenes orgánicos, lesionales o funcionales cuyo origen y evolución reconocen una participación psicológica prevalente.
Sánchez Mascaraque & Barrio (2012)	La somatización se describe como la tendencia a experimentar y manifestar el malestar psicológico a través de quejas somáticas.

Autor	Definición
Chacón, et al. (2017)	Los síntomas psicósomáticos son formas clínicas de expresión de problemas emocionales que afectan negativamente en la calidad de vida y se hacen especialmente visibles en el estado de ánimo y el estrés.
APA (2014)	Trastornos de síntomas somáticos caracterizados por dolores recurrentes sin causa orgánica demostrable y es agrupada en Trastornos de síntomas somáticos; Trastorno de ansiedad por enfermedad; Trastorno de síntomas neurológicos funcionales o de conversión; Trastorno facticio y Otros trastornos por síntomas somáticos especificados y no especificados.

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla, el concepto de somatización ha recibido diferentes acepciones a lo largo de los años, ha sido definido de diferentes formas: 1) como expresión somática de un orden psicológico, implicando una relación causal entre somatización y distrés psicológico; 2) como una categoría diagnóstica llamada desorden o trastorno de somatización, y 3) como referencia de síndromes somáticos funcionales caracterizados por la presencia de grupos específicos de síntomas somáticos (González, 2011).

Ya sea utilizado en términos como histeria, neurosis, trastorno psicósomático, etc., se utiliza para describir síntomas que no son explicados por un diagnóstico médico, es decir, la presencia de síntomas físicos de una patología desconocida.

Para efectos del presente trabajo, se tomará la definición de Garralda (1992), quien la define como cuadros en los que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de patología física.

Valdés (2000) menciona que las somatizaciones aparecen cuando existen contextos conflictivos y la manifestación de los síntomas depende de un proceso de atención y percepción de las sensaciones internas, de atribuciones de significado y de contingencias y expectativas del individuo respecto a lo que le rodea. Señala que la variable psicológica que se ha asociado funcionalmente a los síntomas somáticos inexplicables es la alexitimia. Esta se entiende como la dificultad para hacer lecturas verbales de las sensaciones y estados

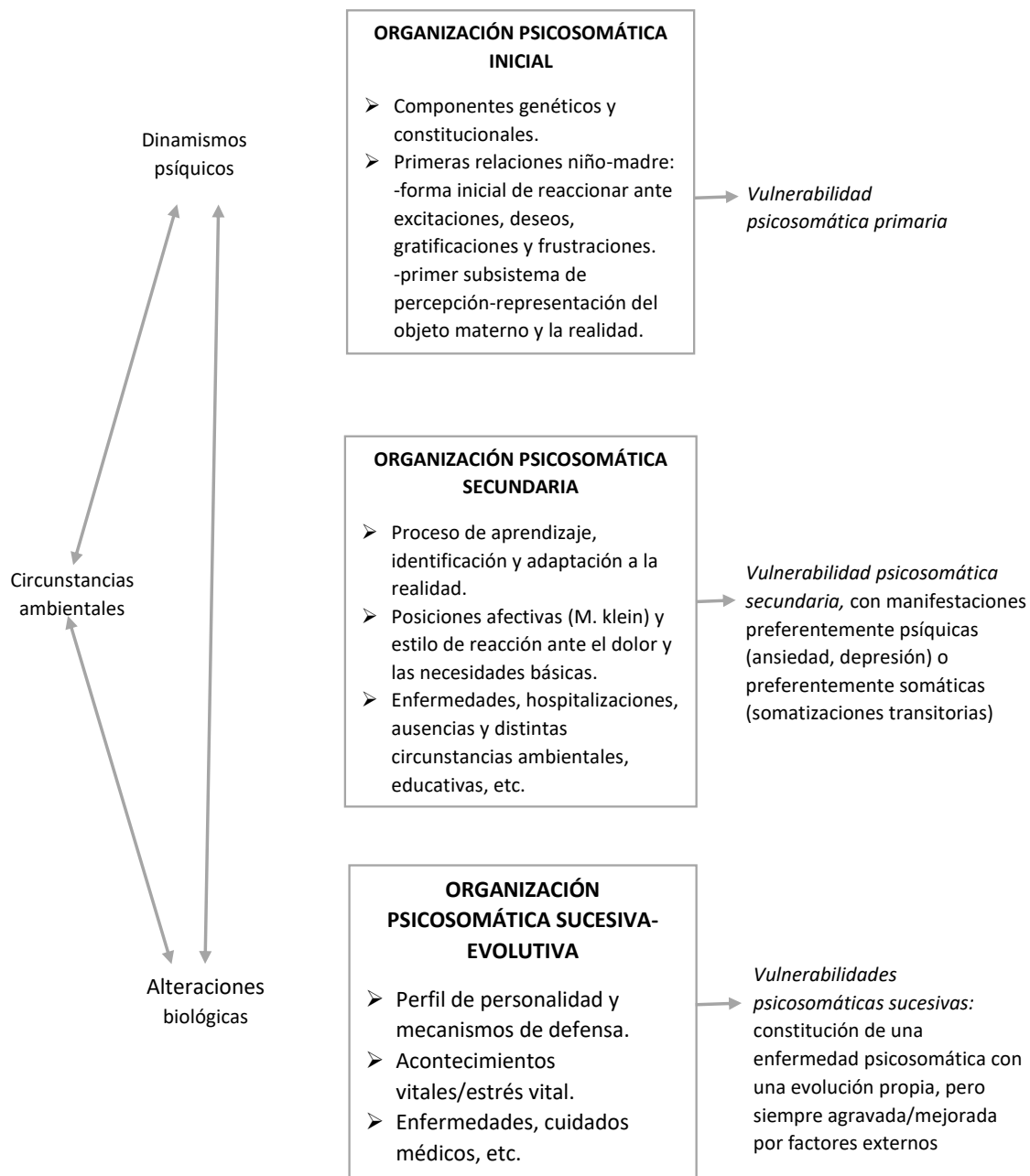
emocionales, implica pobreza de introspección, de actividad imaginativa y de comunicación no verbal y un estilo de conducta basado en el aislamiento social y la acción como estrategia de afrontamiento.

Para este autor la Alexitimia expresa una determinada manera de procesar la información interoceptiva, puede haber personas en los que la alexitimia dependa de características psicológicas estructurales (rasgo) y personas que, en determinados estados psicológicos, procesen la información interoceptiva alexitimicamente.

Por su lado Ruiz (2007) señala que las enfermedades somáticas no surgen y evolucionan con independencia de la vida y los conflictos de las personas no pueden cerrarse sólo a conflictos inconscientes y a alteraciones o expresiones corporales, señala que hay una serie de factores genético-constitucionales, así como enfermedades y alteraciones previas, características ambientales y familiares que junto con la personalidad del individuo determina que aparezca un trastorno psicosomático.

También realizó un esquema sobre la organización y desarrollo de los trastornos psicosomáticos, (figura 4) donde explica que se pasa de una vulnerabilidad inicial donde se encuentran las disposiciones genéticas, patrones de relación objetal y carencias objetivas, a una vulnerabilidad posterior con cambios en el sistema de relaciones, circunstancias de vida, edad, defensas orgánicas etc. Todo esto irá modificando la sensibilidad, fragilidad y capacidad homeostática generando una mayor vulnerabilidad psicosomática.

Figura 4
Organización y desarrollo de un trastorno psicósomático



Fuente Ruiz, C. (2007). pp. 54.

Este proceso que menciona Ruiz es pluriarticulado en sentido horizontal (sincrónico) y longitudinal (diacrónico) conformando una serie de estructuras sucesivas en las que se reconoce sus componentes biológicos, psicológicos y sociales. Señala que a medida que se va alcanzando la vida adulta se va logrando una organización psicósomática más estable,

configurándose las vulnerabilidades psicosomáticas secundarias, con: a) formas preferentes de vulnerabilidades y reacciones psicopatológicas (angustia, depresión, etc.) y b) formas preferentes de vulnerabilidades y reacciones somáticas (somatizaciones funcionales/transitorias).

Por otro lado, McDougall (1989) indica que las personas que somatizan tienden a revelar la ausencia total o parcial de vínculos verbales, ausencia de afecto y falta de capacidad imaginativa. Refiere la importancia de las primeras interacciones madre - bebé. Señala que no todas las madres saben escuchar e interpretar al lactante. Algunas son víctimas de desamparo o angustia no siendo capaces de observar e interpretar las sonrisas, los gestos y las quejas de su bebé por lo que estas somatizaciones son intentos de autocura del niño en sus luchas con los conflictos y dolores psíquicos.

Para Liberman (1982, En Ulnik, s.f) el niño utiliza el cuerpo como medio de manifestación de los conflictos expresando las emociones a través de códigos somáticos. Sostiene que la mamá del niño psicosomático aparece en un primer momento como alguien pendiente del desarrollo de su hijo, pero es incapaz de mantener una relación empática, no puede contener las identificaciones proyectivas de su hijo, priva a su hijo tanto del contacto emocional con ella misma como con el padre. Clasifica dos tipos de vínculo materno: madre que rebota y madre metebombas. En la madre que rebota hace mención a un tipo de desconexión afectiva que impide a la madre recibir y procesar el mensaje del hijo, dejando sin contención a las emociones del hijo, mientras que la madre metebombas sobrecarga a su hijo con sus propias proyecciones violentas.

En este mismo sentido, Ramos (2020) cita a Lacan para explicar cómo el síntoma infantil no sólo representa lo que sus padres viven sino a los síntomas que tiene esa estructura familiar a la cual pertenece, el síntoma representa la verdad de la pareja parental, existiendo así una relación entre el psiquismo de los padres y el síntoma somático del niño. La autora señala que el niño expresa las condiciones particulares de la pareja, e incluso se podría decir que viene a hablar de aquello que no se dice, de aquello no simbolizado, que

no es hablado al interior de la pareja, pero que se realiza en el hijo, y que lo fija en el discurso de sus padres.

Dermatitis como síntoma psicossomático

Las emociones contribuyen en la aparición de algunas enfermedades dermatológicas. La piel es el sitio en donde se expresan algunas lesiones bajo el estímulo de algunos procesos psicológicos, también es un órgano sujeto a cambios del sistema neurovegetativo y un lugar anatómico de descargas fisiológicas de ansiedad o diferentes expresiones de la mente, es por eso que la piel es un órgano capaz de responder a las emociones de diferente manera, así puede obrar como fuente receptora de estímulos o, también, puede ser la fuente estimuladora (Medina-Murillo & Rodríguez-Wong, 2008).

Aunque esta relación entre la salud mental y los trastornos físicos ya es conocida y estudiada, se observa que al referir temas de patología dermato psiquiátrica, al menos en la última actualización del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), no se utiliza los términos psicossomático, psicocutáneo o “psico dermatológico”, sino que los denomina como “Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas” incluido dentro del grupo de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Sin embargo, desde la perspectiva de la dermatología, si existe una disciplina denominada psicodermatología o medicina psicocutánea que se ocupa del estudio de los pacientes que consultan al dermatólogo y cuyo proceso cutáneo tiene asociado un componente psicológico. La relación entre la mente y la piel es muy estrecha, tanto que los pacientes con enfermedades dermatológicas tienen un 20% más de alteraciones psíquicas y psiquiátricas, en relación con el resto de la población (Rumbo & Castellano, 2017).

La Psicodermatología se ocupa del estudio de los pacientes que consultan al dermatólogo y cuyo proceso cutáneo tiene asociado un componente psicológico o psiquiátrico. Es una disciplina de transición entre las dos especialidades, que se ocupa de estudiar la influencia del estrés psicossocial en las reagudizaciones o cronificación de diversas enfermedades dermatológicas, así como de analizar también la comorbilidad psiquiátrica existente en numerosas dermatosis (Bonias, 2009).

Entonces, es importante considerar tanto lo corporal como los factores psicológicos en las afecciones de la piel. Se considera que los factores psicosomáticos están implicados en un 30% de la génesis de enfermedades dermatológicas (Ocampo, 2010). Es así que el modelo psicobiológico de la dermatitis atópica involucra factores psicosociales que afectan la progresión y la gravedad de la enfermedad de manera multifactorial, mientras que la dermatitis atópica angustia mucho a la persona afectada (Barilla, 2017).

En el siguiente apartado se explica a fondo sobre la dermatitis atópica y sus implicaciones psicológicas.

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica (DA) es una afección crónica recurrente que se caracteriza por picazón y enrojecimiento de la piel. Los síntomas de la DA incluyen parches de piel que son de color rojo o marrón, agrietados o escamosos, secos y con picazón, especialmente durante la noche. La DA ha tenido muchos otros nombres, incluidosq eccema atópico, dermatitis alérgica intrínseca, neurodermitis constitucional, eccema endógeno, eccema flexurarum, asma-eccema y fiebre del heno (Fortson et al.,2017).

Ricardo et al. (2019) mencionan que la edad de comienzo más frecuente de la DA es a lo largo de los 2 primeros años de vida. Las lesiones cutáneas asientan sobre una base de piel seca y su localización varía a lo largo de la edad, aunque en todos los casos evoluciona con curso crónico. En el 60% de los casos los síntomas se manifiestan en el primer año de vida, un 85% antes de los 5 años y en más del 40% de los casos desaparecen antes de llegar a la edad adulta.

Estos autores también señalan que las lesiones pueden presentarse en tres etapas; Agudas: lesiones intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa, vesiculación, exudado seroso, excoriaciones por rascado y, ocasionalmente, sangrado de las lesiones; Subagudas: pápulas eritematosas descamativas y excoriaciones y Crónicas: Se caracterizan por la liquenificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues, pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la piel. También explicaron que estas lesiones varían según la edad del paciente:

- Fase de lactante: (desde los 2 meses hasta 2 años) lesiones ecematosas con gran componente exudativo que forma costras, localizado en las mejillas, desde donde puede extenderse a la frente, pliegues auriculares, cuero cabelludo, pero respetando el triángulo nasolabial.
- Fase infantil: (desde los 2 a los 12 años). Las lesiones se hacen más papulosas y menos exudativas con tendencia a la liquenificación, activada por el rascado y tienden a localizarse en los pliegues, sobre todo antecubital y poplíteo. Puede afectar a la región facial, palpebral, peribucal, los pliegues auriculares, las muñecas, las manos, los tobillos y los pies.
- Fase de adolescente-adulto: (mayores de 12 años) predomina la papulación y liquenificación. Son frecuentes las alteraciones de la pigmentación de la piel en las zonas de la DA, en ocasiones hipopigmentación y en otras ocasiones aumento de la pigmentación. La localización es similar a la de la etapa infantil con afectación preferente de los pliegues de flexión y región facial.

Epidemiología

La dermatitis atópica es una enfermedad de curso crónico, que afecta principalmente niños con antecedentes de atopia familiar, hasta un 70% de los pacientes tienen familiares atópicos, con un riesgo 2-3 veces mayor si tienen un padre atópico y 3-5 veces mayor si ambos padres lo son (Prieto-Torres & Torrelo, 2016).

Gür Çetinkaya y Şahiner (2019) señalaron que en el International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) la prevalencia de la dermatitis atópica varía considerablemente en las diferentes regiones del mundo, la frecuencia de la DA en la niñez oscila entre el 0,2 % y el 24,6 %, también resaltaron que se presenta en una proporción más alta y relativamente estable en los países desarrollados y las áreas urbanas, mientras que la prevalencia aumenta constantemente en los países en desarrollo.

Afecta especialmente a los niños menores de 5 años, su prevalencia es de 20 % y ha mostrado incremento durante los últimos 30 años. Hasta 60 % de los casos de DA se presenta durante el primer año de vida; en 70 % de los pacientes remite antes de los 16

años y en el resto persiste en la edad adulta, sin embargo, ningún factor por sí solo es suficiente para predecir la duración de la enfermedad (Sánchez, et al., 2014; Sánchez, et al., 2020).

Los pacientes que inician los síntomas después de los 18 años presentan una prevalencia de 9 a 24 % y un pico de incidencia entre los 20 y 40 años de edad (Herrera-Sánchez, et al., 2019).

Etiopatogenia

Tiende a ser multifactorial, Querol (2009) hace referencia a algunos factores encontrados en la DA; Genéticos: Entre un 70-80% de los pacientes tienen una historia familiar positiva de atopia siendo el componente materno es el más importante. Se ha encontrado una asociación entre la DA y una actividad aumentada del gen que promueve la síntesis de IL-4 y de IL-13, lo que sugiere un aumento de la respuesta alérgica en pacientes con DA, sin embargo, también especifica que, a pesar de tener una elevada incidencia familiar, la concordancia no es total; en gemelos univitelinos la tasa de concordancia llega al 77, y al 15% en los dicigóticos.

Factores inmunológicos: Las personas que manifiestan DA presentan una respuesta inmunitaria humoral y celular alterada que facilita la reacción hacia antígenos ambientales. El comienzo de la DA está asociado con la producción de citoquinas Th2 (IL4 e IL-13) implicadas en la fase aguda de la inflamación tisular, mientras que la IL5, involucrada en el desarrollo y supervivencia de los eosinófilos (células que participan en la respuesta inmune ante infecciones). La expresión aumentada de quimocinas como eotaxina (proteína capaz de atraer eosinófilos) y RANTES (quimocina que atrae a eosinófilos, monocitos y linfocitos) contribuyen a la infiltración de macrófagos, eosinófilos y células T en las lesiones agudas y crónicas de DA.

También hace un importante hincapié en aquellos factores exógenos o desencadenantes como el estrés, ya que induce cambios inmunológicos; alérgenos: tanto alimentarios (huevo, leche, trigo, soja, cacahuete), como aeroalérgenos (ácaros del polvo, malezas, epitelios de animales, hongos); Irritantes como los limpiadores cutáneos, ropa de

lana o fibras sintéticas, agua caliente, jabones, detergentes; El clima con temperaturas extremas, humedad o sequedad excesiva.

Implicaciones psicológicas

Existe una relación recíproca entre la DA y el malestar emocional que pueden presentar los niños, inclusive esta angustia emocional puede generar o exacerbar la presencia de la DA generándose un círculo vicioso. Por esto es importante tener en cuenta los componentes emocionales como parte integral de la intervención (Xie et al., 2019a).

Lewis-Jones (2012) enlista algunos problemas psicosociales de los niños y sus familias tales como la alteración del sueño ya que la naturaleza inflamatoria causa prurito intenso y, a menudo, rascado intratable que afecta el sueño entre el 66% y el 80% de los niños; Rendimiento y escolarización: el cansancio resultante de la falta de sueño provoca irritabilidad y cambios de humor que pueden afectar la concentración, el rendimiento escolar y las actividades deportivas; Vergüenza: la naturaleza visual de las lesiones causa pérdida de confianza. Las burlas y la intimidación son comunes y puede resultar en ansiedad, cambios de humor, tristeza, ira y depresión.

Por otro lado, Barilla (2017) menciona que los niños que tienen DA experimentan problemas psicológicos tales como problemas de comportamiento, ansiedad, depresión y estrés psicológico; estos factores estresantes afectan psicosocialmente a los pacientes al alterar los patrones de sueño, disminuir la autoestima e interferir con las relaciones interpersonales exacerbando el estrés y creando un círculo vicioso para muchos de los pacientes afectados por esta enfermedad.

A este respecto Xie et al. (2019b) señalan que los niños pocas veces son escuchados por los profesionales de la salud ya que la información es solicitada a los padres o cuidadores, en este sentido, realizaron un estudio con el objetivo de escuchar a 55 niños que viven con DA y así conocer de cerca sus experiencias. Encontraron que las emociones predominantes eran la ira, enojo, tristeza, infelicidad, preocupación, miedo, vergüenza y confusión; también indicaron que el estrés psicológico causaba la exacerbación de su afección cutánea.

También encontraron que los niños experimentaron intimidación y aislamiento en la escuela, discriminación y estigmatización en su vecindario, lo que hizo que vivir con DA fuera una experiencia traumática. Por lo que reiteran un abordaje integrado, con todas las áreas implicadas en la DA.

Cheng et al. (2015) realizaron un estudio longitudinal con adolescentes de entre 12 y 17 años; fueron evaluados y monitoreados durante 10 años junto con un grupo control con participantes de las mismas edades. Estos autores concluyeron que los participantes con DA tenían una mayor incidencia en desarrollar algún trastorno depresivo y de ansiedad en la edad adulta, en comparación con el grupo control.

En un meta-análisis realizado por Xie et al. (2019c) comprendido por 35 estudios, señalaron que los niños y adolescentes con DA pueden tener mayor riesgo de presentar problemas emocionales tales como trastornos del sueño, ansiedad, depresión y trastorno de conducta. Concluyeron que el manejo exitoso de pacientes con DA debe ser desde un enfoque multidimensional integrativo que incluya tanto los aportes psicológicos, sociales y médicos; agregaron que abordar la angustia emocional de los niños puede ser una clave importante para romper el círculo vicioso de la DA y los trastornos emocionales.

Para Chernyshov (2016) los factores como la estigmatización y la autopercepción de los niños debido a la cronicidad y las lesiones a menudo visibles, han sido poco estudiados, sin embargo, refiere ser clave en su atención puesto que esto tiende a generar agotamiento y angustia emocional en los niños, y en los padres síntomas depresivos.

Destaca tres períodos principales en la formación de la autopercepción y la estigmatización. El primer período es desde la primera infancia hasta los 3 años de edad. Los problemas del niño en este período dependen del agotamiento de los padres, la angustia emocional y la seguridad del vínculo madre-hijo. La DA del niño puede formar una especie de círculo vicioso en el que provoca angustia y agotamiento en los padres que, a su vez, conducen a la exacerbación de la DA y los problemas psicológicos en los niños.

El segundo período es de 3 a 10 años de edad. Durante este período, el desarrollo de los niños con DA puede verse influenciado por las burlas, la intimidación y la evitación de

sus compañeros. Sin embargo, la mayoría de los niños de este grupo de edad son muy optimistas.

El tercer período es desde los 10 años hasta la edad adulta. Los problemas relacionados con la baja autoestima son característicos durante este período. Es importante identificar a los niños y a sus padres que necesiten ayuda psicológica y brindarles atención y consulta según sus necesidades.

Al igual que Xie et al. (2019) y Barilla (2017) hace hincapié en que el tratamiento integral es el adecuado, además señala que también es importante proporcionar un programa educativo para los padres respecto a la sintomatología y problemas socioemocionales, proporcionando así mejor entendimiento de la DA generando una red de apoyo tanto para los padres como para los niños.

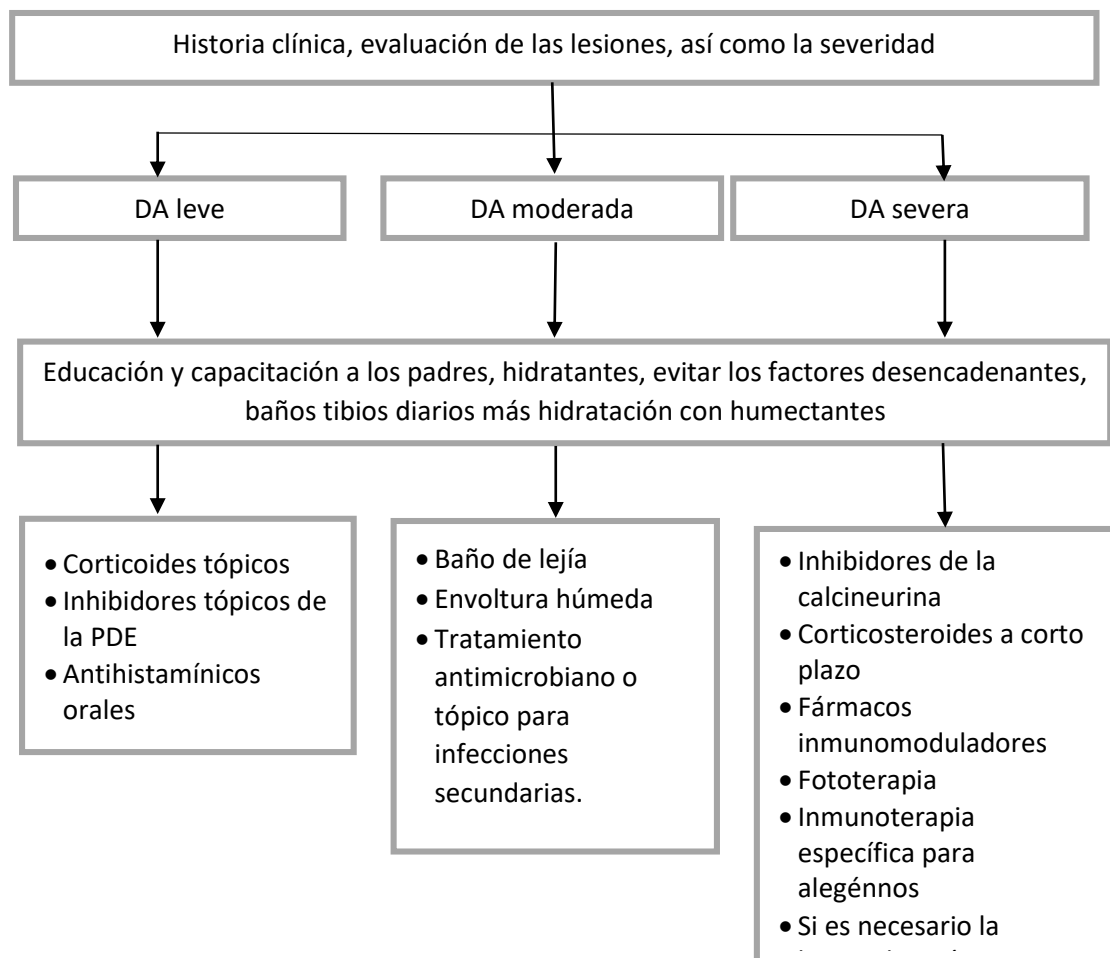
Tratamiento

Gür Çetinkaya y Şahiner (2019) mencionan que el tratamiento de la DA tiene como objetivo suprimir la inflamación, eliminar los desencadenantes identificados, reducir el prurito y combatir el desarrollo de xerosis. Los humectantes son la primera línea de tratamiento en la DA leve y constituyen un paso importante y principal en las formas moderadas y graves.

También realizaron un algoritmo para actuar adecuadamente de acuerdo con el nivel de severidad de la dermatitis atópica (figura 5), como pilar de este algoritmo refieren a los humectantes tópicos, ya que previenen la deshidratación, suavizan la piel y aumentan la retención de agua minimizando la necesidad de fármacos. Además de las cremas hidratantes, el baño diario con agua tibia, refieren, es extremadamente importante.

Figura 5

Algoritmo de tratamiento de la dermatitis atópica en niños.



Fuente: Gür Çetinkaya y Şahiner (2019)

Los autores agregaron que además de este algoritmo de atención es necesario brindar apoyo psicológico tanto a los pacientes como a los padres.

Por otra parte, Ricardo et al. (2019) indican que para el tratamiento deben participar un equipo multidisciplinario constituido por un dermatólogo, alergólogo, pediatra, inmunólogo y psicólogo; además, señalan que la conducta ante cada paciente debe ser individualizada y se debe lograr identificar los factores desencadenantes y exacerbantes para evitarlos cuando sea posible.

Los factores desencadenantes pueden ser muy variados, ejemplo: el clima, la polución, la ropa, la presencia de ácaros del polvo en las casas, cosméticos, ciertas

comidas, cambios de dieta, estresantes psicológicos (sudor, infecciones), el estrés emocional y cambios bruscos de temperatura, etc.

Al igual que Gür Çetinkaya y Şahiner, coinciden que con una buena hidratación de la piel, cuidando la función barrera que está dañada de base, se disminuirían los brotes de la enfermedad, y disminuirían las complicaciones infecciosas, ahorrándose los tratamientos con corticoides tópicos.

Tratamiento farmacológico

Pérez-Cotapos et al. (2011) enlistan los diferentes fármacos que pueden ser administrados en la dermatitis atópica, pero hacen hincapié en que el tratamiento debe ser personalizado para cada paciente, tomando en cuenta, la edad, la extensión y localización en el momento de presentación y el curso general de la enfermedad incluyendo persistencia, frecuencia de los brotes, etc.

- **Corticoides tópicos:** Los corticoides de baja potencia (ej. hidrocortisona 1%) se indican en DA leve. Se pueden utilizar en cualquier zona de la superficie corporal, incluido pliegues, cara, comisuras bucales y a cualquier edad. En las formas severas pueden utilizarse corticoides de alta potencia por periodos cortos (7-10 días), para luego continuar con corticoides de mediana potencia. En general se recomienda evitar su uso en pliegues y cara.
- **Inhibidores de la Calcineurina:** Pimecrólimus está indicado en la dermatitis atópica leve-moderada y Tacrolimus para dermatitis atópica moderada-grave.
- **Antibióticos atópicos:** Los antibióticos tópicos recomendados, por su actividad antiestafilocócica, son el ácido fusídico, la mupirocina y la re-tapamulina.
- **Corticoides:** Son fármacos para usarlos en casos excepcionales de brotes intensos y agudos de dermatitis atópica que no hayan respondido al tratamiento tópico correctamente administrado. El uso sistémico de ellos en la forma infantil no es recomendado.

- Inmunomoduladores: La utilización de estos fármacos por vía sistémica es excepcional en la DA y sólo deben utilizarse por los especialistas, dado que tienen efectos secundarios importantes que requieren controles hematológicos, de función renal, crecimiento, entre otras.

Tratamiento psicológico

Fung, et al. (2018) implementaron el protocolo de Intervenciones Psicosociales basado en un modelo integrativo cuerpo-mente-espíritu IBMS (por sus siglas en inglés) para niños con eczema y sus padres con el objetivo de enfatizar la interconexión de la sensación corporal, la expresión de la emoción y la transformación de la experiencia basada en el equilibrio dinámico y el marco orientado al significado. Además de ayudar a los padres a identificar la percepción y el nuevo significado de su experiencia de cuidado y descubrir su propia fortaleza para manejar los desafíos.

Este es un elemento esencial en el protocolo porque el apoyo mutuo dentro de la díada padre-hijo significa que el eczema ya no es una enfermedad individual (niño), sino un desafío que toda la familia (padre e hijo) y debe manejarse en conjunto.

En la tabla 7 se describen los objetivos y prácticas de IBMS que se utilizaron en las sesiones para padres e hijos. Las actividades conjuntas incluidas en cada sesión tuvieron como objetivo estrechar la relación entre la díada padre-hijo y proporcionar más oportunidades para que se aprecien y se muestren apoyo mutuo.

Tabla 7

Estructura de la intervención del IBMS

	Meta principal	Temas	Actividades
Sesiones con los padres			
Cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensación de energía ✓ Estilo de vida saludable 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reciprocidad en el proceso de cuidado ✓ Reconstrucción de significado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de trayectoria de vida y fuerza identificación ✓ Ejercicio de atención selectiva y bienestar ✓ Diario de gratificaciones y agradecimientos

	Meta principal	Temas	Actividades
Mente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicina tradicional china 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flexibilidad de afrontamiento ✓ grupo de apoyo mutuo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sorteo de la suerte y soltar ✓ Compartir sobre el aprendizaje del niño y viaje de cuidado ✓ Ejercicio cuerpo-mente (técnica de un segundo) ✓ Puntos de acupresión y masaje ✓ Respiración abdominal ✓ Compartir sobre los desafíos del cuidado y ✓ dificultades de crianza ✓ Consejos útiles (HACER y NO HACER) ✓ Actividades de apoyo mutuo
Espíritu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de emociones y cognición ✓ Relaciones humanas ✓ Dolor y sufrimiento 		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Significado y objetivo de la vida ✓ Aprecio y sensación de paz. ✓ Construcción de resiliencia 		
Sesiones con los niños			
Cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensación de energía ✓ Estilo de vida saludable ✓ Medicina tradicional china 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de emoción ✓ Autoestima ✓ Resiliencia psicológica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicio cuerpo-mente (técnica de un segundo) ✓ Puntos de acupresión y masaje ✓ Respiración abdominal
Mente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de emociones y cognición ✓ Relaciones humanas ✓ Dolor y sufrimiento 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dibujar y contar historias ✓ juego de soñar despierto ✓ Estados emocionales y diario de emociones ✓ Diálogo con el eccema ✓ Señal de silencio y campana de atención plena ✓ Vaso consciente y caminata consciente ✓ Insignias de poder y capa de energía. ✓ detector de intimidación ✓ Consejos útiles para otros niños. ✓ Diálogo con los padres ✓ Mostrar aprecio a los padres. ✓ Banco de energía y caja de regalo.
Espíritu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Significado y objetivo de la vida ✓ Aprecio y sensación de paz. ✓ Construcción de resiliencia 		

Los autores concluyeron que el eczema infantil no debe considerarse como una enfermedad individual, sino como una condición familiar que debe ser manejada tanto por el niño como por el cuidador, y que la interacción y la relación entre padres e hijos son factores clave de éxito en la enfermedad y la trayectoria del cuidado.

Años más tarde Xie et al. (2020) examinaron los efectos de una intervención grupal personalizada Integrativa Cuerpo-Mente-Espíritu (IBMS), en los resultados físicos, psicológicos y sociales para niños de entre 6 y 12 años con dermatitis atópica. Sus resultados indicaron que los niños del grupo IBMS mostraron una disminución significativa en la gravedad de la DA, la ansiedad generalizada y la fobia social, y una mejora en la regulación de las emociones en comparación con el grupo control.

Los autores mencionaron que la intervención de grupos paralelos de IBMS basada en una perspectiva holística, filosofías orientales sobre la salud y el bienestar, fue efectiva para mejorar los síntomas de la piel y el bienestar psicosocial de niños que viven con DA. Además, resaltaron que Los juegos y las artes expresivas utilizados en la intervención de IBMS se diseñaron de acuerdo con las etapas de desarrollo de los niños. Estas actividades no solo ofrecieron placer y gratificación inmediatos a los niños, sino que también fueron útiles para transmitir mensajes psicoeducativos abstractos sobre la conexión cuerpo-mente y la regulación emocional, lo que les permitió expresarse de manera no verbal.

Otros autores se han enfocado en la intervención con base en programas educativos estructurados, Staab et al. (2006) analizaron los efectos de un programa educativo en niños y adolescentes mediante sesiones grupales semanales, en la Tabla 8 se muestra la estructura del contenido de dicho programa.

Tabla 8*Programa educativo dirigido a padres e hijos*

Sesión	Entrenador	Grupo de edad			Temas
		3 meses a 7 años	8-12 años	13-18 años	
1	Pediatra o dermatólogo y psicólogo	Padres	Padres e hijos	Adolescentes (Padres opcional)	Ronda de introducción, información médica básica sobre la dermatitis atópica, introducción a la técnica de relajación
2	Psicólogo	Padres	Padres e hijos	Adolescentes (Padres opcional)	Manejo del estrés, lidiando con la picazón y el rascado y los trastornos del sueño
3	Enfermero	Padres	Padres e hijos	Adolescentes	Reconocimiento y evitación de factores desencadenantes, cuidado diario de la piel.
4	Pediatra o dermatólogo	Padres	Padres e hijos	Adolescentes	Tratamiento de síntomas relacionado con la etapa, terapias no convencionales
5	Nutrición	Padres	Padres e hijos	Adolescentes	Nutrición infantil general, alergias alimentarias en dermatitis atópica, diferentes formas de dietas
6	Pediatra o dermatólogo y psicólogo	Padres	Padres e hijos	Adolescente	Problemas de afrontamiento; plan de autogestión, problemas en la transferencia a la rutina diaria

Fuente: Staab et al., 2006

A los padres se les proporcionó un manual donde se especificaba el contenido de cada sesión, también recibieron folletos que resumían el horario y los puntos más importantes de las sesiones. Las sesiones también alentaron a los participantes a compartir experiencias personales y probar las habilidades recién aprendidas.

Los autores observaron mejoras significativas en la gravedad del eczema y la gravedad subjetiva en todos los grupos de intervención en comparación con los grupos de control, además destacaron que el efecto de la educación sobre las mejoras a largo plazo de la enfermedad fue notable y se compara favorablemente con la mejora en el manejo de la enfermedad que se logra con la intervención farmacológica.

En esta misma línea Zhao et al. (2020) realizaron un meta-análisis con el objetivo de analizar la evidencia acerca de la efectividad de los programas educativos para padres de pacientes pediátricos con dermatitis atópica. Analizaron 13 estudios encontrando que la

educación de los padres sobre la dermatitis atópica de los pacientes pediátricos se asocia con una reducción significativa de la gravedad de la enfermedad y, por lo tanto, debe implementarse en la práctica clínica diaria.

No obstante, también mencionaron que para que se logren beneficios a largo plazo, se recomienda evaluar la curva de aprendizaje de los padres y determinar si la educación debe brindarse en iteraciones de sesiones pequeñas en lugar de sesiones integrales en serie.

En las intervenciones arriba mencionadas, coinciden en involucrar a los padres de cierta manera, ya sea por medio de un programa educacional o bien mediante la integración de actividades que contribuyan a la mente, cuerpo y espíritu.

El hecho de que los padres conozcan la enfermedad y sean sostén para sus hijos marca la diferencia en la gravedad de la enfermedad. Esto coincide con lo mencionado por Guir (1984), el niño intenta a través de su manifestación física reemplazar la falta de comunicación con la madre. Existe una falla a nivel de comunicación que no ha permitido que el adulto sostenga apropiadamente las necesidades afectivas de su hijo, o no posee el entendimiento necesario para darle sentido a ese grito, a esos pataleos, a ese remolino de pulsiones (López, 2000).

A propósito de esto, Mc. Dougall (1989) sostiene que los pacientes con somatizaciones tienden a revelar la ausencia total o parcial de vínculos verbales, ausencia de afecto y falta de capacidad imaginativa. Refiere la importancia de las primeras interacciones madre-bebé. Sostiene que no todas las madres saben escuchar las comunicaciones del lactante.

En este mismo sentido Sami Ali (citado en Camps, 2013) desde la teoría relacional, mencionó que la psicopatología del niño se apoya en la relación a partir de la interiorización de la imagen materna seguida de una proyección en el espacio de esa relación y que la patología del niño es inseparable de la relación, y la relación desemboca en una situación de impasse (situación insoluble) por lo que es necesario tenerlo en cuenta y no aislar el

funcionamiento de la situación de conflicto y relacional en la que un niño se encuentra inmerso.

Para este autor es importante que el niño libere su imaginario y una manera es mediante el juego, el dibujo imaginativo y los sueños ya que son modos relacionales, están relacionados con las emociones y el afecto. El papel del terapeuta pasa a ser mediador para poder restituir el vínculo entre lo psíquico y psicossomático.

En el siguiente capítulo se abordará la importancia del juego y la terapia de juego para la intervención con niños.

Capítulo 3. Psicoterapia de Juego

El juego se considera una herramienta importante para permitir la adaptación y el procesamiento de la realidad, es una forma natural de expresión, un escenario donde se ponen en marcha procesos cognitivos y afectivos. El juego está relacionado con el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas, así como con la regulación emocional, conductual y la capacidad de afrontamiento (Capurso & Pazzagli, 2016).

Schaefer (2012) describe a la terapia de juego como el uso de un modelo para establecer un proceso interpersonal en el cual, los terapeutas utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los niños a prevenir, resolver dificultades y poder alcanzar un desarrollo óptimo, señala que el juego tiene muchos beneficios en la vida ya que es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta la interacción y la comunicación social positiva.

Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y pueden practicar nuevas habilidades de una forma que tiene sentido para ellos, sin los límites estructurados del “mundo real” o de los adultos sin la necesidad de usar un lenguaje verbal; el juego es el lenguaje del niño y los juguetes son las palabras (Blundon & Schaefer, 2012).

Las raíces teóricas de la mayoría de los modelos actuales de terapia de juego pueden encontrarse en el trabajo de Freud, Adler, Jung y Rank. Además de estudiar las experiencias de la infancia como factor etiológico de las perturbaciones adultas, estos teóricos centraron su atención en el análisis de niños y en temas del desarrollo infantil (Johnson, 2016).

En el siguiente apartado se expondrán algunos precursores de la terapia de juego quienes aportaron significativamente en el trabajo con los niños.

Precusores de la terapia de Juego

El primer caso en el que se habla de la terapia de juego y del proceso psicológico para trabajar con un niño es un informe de Sigmund Freud en 1909, el caso del pequeño Hans, un niño de cinco años con fobia. Freud ofreció consejos al padre sobre cómo responder al problema y realizando notas en las observaciones que el padre del niño realizaba acerca de su juego (Landreth, 2018).

Reyes (2004) menciona que Hermine Hug-Hellmuth representa una referencia fundamental en la historia del psicoanálisis, después del caso reportado por Freud, fue quien primero planteó la práctica analítica con los niños. hizo observaciones directas de niños, incluyendo su juego, y presentó su primer artículo a la Sociedad Psicoanalítica en 1913. En un artículo posterior, "On the Technique of Child Analysis", publicado en 1921, Hug-Hellmuth describió cómo el juego se podía emplear para comprender mejor los síntomas del niño y establecer una relación, se dio cuenta del carácter simbólico del juego, lo que permite al niño comunicarse sin palabras.

Aunque se suele citar como el primer registro de la terapia de juego, en realidad sólo describe sus observaciones de niños y sus conclusiones teóricas acerca de su juego.

Johnson (2016) menciona a los principales precusores de la terapia de juego y sus principales aportaciones; destaca el trabajo de Melanie Klein ya que ella pensaba que los niños pequeños tenían la capacidad de introspección. En lo que ella llamaba juego psicoanalítico o análisis del juego, interpretaba el juego y el significado simbólico de los juguetes. Empezaba a hacer interpretaciones desde la primera sesión y observaba que los niños respondían con expresiones de alivio, las cuales indicaban una reducción de la ansiedad de ese momento.

Pensaba que el juego proporciona un desahogo en la medida en que en él se expresen deseos y sentimientos inaceptables. Permitía que los niños le asignaran el papel de niño y la castigaran mientras ellos asumían el papel de figura de autoridad. Para mantener su integridad, ella ponía límites a la agresión, pero aceptaba los impulsos agresivos e interpretaba la motivación subyacente en la transferencia negativa.

También el autor hace referencia al trabajo de Ana Freud quien mencionaba que al igual que con adultos, la meta con niños es liberar material inconsciente y ayudarlos a hacer conscientes sus luchas internas. Utilizaba el juego para establecer el rapport con los niños, después motiva al niño a participar en etapas más verbales, comenzaba el análisis de los sueños y los sueños diurnos, para después llevarlos a la libre asociación impulsándolos a crear imágenes en su fantasía y describirlas.

Por otro lado, señala la labor de Margaret Lowenfeld quien pensaba que los niños encontrarían la manera de dar sentido a su mundo y experiencias personales proporcionándoles los juguetes y materiales adecuados. Su papel era observar y seguir el juego del niño, incluyendo la creación de mundos, sin entrometerse, dar instrucciones ni hacer interpretaciones.

Para Livier (2019) tanto Donald Winnicott y Françoise Dolto aportaron al trabajo con los niños y a la terapia de juego. Por su lado Winnicott resaltaba el papel que juega la función materna, mencionaba que era fundamental la relación madre-hijo en el desarrollo del niño. Para Winnicott el juego constituye una herramienta fundamental para el tratamiento infantil puesto que el niño puede expresar simbólicamente su mundo interno proyectando y desplazando en los juguetes su mundo psíquico, es un ejercicio de creación de los objetos.

Sostenía que el óptimo desarrollo del individuo depende en gran medida de un ambiente nutricional y establece el concepto de la “madre suficientemente buena”; este término tiene que ver con tres funciones principales de la madre:

1) Sostén (holding): sostén emocional que le permite sentirse seguro. La madre le da un significado a las angustias del niño.

2) Manipulación o manejo (handling): manipulación corporal que le permite al niño adquirir una percepción de él, que le ayudará a diferenciar lo real de lo que no lo es. Facilita que el niño adquiera coordinación y perciba su esquema corporal y pueda experimentar su verdadero self.

3) Presentación objetal (object-presenting): capacidad de habilitar al bebé para relacionarse con los objetos del mundo externo.

Si no existen estas tres características, refiere que el niño construirá una falsa representación de sí mismo. Winnicott contempló al juego como un indicador de salud del niño e hizo una distinción entre “game” (se refiere al juego estructurado y con reglas), y el “play” (entendido como el juego libre y espontáneo).

Dolto tomaba como recursos el diálogo analítico con los niños y los procesos de identificación; los niños se identifican con algún personaje del juego o del dibujo realizado. Una de sus grandes aportaciones fue el trabajo que realizó con *la muñeca flor*, quien en lugar de cabeza tiene una flor. Sostenía que la muñeca proyectaba ansiedades y vivencias primarias. Ella mencionaba la relevancia de que los niños pagaran sus sesiones terapéuticas, un pago simbólico, con objetos que para el niño fueran valiosos.

En 1938 el trabajo de David Levy desarrollo un enfoque estructurado de terapia de juego para niños que habían experimentado ansiedad y sucesos traumáticos. Basaba su trabajo en que el juego con un enfoque abreactivo; afirmaba que, si a un niño se le brindaba seguridad, el apoyo y los materiales adecuados podía repetir el hecho traumático una y otra vez hasta ser capaz de asimilar los pensamientos y sentimientos negativos. El papel del terapeuta en el juego consta de cambiar de escenas, en recrear a través de los juguetes seleccionados las escenas que le generan ansiedad a los niños; en otras ocasiones el terapeuta permite que los niños elijan los juguetes y tengan el control del juego adoptando un rol activo. El terapeuta se encarga de observar y recabar los sentimientos verbales y no verbales del juego (Landreth, 2018).

Virginia Axline (citada en Blundon & Schaefer, 2012) dio un enfoque más humanista y centrado en la persona a la terapia infantil y de juego. Defendió la creencia de que las condiciones necesarias para el cambio terapéutico son la consideración positiva incondicional, la comprensión empática y la autenticidad. También afirmó que los niños pueden expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos por medio del juego mejor que con palabras.

Axline enfatizaba que la experiencia del juego proporciona una relación segura entre el niño y el adulto y que a través de ese proceso el niño representa sus sentimientos llevándolos a la superficie, sacándolos a la luz y enfrentándolos. Los juguetes son el medio de expresión del niño, cuando juegan libremente representan lo que quiere hacer, su pensamiento y acción independiente. Pueden expresar sentimientos y emociones que pueden ser amenazadores si los expresa directamente, pero estos pueden ser proyectados con total seguridad mediante los juguetes elegidos (Landreth, 2018).

Violeta Oaklander (1992) desarrolló la terapia de juego Gestalt basándose en la terapia Gestalt creada por Fritz y Laura Perls; señala el valor terapéutico de la relación entre el niño y el terapeuta, creó diversas técnicas expresivas, creativas y proyectivas empleando el arte, el arenero, representaciones con títeres o disfraces, música, respiración y actividades corporales. La meta principal de Oaklander era ayudar a los niños a descubrir y expresar emociones que habían bloqueado, pensaba que el autocuidado es una meta necesaria para los niños para resolver creencias negativas, deshacerse de las partes que no les gusten de sí mismos y alcanzar la auto aceptación.

En 1982, Charles Schaefer y Kevin O'Connor fundaron la Association for Play Therapy (APT). La APT también empezó el proceso de ganar credibilidad para la terapia de juego mediante varios proyectos importantes, incluyendo la publicación del International Journal of Play Therapy, para promover la terapia de juego como un tratamiento viable para los niños (Blundon & Schaefer, 2012).

Schaefer cuestiona la lealtad a una teoría de la terapia de juego y, en cambio, sugiere que los terapeutas deberían ser pragmáticos y realistas, y elegir el método que funcione mejor tomando en cuenta las necesidades del niño, y no las preferencias personales del terapeuta; afirma que se debe elegir un método prescriptivo cuando se tratara de un tratamiento para un niño, esto implica elaborar el plan de tratamiento basado en la evaluación para obtener un mejor resultado (Johnson, 2016).

En 1980 Garri Landreth estableció el Center for Play Therapy en la Universidad del Norte de Texas, en Denton, EUA. El centro se ha convertido en el programa de formación

en terapia de juego más grande del mundo. En 1967, Editó y publicó su primer libro, Play Therapy: Dynamics of the Process of Counseling with Children. Después, desarrolló y refinó la terapia de juego centrada en el niño de Axline; desarrolló y promovió un modelo de 10 sesiones de terapia filial, denominado Terapia Relacional Padres-Hijo (Seymour, 2016).

El juego como parte del proceso psicoterapéutico

La intervención con niños desde la terapia de juego es un modelo terapéutico efectivo que ayuda a controlar el estrés, la baja autoestima, a controlar el miedo y la inseguridad; el juego permite al niño fortalecer el aprendizaje y su desarrollo ya que, mediante este, los niños pueden comunicarse, expresarse y aprender diversas habilidades (Esquivel, 2010).

El juego es para el niño, lo que la verbalización es para el adulto. Los juguetes son como palabras y el juego es su lenguaje; en el juego se puede revelar: a) lo que el niño ha experimentado, b) las reacciones ante lo que ha experimentado, c) sentimientos de eso que ha experimentado, d) lo que quiere, desea o necesita y e) la percepción del yo del niño (Landreth, 2018).

Derivado de la interacción entre el terapeuta y el niño en las sesiones de juego, se pueden observar fases por las que atraviesa el menor, Landreth (2018) cita la observación realizada por Moustakas respecto a cinco fases del proceso psicoterapéutico que lleva a la toma de conciencia propia del niño:

1. Sentimientos negativos confusos: el niño puede presentar hostilidad difusa, puede expresarla a la propia sala de juegos, los juguetes o hacia el terapeuta; esto puede ir acompañado de altos niveles de ansiedad.
2. Expresión de sentimientos ambivalentes: puede mostrar hostilidad y desagrado, pero también agrado por algunos juguetes o elementos del cuarto de juegos.
3. Sentimientos negativos directos: los puede expresar hacia sus padres, hermanos o alguna persona que le rodee; esto puede evidenciarse en el juego simbólico.
4. Se muestran de nuevo sentimientos ambivalentes: se presentan bajo la forma de sentimientos negativos y positivos con las actitudes que expresa hacia sus padres

o personas a su alrededor. Por ejemplo, un menor que golpea a un muñeco y lo insulta para después curarlo con un kit médico.

5. Esta quinta fase se caracteriza por unas claras, diferenciadas y realistas actitudes positivas y negativas; es el resultado directo de la relación comprensiva, de aceptación y cariñosa que establece el terapeuta. En este ambiente el niño se siente totalmente seguro.

En la medida que el terapeuta acepta el yo singular del niño, el niño interioriza esa aceptación, comienza a aceptar y apreciar su propia singularidad.

Terapia de Juego integrativa

Debido a que los trastornos psicológicos de niños y adolescentes son múltiples, complejos y multideterminados, es necesario un enfoque de tratamiento multifacético que incluya la combinación de dos o más modelos. Debido a este aspecto multidimensional, la terapia de juego infantil exige a sus terapeutas la destreza para cambiar entre posturas terapéuticas para satisfacer las necesidades del niño (Gil et al., 2015).

En este mismo sentido, se puede entender que los terapeutas de juego sean flexibles en sus tratamientos, cambiar su estilo de trabajo y buscar enfoques que puedan abordar mejor las necesidades de cada niño (Drewes, 2011). De tal manera que esta elección de tratamiento no se vea influenciada sólo por el enfoque del terapeuta y la manera habitual de trabajar, sino por prácticas basadas en evidencia que apoyen este enfoque integrativo.

Norcross (2005, citado en Drewes, 2012) enlista las diferentes formas de crear un enfoque integrativo:

- *Ecléctico técnico*: se selecciona el mejor tratamiento para la persona y el motivo de consulta considerando qué se ha hecho anteriormente con el mismo motivo diagnóstico y características del paciente.
- *Integración teórica*: toma los mejores elementos de dos o más enfoques terapéuticos, y es a partir de la unión de los aspectos teóricos que se utilizan las técnicas o estrategias.

- *Factores comunes*: se abordan los aspectos en común de los distintos abordajes que se han visto con mayor influencia y evidencia en el cambio.
- *Integración asimilativa*: combina las ventajas de un sistema teórico principal con la flexibilidad de una gama mayor de intervenciones y técnicas de otros enfoques.

Es así como en la terapia de juego integrativa se incorporan técnicas de múltiples disciplinas de terapia de juego combinando estrategias sistemáticas para mejorar el diagnóstico del niño, busca intervenciones efectivas para mejorar los resultados del tratamiento.

La integración de diferentes elementos en la terapia de juego ayuda al niño a desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas; por tanto, al desarrollar un enfoque de terapia de juego integrativa es importante que se incluyan algunos principios de las teorías no directivas para establecer una relación y un entorno seguro para el niño, al mismo tiempo que el terapeuta sea flexible para incorporar las demás teorías, estrategias o técnicas (Green, et al., 2015).

Dentro de los factores comunes, se ha encontrado que hay características específicas de cambio no importando los enfoques terapéuticos en la terapia de juego, a esto Drewes y Schafer llamaron poderes terapéuticos del juego. En el siguiente apartado se explicarán a profundidad.

Los poderes terapéuticos del juego

Para Drewes y Schaefer (2017) los poderes terapéuticos del juego son los agentes de cambio, mecanismos reales que facilitan o refuerzan el efecto terapéutico, ayudan a efectuar cambios en los sentimientos (algún afecto), pensamientos (un insight) y conductas (juego de roles) del niño en su proceso terapéutico.

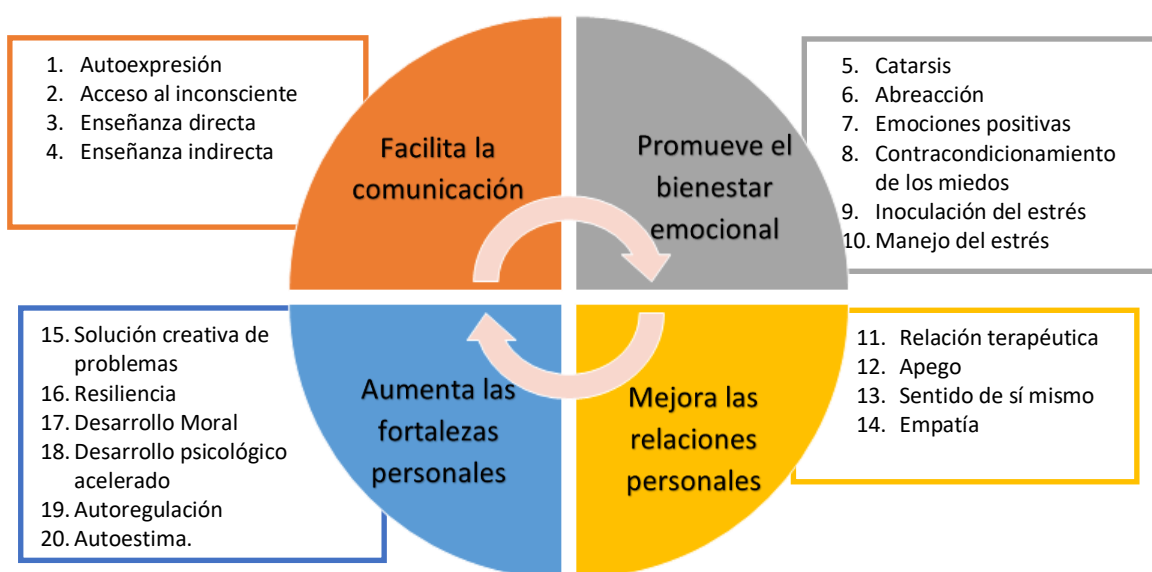
Los poderes terapéuticos trascienden de cualquier modelo o enfoque terapéutico, el tomar una visión transteórica ayuda al terapeuta a enfocarse en los mecanismos de cambio específicos que necesita el niño, y no en una teoría o enfoque específico de intervención; es importante mencionar el terapeuta de juego primero debe tener fundamentos teóricos

sólidos de un enfoque antes de tratar de integrar otros en su trabajo clínico (Drewes & Schaefer, 2017).

Como se puede ver en la figura 6, Drewes y Schaefer (2017) identifican 20 poderes específicos del juego, los cuales los clasifican de acuerdo con cuatro categorías principales; facilitan la comunicación; promueve el bienestar emocional; mejora las relaciones personales y amplía los recursos internos.

Figura 6

Los 20 poderes terapéuticos del juego



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describirán de acuerdo con estas cuatro categorías.

Facilitan la comunicación

El juego es el lenguaje natural del niño, es a menudo la forma más fácil para que los niños expresen pensamientos y sentimientos preocupantes que son tanto conscientes como inconscientes. Además, al hacer del aprendizaje una experiencia placentera, los terapeutas pueden impartir mejor la información que necesitan los clientes para superar los déficits de conocimientos y habilidades (Morrison & Eberts, 2014).

Dentro de los factores que facilitan la comunicación se encuentran:

1. *Autoexpresión*: el juego brinda la oportunidad a los niños de expresar sus sentimientos, pensamientos y de dar sentido a sus experiencias. Los niños no tienen el

vocabulario para expresar lo que están sintiendo, el juego les brinda seguridad, por lo que pueden plasmar sus sentimientos y pensamientos a través de este medio natural; el juego (Morrison & Eberts, 2014).

Estos mismos autores señalan que la autoexpresión se logra gracias a que dentro del juego el niño puede hablar en tercera persona, a través de personajes ficticios, el juego simbólico permite la expresión indirecta y permite distancia psíquica de eso que es muy abrumador para el niño.

La autoexpresión se convierte en un poder terapéutico ya que permite validar y normalizar los pensamientos y sentimientos, así como corregir las creencias erróneas; asimismo, fortalece el sentido del yo. Las características del juego que facilitan la autoexpresión son el lenguaje natural, la posibilidad de hablar en tercera persona y su carácter “como si” o ficticio; además, el juego es indescriptible, absorbente y permite hacer algo mientras se habla (Drewes & Schaefer, 2017).

Gil (2006) era muy clara cuando explicaba que, si bien algunos niños pueden optar por no hablar sobre sentimientos o emociones difíciles, pueden reproducir los eventos traumáticos mediante el uso juguetes, ya que estos les brindan una distancia segura, lo que les permite adquirir dominio sobre las experiencias y las emociones, lo que resulta en una mayor capacidad de autorregulación.

2. *Acceso al inconsciente*: Durante el juego el niño puede atribuir las partes inaceptables de sí mismo, como pensamientos, sentimientos o impulsos, en otro individuo o en los juguetes (proyección), puede sacar las frustraciones, sentimientos e impulsos tomando como objeto a los juguetes, porque son menos amenazantes (desplazamiento). También el papel de la sublimación es importante ya que permite canalizar los impulsos del menor mediante actividades lúdicas socialmente aceptables. La compensación en la fantasía toma un lugar importante puesto que es un mecanismo de defensa donde las necesidades, impulsos y deseos que no están satisfechos pueden obtener satisfacción a través de la fantasía en el juego, películas o libros (Drewes & Schaefer, 2017).

La terapia de juego ofrece un enlace para acceder a la motivación inconsciente que subyace en el comportamiento de un niño y los afectos asociados. Con frecuencia, los niños utilizan los mecanismos de proyección, desplazamiento y simbolización para expresar con seguridad impulsos y deseos inconscientes en sus juegos. El objetivo de llevar las defensas a la conciencia es hacer que las defensas sean más flexibles, adaptables y elegidas libremente, aumentando así el sentido de agencia personal (Crenshaw & Tillman, 2014).

3. *Enseñanza directa*: el terapeuta imparte conocimiento o habilidades mediante estrategias como la instrucción, la práctica guiada y el reforzamiento positivo. El juego puede fomentar el aprendizaje si el terapeuta de juego ha logrado que el niño ponga atención y escuche. Mientras más sentidos participen en el proceso de aprendizaje, el niño podrá retener mayor cantidad de información. El juego permite a los niños practicar varias veces conductas nuevas al igual que las que ya conocen y así consolidar las habilidades (Drewes & Schaefer, 2017).

Fraser (2014) menciona que la enseñanza directa se puede utilizar durante las tres fases del proceso; en la fase de establecimiento de relaciones, los terapeutas de juego pueden alentar, modelar, cómo usar las herramientas de juego disponibles. Este modelado también ocurre a menudo cuando se presenta una nueva herramienta o juguete al niño.

En la fase de elaboración, los niños pueden estar particularmente dispuestos a estrategias como la instrucción o la práctica guiada. Esto sucede regularmente durante el juego; en esta etapa los juegos de mesa terapéuticos brindan varios niveles de aprendizaje, incluida la instrucción; por último, en la fase de finalización de la terapia, una actividad lúdica para celebrar el aprendizaje del niño puede reforzar la adquisición de conocimientos/habilidades y ayudar a promover el mantenimiento y la generalización de los logros obtenidos a lo largo del proceso de terapia de juego.

4. *Enseñanza indirecta*: Las historias en la terapia de juego contribuyen a que el niño lea o escuche acerca de personajes que han superado por sí mismos problemas parecidos a los suyos; después, ellos tienen la oportunidad de aplicar lo que aprendieron de las historias en situaciones de la vida real. El empleo terapéutico de historias permite que

los niños tomen distancia respecto de sí mismos cuando se tratan temas dolorosos y puedan lidiar con ellos de manera simbólica (Drewes & Schaefer, 2017).

De Faoite, (2014) menciona que el terapeuta entra en el mundo del niño y actúa como transmisor de mensajes, significado y comprensión entre su mundo y la experiencia vivida del niño, se trata de un método para transmitir un mensaje sin crear dentro de la mente consciente del niño.

También señala que el uso de metáforas o cuentos ayuda el niño a comprender sus sentimientos, preocupaciones, experiencias o ansiedades. El niño usa las historias como vehículo para la imaginación y el sentimiento creativos, de la misma manera que un adulto usa el pensamiento y el lenguaje para explorar y expresar sus sentimientos y experiencias.

De Faoite (2014) hace hincapié en que el poder específico de las historias y las metáforas es el de proporcionar un medio para procesar sentimientos y experiencias que suelen ser confusas mediante el lenguaje de la imaginación. La imaginación, es a la vez el lenguaje natural del niño y evita la resistencia asociada a la discusión de temas dolorosos que le afectan directamente a los niños.

Promueve el bienestar emocional

5. *Catarsis*: Consiste en descargar los afectos negativos contenidos tales como el enojo o la tristeza. Schaefer y Drewes (2017) mencionan que el juego contribuye a la eficacia de la catarsis ya que en el cuarto de juegos el terapeuta brinda un ambiente seguro y de apoyo en el que se pueden desahogar estos sentimientos, también señala que esto promueve la consciencia y el control de esos sentimientos ya que los efectos positivos como el juego y la diversión contribuyen a reequilibrar las emociones liberadas. El humor desencadena una carcajada abundante, que libera la tensión tanto física como psicológica. La carcajada puede considerarse una forma de trote interno que relaja y ayuda a descargar los afectos negativos.

Ginsberg (1993, citado en Drewes & Schaefer, 2014) identificó cuatro etapas de liberación emocional en la terapia de juego:

- I. La primera etapa tiende a ser una liberación global del afecto, que tiende a proyectarse sobre los demás. El terapeuta permite que el niño se sienta más seguro y asuma más responsabilidad de su propia emoción a través de la aceptación, la estructura y los límites constantes del formato de la terapia de juego.
- II. El niño intensifica la liberación de la emoción negativa pero más hacia los objetos en la sala de juegos, que hacia el terapeuta. Esta etapa ocurre cuando el niño comienza a incluir episodios de conducta de juego que expresan emociones positivas. A medida que el niño aprende a aceptar más su emoción, comienza a integrar el afecto positivo y negativo al liberar sus emociones.
- III. En la tercera etapa el niño trae esta expresión emocional a su vida de fantasía y la incluye en actividades de fantasía y juegos de rol. En la etapa final, el niño comienza a compartir (en lugar de proyectar) esta liberación emocional con el terapeuta de juego. A medida que el niño puede compartir sus sentimientos íntima y abiertamente con otro, se siente más seguro y puede lograr un mayor nivel de dominio.

6. *Abreacción*: Steele y Colrain (1990, citado en Prendiville, 2014a) describen la abreacción como la reactivación de la memoria con la liberación de la emoción atada y la recuperación de los aspectos reprimidos o disociados de un evento recordado. Proporciona una reelaboración psíquica del trauma que identifica, libera y asimila los aspectos no resueltos, lo que permite la resolución y la integración tanto a nivel psicológico como fisiológico.

Drewes y Schaefer (2017) mencionan que las metas de la abreacción se cumplen en la terapia mediante la miniaturización con los juguetes en donde el niño puede plasmar los sucesos vividos de una manera activa, pueden modificar el final, de modo que logren el dominio del trauma y consigan una reestructuración cognitiva de la experiencia; A medida que el juego sea repetitivo el niño presentará una forma de curación gradual.

7. *Emociones positivas*: En el juego los niños experimentan emociones positivas, los sentimientos positivos dan equilibrio a la predominancia de emociones negativas que se experimentan en situaciones estresantes produciendo una sensación de alivio (Drewes & Scheafer, 2017).

Kottman (2014) menciona que las emociones positivas no ocurrirán a menos que los niños se sientan seguros, por lo que los terapeutas de juego deben trabajar para asegurarse de que sus salas de juegos sean entornos seguros, el tener un lugar predecible y consistente para juguetes y materiales ayuda a este propósito, además, de estar totalmente presentes con y para el niño. Para crear una atmósfera que fomente las emociones positivas, el terapeuta de juego debe estar dispuesto a divertirse, un terapeuta de juego divertido, que se sienta cómodo con el juego y el humor, invitará a los niños a jugar y divertirse.

También el autor hace hincapié en que el terapeuta de juego necesita usar su criterio y hacer coincidir el afecto general del niño en las sesiones. Sería inapropiado que el terapeuta de juego esté alegre mientras un niño demuestra sentirse triste, enojado o angustiado. Al estar dispuesto a modelar la experiencia y expresión de emociones positivas, el terapeuta de juego fomentará que los niños experimenten y expresen emociones positivas.

8. *Contracondicionamiento de los miedos*: El contracondicionamiento de los miedos se refiere a la reducción y extinción de una respuesta temerosa/ansiosa. Se ayuda a los niños a aprender una respuesta incompatible (contraria, opuesta) como relajarse; es difícil estar ansioso y alegre al mismo tiempo. Los comportamientos de juego desencadenan una variedad de emociones positivas en los niños, que incluyen alegría, competencia, emoción, fluidez y felicidad. Todos estos afectos son antagónicos al miedo y la ansiedad (Hollander, 2014).

9. *Inoculación del estrés*: La inoculación de estrés busca ayudar al niño a prepararse por anticipado para manejar sucesos estresantes de la mejor manera posible y con una cantidad adecuada de ansiedad anticipatoria de acuerdo con su etapa de

desarrollo. El terapeuta dirige el juego del niño proporcionándole juguetes relacionados con el suceso estresante con que se trabaja; el terapeuta representa con los juguetes de una manera exacta lo que le sucederá al niño en la vida real (Drewes & Scheafer, 2017). La inoculación de estrés permite que el niño se desarrolle y se sienta seguro utilizando mecanismos de afrontamiento, mediante la exposición previa, el niño aprende a reconocerlos y afrontarlos (Cavett, 2014).

Drewes y Scheafer (2017) enlistan los tres elementos que fortalecen al niño y lo capacitan para enfrentar un evento estresante futuro:

- a) La experiencia pasa de ser atemorizante y extraña, a conocida y predecible.
- b) Se practican habilidades para hacer frente al evento estresante
- c) Mediante los ensayos lúdicos las emociones negativas disminuyen.

10. *Manejo del estrés*: Para Bemis (2014) el juego es una excelente forma que utilizan los niños para lidiar con el estrés, el juego facilita habilidades cognitivas, físicas y emocionales para que los niños disminuyan y regulen el estrés.

Bemis (2014) señala que el juego puede ser relajante, al interactuar con el agua, arena, pintura o juegos táctiles, se crean propiedades de calma, además, afirma, que el juego sensorial y táctil involucra ambos hemisferios del cerebro al activar el hemisferio derecho a través de modalidades no verbales y expresivas que conducen a una mejor regulación y funcionamiento. También en el juego de fantasía o de simulación proporciona exposición gradual y oportunidades de desensibilización, a medida que los niños recuperan la sensación de control a través de sus escenarios de fantasía, ya sea escapando de la realidad o creando una versión más pequeña y segura de la realidad, su sentido de control promueve la reducción del estrés.

Mejora las relaciones personales

11. *Relación terapéutica*: Drewes y Schaefer (2017) mencionan que para obtener una buena relación interpersonal el terapeuta debe mostrar calidez, afecto, comprensión, respeto, confianza y aceptación al niño. Los afectos positivos surgidos durante el juego conjuntan las emociones que permiten que una persona se conecte con otra.

Stewart y Echterling (2014) sostienen que una alianza terapéutica sólida es evidente cuando el consultante tiene un sentido de propósito común con el terapeuta (meta), experimenta una sensación de seguridad y confianza en el proceso de terapia (el trabajo colaborativo realizado en terapia) y se siente cómodo con el terapeuta (vínculo, conexión emocional). La alianza terapéutica obtiene su poder curativo en la forma en que incorpora las características de una relación saludable. El establecimiento de objetivos y el proceso colaborativo de la terapia se produce en el contexto de una relación de cuidado, mientras que el vínculo constituye la conexión afectiva o relación terapéutica entre el terapeuta y el niño.

12. *Apego*: El apego se refiere al vínculo afectivo que se forma entre el bebé y su cuidador; El apego aumenta las probabilidades de supervivencia, porque mantiene al niño cerca de una figura más fuerte y experimentada (Bowlby, 1969, en Drewes y Schaefer, 2017). En este mismo sentido, Whelan & Stewart (2014) refieren que Mary Ainsworth describió a los cuidadores como la base segura desde la cual los niños pueden moverse y aprender sobre el mundo, y como un refugio seguro al que pueden regresar para reabastecerse de energía y protegerse.

De igual manera los autores mencionan que el objetivo de una terapia de juego basada en el apego es reordenar y organizar las experiencias internas del niño a través de interacciones sintonizadas y receptivas con un cuidador o un terapeuta, de modo que los sentimientos y el comportamiento automáticos del niño se vuelvan más coherentes y satisfactorios.

13. *Sentido de sí mismo*: Para Drewes y Schaefer (2017) este se desarrolla en gran parte a través del juego ya que otorga al niño plena libertad de pensar por sí mismo, tomar sus decisiones y resolver sus problemas, además, a través de la imaginación los niños representan distintos sí-mismos posibles. El terapeuta actuando como espejo puede promover la autoconciencia del niño.

14. *Empatía*: La empatía es un proceso neurobiológico complejo que implica la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento utilizados para comprender los pensamientos y sentimientos de los demás (Decety & Lamm, 2006, citado en Gaskill, 2014).

Gaskill hace hincapié en que las experiencias tempranas con cuidadores empáticos o abusivos se convierten en la red organizadora a través de la cual el niño verá el mundo, tomará decisiones y se relacionará con su comunidad.

El autor señala que los terapeutas de juego deben saber que los niños, incluso en la escuela primaria, responden al contagio emocional, pero aún no tienen la comprensión cognitiva y el control regulatorio de lo que sienten. Aproximadamente entre los 7 y los 11 años, los niños comienzan a captar sentimientos inferidos de expresiones y situaciones, pero los motivos todavía se entienden egocéntricamente a través de sus propios motivos en circunstancias similares. Solo entre los 11 y 16 años los niños pueden conectar estados de ánimo, expresiones y variables situacionales.

Aun así, es importante realizar juegos de roles, apoyarse en historias, jugar a ser alguien más, para apoyar su desarrollo neurológico ya que, durante la terapia de juego, cuando los niños participan en juegos diádicos, tanto el niño como el terapeuta hacen contacto visual, observan los gestos faciales y leen los movimientos del cuerpo creando un estado de sintonía emocional (acoplamiento neurológico de neuronas espejo).

Aumenta las fortalezas personales

15. *Solución creativa de problemas*: Uno de los principales procesos cognitivos que intervienen tanto en el juego de simulación como en la creatividad es el pensamiento divergente, el niño va generando historias e ideas desde cero y las va cargando de emociones. El pensamiento divergente es la capacidad de generar una variedad de ideas y asociaciones (Guilford, 1968 citado en Russ & Wallace, 2014). Russ & Wallace mencionan que el papel del niño juega diferentes puntos de vista y soluciones alternativas a los problemas. Al practicar con este tipo de pensamiento sobre problemas de la vida real, el niño adquiere el hábito de abordar los problemas de esta manera.

Estos autores señalan que en el juego los niños también expresan y procesan emociones y aprenden a regularlas, resuelven conflictos e inclusive conquistan sus miedos y resuelven problemas de la vida diaria, a menudo de una manera nueva, como un tipo de creatividad cotidiana. Los niños que participan en juegos de simulación y que pueden expresar emociones en el juego pueden pensar con flexibilidad, generar soluciones alternativas a los problemas y proponer soluciones novedosas. Mencionan que esta capacidad se generaliza para resolver problemas de la vida diaria y hacer frente al estrés.

También señalan que las figuras de acción pueden representar algún conflicto entre hermanos o la familia de muñecas puede convertirse en la propia familia del niño. A través de la simulación, el etiquetado y las intervenciones del terapeuta, el niño puede llegar a comprender la causa y el efecto y desarrollar una narrativa en torno a los eventos difíciles de su vida.

16. Resiliencia: La resiliencia (del latín resilio, “me recupero”) puede definirse en sentido amplio como las habilidades, atributos y capacidades que permiten a los individuos adaptarse favorablemente a las privaciones, dificultades y desafíos (Alvor & Grados, 2005 citados en Drewes & Schaefer, 2017).

Seymour (2014) afirma que la resiliencia debe entenderse principalmente como un mecanismo de interacción, que pone el foco en las relaciones de interacción entre los niños, su contexto social y familiar, así como en los sistemas de apoyo y cultura; así que la resiliencia como poder terapéutico del juego tiene un doble impacto: la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores.

Es así como el autor señala que, al abordar la relación entre padres e hijos, el terapeuta puede ayudar a los padres a manejar los factores estresantes identificados y desarrollar respuestas positivas para que utilicen los recursos disponibles y durante las sesiones de juego, el terapeuta puede brindar al niño la oportunidad no solo de expresar la ansiedad, sino también de comenzar a resolver problemas para reducir parte del riesgo o identificar algunos de los recursos necesarios para afrontarlo.

El autor señaló que cuando el efecto de los factores de riesgo se extiende mucho más allá de la familia inmediata, es posible que los terapeutas de juego deban asumir un papel más importante en el manejo de casos y las referencias a los recursos necesarios de la familia, la escuela o la comunidad.

17. *Desarrollo moral:* Para comprender el desarrollo moral, Packman (2014) hace referencia a la teoría moral de Piaget, los niños otorgan diferentes valores a las reglas y sopesan valores en relación con sus niveles de desarrollo. Los niños progresan a través del desarrollo moral de manera similar al desarrollo cognitivo. Sus perspectivas cambian a medida que interactúan con otros niños y progresan cognitivamente. La comprensión y el desarrollo moral no pueden ocurrir sin el desarrollo cognitivo.

Afirma que las observaciones de Piaget han demostrado que los niños al interactuar con otros niños, pueden comenzar a ver otras perspectivas. Esto lo considera la etapa autónoma del desarrollo moral. El desarrollo moral se trata de comprender por qué y cómo tomamos decisiones además de comprender la perspectiva de otra persona. Cuando los niños entienden el “por qué” de una regla y la reciprocidad de las reglas, es más probable que las cumplan.

Además, Packman (2014) es muy claro al indicar que, en la terapia de juego, los niños aprenden el autocontrol, la autodirección, la responsabilidad, el respeto por sí mismos y por los demás; aprender a usar la creatividad frente a los problemas y la aceptación de sí mismos y de sus sentimientos. Indicó que el terapeuta de juego modela interacciones y límites apropiados e indica cuándo se ha cruzado un límite.

También sugirió que es posible que los niños no se den cuenta de que han transgredido o que solo escuchen estas transgresiones en tonos agresivos o enojados, lo que puede desencadenar la reacción de lucha o huida con poca comprensión. Por lo que en sesión al establecer límites apropiados con calma y sin juzgar, los niños tienen la oportunidad de responder al límite y tomar una decisión más prosocial con respecto a su comportamiento. Los niños aprenden a pensar y regular su propio comportamiento y acciones con la práctica en la sala de juegos.

18. *Desarrollo psicológico acelerado*: Drewes y Schaefer (2017) afirman que el juego ofrece oportunidades de practicar y desarrollar muchas habilidades; cognitiva, lingüística, social y emocional. El poder del juego ayuda a acelerar el desarrollo psicológico del niño.

Vygotsky (1967 citado en Drewes y Schaefer, 2017) destacó la importancia del juego ya que permite a los niños acceder y funcionar en su nivel más alto de desarrollo. Explicó que hay habilidades que los niños ya dominan de manera independiente pero también tienen la capacidad de, con ayuda o guía de un adulto o niños más hábiles, desarrollar habilidades más avanzadas, a esto le llamó zona de desarrollo próximo. La asistencia (andamiaje) proporcionada por el compañero de juego más avanzado o un adulto ayuda al niño a avanzar al próximo nivel de desarrollo superior.

Prendiville, (2014b) explica que este poder terapéutico resulta aún más importante para los niños que han experimentado un retraso o interrupción en cualquier área de su desarrollo ya sea retraso en el desarrollo global, retrasos específicos en el lenguaje, desarrollo cognitivo o socioemocional, trastornos del apego, trastornos del espectro autista, atención Trastorno por Déficit de Hiperactividad, y Trauma.

Señala que, al terapeuta de juego, no solo le interesa evaluar el nivel actual de desarrollo de los niños, sino que el objetivo es facilitar y, en ocasiones, acelerar su desarrollo para acercarlo o dentro del rango esperado para su edad.

19. *Autorregulación*: La autorregulación se refiere a la capacidad de controlar los sentimientos, pensamientos, impulsos y conductas propias (Drewes & Schaefer, 2017). Drewes y Schaefer señalan que cuando los niños pequeños se encuentran inmersos en el juego tienden a ser menos impulsivos y agresivos, en lugar de sacar sus impulsos, los expresan en el juego de manera simbólica.

Los autores también hacen referencia a que el juego sociodramático y de reglas promueven la regulación ya que los niños deben actuar en contra de sus propios impulsos. El utilizar arena, agua, arcilla o bien otros objetos relajantes promueven la capacidad de auto relajarse.

20. *Autoestima*: Frey (2014) describió a la autoestima como un término evaluativo que se refiere a los juicios positivos, neutrales, negativos y/o ambiguos que uno tiene acerca de su autoconcepto. La autoestima no es el amor propio, sino la valoración que se hace del autoconcepto.

También indicó que el autoconcepto es lo que un individuo sabe sobre sí mismo y añadió que la autoaceptación es el grado en que uno se siente cómodo con el autoconcepto. La valoración general del autoconcepto se considera autoestima global. Es una calificación general del autoconcepto. Nadie nace con evaluaciones predeterminadas de sí mismo. Los niños desarrollan la autoestima a una edad temprana.

Es por esto que Frey refiere que uno de los objetivos de la terapia de juego es ayudar a los niños a verse a sí mismos como multifacéticos, con muchas estimaciones de sí mismos, en lugar de una autoestima global general que las califique como totalmente positivas o negativas (ambas evaluaciones poco realistas).

Señaló que un terapeuta de juego establece un ambiente que permite al niño sentirse libre para expresarse. El terapeuta brinda aceptación, empatía, congruencia, atención ininterrumpida y autenticidad en un entorno con solo las limitaciones necesarias para anclar la terapia de juego al mundo de la realidad.

El autor hace hincapié en que la retroalimentación positiva también debe tener un componente de crítica constructiva puesto que nadie es perfecto. Centrarse solo en pensamientos, sentimientos y comportamientos positivos no es realista y conduce a un falso sentido de uno mismo. También evita que uno se enfrente a las debilidades para permitir la mejora o las estrategias de afrontamiento y para abordar las formas en que el niño se critica a sí mismo.

Concluyó que los niños desarrollan la autoestima a través de cuatro procesos: observar a los demás, ser observados, obtener retroalimentación y dar retroalimentación. Por lo que, en la terapia de juego a través de estos procesos, el terapeuta reconoce los sentimientos de los niños, los valida y se los expresa para ayudar a los niños a comprender mejor el comportamiento.

Derivado de la revisión del presente capítulo se puede dar cuenta de los beneficios y factores de cambio que se obtienen a través de la terapia de juego, por lo que es importante que el terapeuta de juego conozca los poderes terapéuticos que se tienen, al menos los que hacen referencia los autores revisados en este apartado, ya que no se considera que sea exhaustiva esta revisión, pero si proporciona una buena visibilidad de los factores específicos de cambio durante la terapia de juego.

Capítulo 4. Método

Justificación y planteamiento del problema

La dermatitis atópica es una enfermedad de curso crónico, que afecta principalmente niños con antecedentes de atopia familiar, hasta un 70% de los pacientes tienen familiares atópicos, con un riesgo 2-3 veces mayor si tienen un padre atópico y 3-5 veces mayor si ambos padres lo son (Prieto-Torres & Torrelo, 2016).

Se caracteriza por lesiones crónicas o con recurrencias crónicas, con prurito o escozor intenso y presencia de excoriaciones o huellas de rascado, así como lesiones con formación de costras y liquenificación (engrosamiento y aparición de zonas escamosas en la piel) siendo el prurito, el síntoma predominante (Antuña et al., 2002).

Afecta especialmente a los niños menores de 5 años, su prevalencia es de 20 % y ha mostrado incremento durante los últimos 30 años. Hasta 60 % de los casos de DA se presenta durante el primer año de vida; en 70 % de los pacientes remite antes de los 16 años y en el resto persiste en la edad adulta, sin embargo, ningún factor por sí solo es suficiente para predecir la duración de la enfermedad (Sánchez, et al., 2014; Sánchez, et al., 2019).

La dermatitis atópica se considera dentro de los trastornos psicosomáticos y se vincula estrechamente con el estrés. El estrés es un detonante de los trastornos psicosomáticos como lo son: la dermatitis atópica, el dolor abdominal crónico o las cefaleas (Sánchez Mascaraque & Guerrero Alzola, 2017).

La dermatitis atópica, crea un impacto profundo en la vida de los pacientes por la angustia psicosocial los pacientes no solo tienen que lidiar con la angustia causada por la enfermedad y sus tratamientos, sino también por su apariencia muy notoria en la piel.

Existe una relación recíproca entre la DA y el malestar emocional que pueden presentar los niños, inclusive esta angustia emocional puede generar o exacerbar la presencia de la DA generándose un círculo vicioso. Por esto es importante tener en cuenta los componentes emocionales, como parte integral de la intervención en niños con DA (Xie et al., 2019a).

Para el tratamiento psicológico en infantes que sufren de DA, se sugiere que éste debe ser de manera individual, cubriendo las necesidades socio afectivas detectadas con instrumentos de diagnóstico adecuados. Además, es importante en el tratamiento brindar estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes específicas de cada niño(a) ya que se ha comprobado que el estrés empeora los trastornos proinflamatorios como la Dermatitis Atópica.

Tipo de estudio

La presente investigación trata de un niño de 8 años con dermatitis atópica, la cual se exacerbaba en situaciones que percibía estresantes tanto en casa como en la escuela. Como se trata de analizar el proceso terapéutico que se llevó a cabo en 30 sesiones de terapia de juego integrativa, se realizó una investigación cualitativa bajo una metodología *de estudio de caso* para analizar los cambios en la sintomatología, la reducción de la ansiedad concomitante, y las estrategias de afrontamiento que aprendió en el proceso y lo llevaron a experimentar bienestar emocional.

La investigación cualitativa involucra un planteamiento naturalista interpretativo del mundo por lo que la investigación se realiza en un ambiente natural, tratando de darle sentido, o interpretar los fenómenos en términos del significado que las personas (los actores) les dan (Durán, 2014). Por ellos se decidió utilizar el estudio de caso ya que es una estrategia valiosa cuando se desea examinar un fenómeno en profundidad, centrándose en un caso o contexto particular. A través de múltiples fuentes de datos, como entrevistas, observaciones y documentos, se puede analizar y comprender a fondo los aspectos clave del caso (Creswell, 2009)

Pregunta de Investigación

¿La terapia de juego integrativa promueve la disminución de la dermatitis atópica en un niño de 8 años?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la efectividad de la intervención de la terapia de juego integrativa, mediante los poderes terapéuticos del juego, en la disminución de la dermatitis atópica en un niño de 8 años.

Objetivos específicos

- Realizar la evaluación mediante técnicas e instrumentos para elaborar un psicodiagnóstico del estado emocional del menor.
- Realizar una intervención de terapia de juego integrativa de acuerdo con los focos de intervención detectados.
- Realizar el análisis temático de las sesiones identificando los poderes terapéuticos del juego de acuerdo con su proceso específico.
- Evaluar con una escala subjetiva de manera semanal la presencia de la dermatitis en las manos del menor.
- Realizar una evaluación post-test para evaluar el cambio en el nivel de estrés y tipo de afrontamiento después de la intervención.

Unidades de análisis

Definición conceptual

Terapia de juego: “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que los terapeutas de juego entrenados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y lograr un crecimiento y desarrollo óptimos" (Asociación Americana de Terapia de Juego A.C (s.f.).

Manifestación psicósomática: Cuadros en los que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de patología física (Garralda, 1992).

Definición operacional

Terapia de juego: 30 sesiones de terapia de juego integrativa utilizando los agentes de cambio específicos que ayudan a promover el bienestar emocional, mejorar las relaciones personales, ampliar los recursos internos y facilitar la comunicación.

Manifestación psicósomática: Inflamación en la piel de las manos con erupciones que ocasiona picor y ardor.

Participantes y escenario

El participante es un niño de 8 años que cursa el 2do grado de educación primaria en un colegio privado de la Ciudad de México, la madre solicita atención psicológica para su hijo debido a que presenta dermatitis atópica principalmente en los dedos de las manos. Los padres se encuentran separados y el menor vive con su madre, y tiene convivencia con su padre cada ocho días.

Se trabajaron 12 sesiones de evaluación en línea a través de la plataforma zoom, en las sesiones de evaluación se aplicaron los instrumentos psicométricos (pretest), proyectivos y juego libre; 6 de crianza positiva a los padres, 28 sesiones en línea a través de la plataforma Zoom y 2 de manera presencial, y una sesión de cierre terapéutico con los padres, de manera presencial, y una sesión donde se aplicaron los cuestionarios de estrés y afrontamiento a manera de post-tes.

Este servicio se otorgó como parte del servicio de la residencia en Psicoterapia Infantil dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" que se encuentra en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Estrategia de recolección de información

Los datos se obtuvieron mediante transcripciones de audio-grabaciones y notas clínicas de lo ocurrido en las sesiones de juego. Se exploró el nivel de estrés y afrontamiento a través de la Escala Infantil de Estrés (EIE) (Lucio et al., 2020) y la Escala Infantil de Afrontamiento (EIA) (Lucio et al, 2020), además de una escala subjetiva semanal de la presencia de la dermatitis atópica.

Consideraciones éticas

Este estudio se apega a los principios éticos establecidos por la American Psychological Association (APA) 2017, respecto a la sección 8: investigación y publicación.

Se protegió la confidencialidad del participante y su familia por lo que en el presente estudio sus datos han sido modificados, además se proporcionó un consentimiento informado, el cual fue firmado por los padres y se recabó el asentimiento del menor actuando de manera ética y responsable en el presente estudio.

Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido de los procesos específicos de cambio de los poderes terapéuticos del juego propuestos por Drewes y Schaefer (2017), los cuales se describen en la Tabla 9. Se realizó un análisis cualitativo de la escala subjetiva de la presencia de dermatitis a través de una escala subjetiva donde 0 era la no presencia de la dermatitis y 10 la presencia de la dermatitis con un máximo ardor. Con respecto a los cambios en el estrés y afrontamiento se realizó un diseño pretest y postest utilizando la Escala Infantil de Estrés y de Afrontamiento (Lucio et al, 2020).

Tabla 9

Categorías de los procesos específicos de cambio de los poderes terapéuticos del juego de acuerdo con Drewes y Schaefer (2017).

Categoría	Poder terapéutico	Cómo se produce el cambio
Facilita la comunicación	1. Autoexpresión: colocar emociones y pensamientos durante el juego a través del juego simbólico	Al expresar sus sentimientos y pensamientos los niños dan sentido a sus experiencias fortaleciendo su sentido del yo. Promueve una consciencia más profunda de los pensamientos, sentimientos y conflictos perturbadores
	2. Acceso al inconsciente: motivación inconsciente que subyace en el comportamiento de un niño y los afectos asociados.	A través de mecanismos de proyección, desplazamiento y simbolización expresa con seguridad impulsos y deseos inconscientes.
	3. Enseñanza directa: el terapeuta imparte conocimiento o habilidades mediante estrategias como la instrucción, la práctica	El aprendizaje surge al practicar conductas nuevas durante el juego y así consolidar ciertas habilidades.

Categoría	Poder terapéutico	Cómo se produce el cambio
	<p>guiada y el reforzamiento positivo.</p> <p>4. Enseñanza indirecta: el terapeuta actúa como trasmisor de mensajes significado y comprensión entre su mundo y la experiencia vivida del niño</p>	<p>El niño comprende sus ideas, pensamientos, preocupaciones y experiencias que alguna vez fueron confusas.</p>
<p>Promueve el bienestar emocional</p>	<p>5. Catarsis: Consiste en descargar los afectos negativos contenidos</p> <p>6. Abreacción: expresión y liberación de la emoción.</p> <p>7. Emociones positivas: emociones placenteras</p> <p>8. Contracondicionamiento de los miedos: Respuesta incompatible o contraria para reducir una respuesta temerosa y/o ansiosa.</p> <p>9. Inoculación del estrés: El niño se prepara para manejar sucesos estresantes</p> <p>10. Manejo del estrés: a través del juego los niños pueden lidiar con el estrés.</p>	<p>Promueve la consciencia y el control de los sentimientos displacenteros; promueve el equilibrio de las emociones liberadas. A medida que el niño puede compartir sus sentimientos íntima y abiertamente con otro, se siente más seguro y puede lograr un mayor nivel de dominio.</p> <p>El niño puede plasmar su experiencia de una manera activa mediante el juego, él puede modificar el final, de modo que logre el dominio del trauma y consiga una reestructuración cognitiva de la experiencia; A medida que el juego sea repetitivo el niño presentará una forma de curación gradual.</p> <p>Los sentimientos placenteros dan equilibrio a las emociones predominantes, que, generalmente, son displacenteras produciendo una sensación de alivio. Al saber cómo relajarse, y sumergirse en el juego, la alegría, la competencia, emoción, fluidez y felicidad están presentes, estos afectos son antagónicos al miedo y la ansiedad, y se logra un dominio y estado de bienestar.</p> <p>El niño se siente seguro utilizando mecanismos de afrontamiento mediante una exposición previa. La experiencia pasa de ser atemorizante a ser conocida y predecible.</p> <p>A través de sus escenarios de fantasía, ya sea escapando de la realidad o creando una versión más pequeña y segura de la realidad, el sentido de control ayuda a reducir su estrés.</p>
<p>Mejorar las relaciones personales</p>	<p>11. Relación terapéutica: calidez, afecto, comprensión, respeto, confianza y aceptación al niño.</p> <p>12. Apego: Vínculo afectivo entre el niño y su cuidador(a).</p> <p>13. Sentido de sí mismo: Autoconciencia de sí mismo</p> <p>14. Empatía: comprender los pensamientos y sentimientos de los demás.</p>	<p>El niño conoce una relación saludable, a través del respeto y cuidado permitiendo se conectar con otra persona.</p> <p>El niño reordena y organiza sus experiencias internas a través de interacciones sintonizadas y receptivas con un cuidador o un terapeuta, de modo que los sentimientos y el comportamiento automáticos del niño se vuelven más coherentes y satisfactorios.</p> <p>Tiene plena libertad de pensar por sí mismo, tomar sus decisiones y resolver sus problemas, además, a través de la imaginación los niños representan distintos sí-mismos posibles.</p> <p>Sintonía emocional, los niños replican lo observado en los adultos y pueden conocer los estados de ánimo de los demás.</p>
<p>Aumenta las fortalezas personales</p>	<p>15. Solución creativa de problemas: encontrar solución a los problemas cotidianos.</p>	<p>Logra pensar con flexibilidad, encontrar soluciones alternativas generalizándolas en la vida cotidiana.</p>

Categoría	Poder terapéutico	Cómo se produce el cambio
	16.Resiliencia: las habilidades, atributos y capacidades que permiten adaptarse favorablemente a las privaciones, dificultades y desafíos.	Tiene doble impacto la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores. El niño identifica algunos recursos para afrontar sus adversidades.
	17.Desarrollo Moral: autocontrol, autodirección , la responsabilidad, el respeto por sí mismos y por los demás.	Logra comprender el por qué y cómo toma decisiones, además de comprender la perspectiva de otra persona. Entienden el “por qué” de una regla y la reciprocidad de las reglas,
	18.Desarrollo psicológico acelerado: a través del juego se practican y desarrollan muchas habilidades; cognitivas, lingüísticas, sociales y emocionales.	El menor presenta habilidades cognitivas, lingüísticas, sociales y emocionales dentro del rango esperado para su edad.
	19.Autoregulación: la capacidad de controlar los sentimientos, pensamientos, impulsos y conductas propias	Expresa sus impulsos de manera simbólica, mediante el juego, controla sus impulsos y respuestas motrices siguiendo instrucciones y actuando papeles antagónicos a sus impulsos.
	20.Autoestima: juicios positivos, neutrales, negativos y/o ambiguos que uno tiene acerca de su autoconcepto	El niño logra verse a sí mismo como multifacético, con muchas estimaciones de sí mismo, en lugar de totalmente bueno o malo.

Fuente: elaboración propia

Instrumentos empleados en la fase de evaluación

Se utilizaron pruebas estandarizadas y proyectivas que a continuación se describen:

Escala Infantil de Estrés EIE (Lucio et al., 2020). El objetivo de la escala es evaluar el nivel de estrés mediante la percepción subjetiva de diferentes sucesos que niños y niñas de 8 a 12 años de edad, expresan haber experimentado. Consta de 45 preguntas, 44 reactivos de opción múltiple, así como una pregunta abierta para evaluar afrontamiento. Los reactivos evalúan 8 áreas: falta de aceptación familiar; agresión verbal y burla; falta de confianza y respeto; presión escolar; exigencia familiar; regaño y castigo; conflictos familiares; y miedos. Cuenta con un alpha de cronbach .91

Escala Infantil de Afrontamiento (Lucio et al., 2020). Esta escala evalúa las estrategias de afrontamiento que utilizan los niños de 8 a 12 años de edad. Consta de 45 reactivos de opción múltiple. Los reactivos que integran la escala se agrupan en *Afrontamiento funcional (negociación, autocrítica, autosuficiencia, resolución de problemas y búsqueda de apoyo)*: las respuestas adaptativas que implican la adopción de medidas concretas para afrontar una situación estresante. *Afrontamiento disfuncional (enojo, autoagresión, oposición y aislamiento social)*: actitudes relacionadas principalmente con el pensamiento fatalista. *Afrontamiento centrado en la emoción (tristeza y miedo)*: aquellas respuestas que no permiten lograr un equilibrio emocional ante el estrés, y *afrontamiento evitativo*: evitación conductual o cognitiva ante situaciones estresantes que implica evasión mental, negación, pensamiento mágico, y miedo. Cuenta con una confiabilidad: Alpha de Cronbach .86 para el Factor 1, Alpha de Cronbach .86 para el factor 2, Alpha de Cronbach .77 para el Factor 3 y un Alpha de Cronbach .67 para el factor 4.

Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 2004). El objetivo del inventario es evaluar sintomatología depresiva en niños y adolescentes de 7 a 15 años. Consta de 27 ítems, el contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Evalúa dos escalas: *Disforia* (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y *Autoestima negativa* (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión. Cuenta con una confiabilidad Alpha de Cronbach .83

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada CMASR-2 (Reynolds & Richmond, 2012). Evalúa el nivel y la naturaleza de la ansiedad en población de entre 6 y 19 años. Es un instrumento de autoinforme que consta de 49 ítems. El niño únicamente responde a las preguntas con Sí o No. Cuenta con un Alfa de Cronbach de .84

Instrumentos Proyectivos

- Test grafo-proyectivo del Dibujo de la Figura Humana. DFH (Koppitz, 1976).
- Test grafo-proyectivo del Dibujo de la Familia real. DF (Lluis Font, 1978).

- Test grafo-proyectivo Casa, Árbol, Persona. HTP (John N. Buck y W.L. Warren, 1974).

Acuario Familiar (Gil y Sabol, 2006)

Procedimiento

El procedimiento consta de tres fases:

1. En la primera fase se realizó una evaluación psicológica del menor para conocer su estado emocional, se efectuó la formulación del caso describiendo los antecedentes, resultados e impresión diagnóstica enfatizando en los focos de intervención para el menor y los padres.
2. En la segunda fase se realizó la intervención con terapia de juego integrativa, al mismo tiempo se exploró con una escala subjetiva el nivel de malestar relacionado con las manifestaciones psicósomáticas en las manos, el cual fue denominado por el paciente como “ardor” y se exploraba su incidencia de forma semanal. Durante esta fase se fueron recolectando audio-grabaciones y notas de sesiones clínicas.
3. En la tercera fase se realizó un análisis de contenido de las sesiones de juego con las categorías de los procesos específicos de cambio de los poderes terapéuticos del juego propuestos por Drewes y Schaefer (2017), así mismo, se aplicaron las mismas escalas de afrontamiento y estrés para evaluar el estrés percibido y tipo de afrontamiento utilizado después del tratamiento.

Capítulo 5: Proceso terapéutico

El proceso terapéutico se divide en tres fases, evaluación, intervención y cierre.

Fase 1: Evaluación

La evaluación se realizó empleando los siguientes instrumentos y técnicas:

- Entrevista semiestructurada para Padres
- Entrevista semiestructurada para niños
- Historia Clínica
- Familiograma
- Test grafo-proyectivo del Dibujo de la Figura Humana. DFH (Koppitz, 1976).
- Test grafo-proyectivo del Dibujo de la Familia real. DF (Lluis Font, 1978).
- Test grafo-proyectivo Casa, Árbol, Persona. HTP (Jhon N. Buck y W.L. Warren, 1974).
- Batería de Evaluación Infantil (Lucio, et al. 2020).
- Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada CMASR-2 (Reynolds & Richmond, 2012).
- Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 2004).
- Online Dollhouse (Karen Fried, 2020)
- Acuario Familiar (Gil y Sabol, 2006)

La evaluación se llevó a cabo en 12 sesiones, todas en modalidad en línea. A continuación, se describen los hallazgos de la primera fase.

Presentación del caso clínico

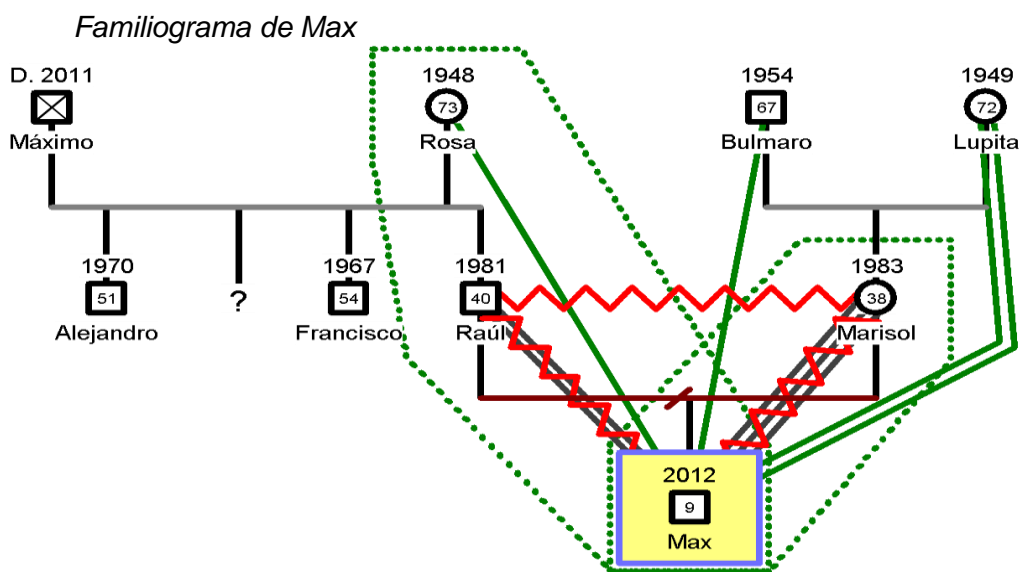
Max es un niño de ocho años de edad, cursa el segundo grado de educación primaria en una escuela privada. La madre de Max tiene 37 años de edad y es maestra de español para extranjeros. El padre tiene 40 años de edad y es mercadólogo. Los padres de Max se encuentran divorciados desde hace tres años, tienen la custodia compartida, Max vive con Marisol, y convive con su papá tres fines de semana al mes y una semana completa. Max comenta que la relación con su papá es muy buena, menciona que él le

enseña muchas cosas, cómo cargar cosas y cómo no darse por vencido, sin embargo, la crianza del señor Raúl tiende a ser punitiva y de castigos, le ha llegado a romper sus discos de videojuegos por el enojo cuando tiene accidentes nocturnos, o bien le dice que no debe ser débil, que viene de una familia de guerreros. La relación con Marisol es de choque, pero ella refiere que sólo cuando le pone límites hace berrinche o le contesta mal. Max ha comentado temer que su madre lo golpee.

Los padres comentan que durante su relación peleaban mucho, esto Max lo presenciaba, “se ponía mal, lloraba mucho, y le decía a su papá que no se fuera” (Sic Marisol). Los padres mencionan que acudieron al menos con tres terapeutas para arreglar sus diferencias, pero no fue suficiente y se separaron. La madre refiere que hablaron con Max acerca de la separación y que la respuesta de él fue de tristeza.

La relación de los padres de Max es muy conflictiva, durante las sesiones tienden a anularse, se reclaman y se interrumpen al hablar, en una ocasión el padre abandonó la sesión por el enojo y en otra ocasión la madre levantó tanto la voz que Max entró dos veces a su recámara, la abrazó y le pidió un beso. La madre comenta que no logran ponerse de acuerdo con los límites que deben ponerle a Max, ella está inconforme por la manera en que el señor Raúl reprende a su hijo, dice que es grosero y extremo.

Figura 7



Motivo de Consulta

Se presenta a consulta la señora Marisol y el señor Raúl, comentando que Max desde hace tres meses presenta miedo al dormir, se despierta en las noches diciendo que escucha algo, le da mucho miedo la oscuridad. Los padres refieren que ellos ven a Max con ansiedad, lo ven desanimado, desmotivado, contesta mal, hace berrinche, pateo, se golpea o golpea el piso con los pies. ante esto la madre responde indicándole que no está bien que se lastime y cuando lo ve agresivo pateando, le da una almohada para que descargue su agresión golpeándola o gritando en ella. Lo anterior se presenta cuando le ponen límites, cuando le dicen que haga la tarea o cuando lo manda a lavar sus dientes.

Esta sintomatología se presenta aproximadamente 14 meses después de estar en aislamiento por la pandemia de la COVID-19.

Aunado a la sintomatología antes descrita también presenta dermatitis atópica en las manos, principalmente en los dedos, mencionan que estas ronchas se presentan cada vez que se siente nervioso, *"pero más cuando regresa de la casa de su papá"* (Sic Marisol). Esto coincide con el incremento de las peleas de los padres por la situación económica, incluso notaron que a partir de que le dijeron que lo cambiarían de escuela, porque el padre no tenía empleo y no aportaba económicamente, la dermatitis se presentó e incrementaron sus rabietas y comenzó a agredirse. Esta situación se fue agravando ya que incrementaron los miedos y ha presentado enuresis secundaria nocturna derivada de un estreñimiento crónico.

Max dice que quiere ayuda para dejar de rascarse, menciona que se rasca cuando está muy desesperado, cuando le dan comezón sus manos no para y que pareciera que nunca se acabará su comezón.

Descripción clínica

Del paciente: Max es un niño de tez clara, complexión media, cabello lacio, su apariencia física corresponde con su edad cronológica, con buena fluidez verbal, su lenguaje es congruente, sin embargo, en las primeras sesiones decía palabras aisladas de

forma incoherente cuando se le hacía una pregunta, también simulando que estaba en un videojuego y con sus manos emulaba una pistola, y algunas veces hablaba muy rápido. Está orientado en tiempo, espacio y persona, se muestra en adecuadas condiciones de higiene y aliño.

De los padres: La madre de Max es de tez clara, complexión delgada, cabello corto, su lenguaje es fluido pero lento, se nota cansada y ojerosa. se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Debido a que se sentía agotada acudió a una valoración neurológica en la UNAM y le indicaron que tenía depresión y ansiedad leve, menciona que la refirieron al psiquiatra pero que este sólo le recetó medicamento y no le hizo pruebas y a ella no le gusta medicarse así que practicaría meditación para mejorar su estado de ánimo.

El padre de Max es de tez moreno clara, cabello lacio y complexión delgada, se muestra orientado en tiempo, persona y lugar, él mismo se describe como fuerte, y por ello le ha dicho a su hijo que tiene que ser fuerte, su estilo de crianza tiende a ser punitivo y castiga a Max cuando tiene accidentes nocturnos en la cama.

Historia clínica

Pre-peri-posnatales.

La madre refiere que a los cinco meses de embarazo tuvo riesgo de aborto por una infección en vías urinarias. El parto fue por cesárea a la semana 38 porque se quedó sin líquido amniótico, no se reportaron complicaciones al nacer, su alimentación fue con leche materna hasta los tres años y medio. Su desarrollo fue normoevolutivo. Tuvo problemas para articular el fonema /r/, lo alcanzó a articular al casi finalizar su sexto año de vida.

Control de esfínteres.

La madre refiere que Max logró el control de esfínteres nocturno a los 6 años, sin embargo, a los 7 años presentó accidentes nocturnos, que según afirma ella desaparecieron, sin embargo, comenta que desde hace tres meses se han presentado estos accidentes con mayor frecuencia en casa del padre, tres veces a la semana, y con la madre una vez.

Hábitos de sueño.

La madre menciona que debido a los miedos que presenta al dormir tarda en conciliar el sueño aproximadamente una hora, y su sueño se ve interrumpido en promedio dos veces en la noche, comenta que a veces tiene pesadillas, la madre relaciona dichos episodios con que el niño ve videos de terror en youtube.

Escuela.

Se ha adaptado a las clases en línea, sin embargo, la madre refiere que lo ha visto distraído y poco motivado para tomar clases virtuales, Max menciona que cuando está en clases se desespera y le dan comezón sus manos, él quiere que acaben sus clases para ir a jugar videojuegos. Debido a los problemas económicos, hace tres meses le comentaron que lo cambiarían de escuela, él se mostró triste y la madre observó que incrementó el prurito en sus manos.

Social.

La madre refiere que no se le complica socializar con sus pares ni con sus compañeros de clase, sin embargo, no tiene amigos. Max comenta que en la escuela a veces le dicen gordo y eso no le gusta.

Manifestaciones clínicas

En la tabla 10 se presentan las manifestaciones clínicas observadas.

Tabla 10

Manifestaciones clínicas para la formulación del caso

Psicofisiológicas	Cognitivas	Conductuales	Social
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dermatitis atópica cuando se estresa, cuando su madre le grita o su padre lo castiga ▪ Estreñimiento crónico ▪ Parálisis del sueño ▪ Pesadillas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cree que alguien lo vigila en el espejo ▪ Le preocupa que algo malo vaya a pasar ▪ Piensa que su mamá se va a poner triste si dice que quiere estar con su papá 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lloro mucho cuando regresa de la casa de su papá ▪ Se golpea la cara cuando tiene mucho enojo ▪ Cuando le ponen límites pateo las cosas y golpeo el piso con los pies ▪ Golpeo o grito en una almohada cuando estoy enojado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No tiene amigos ▪ Por la pandemia no ha podido interactuar con sus pares

Afectiva	Familiar	Psicosexual	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extraña a su papá ▪ Miedo a la oscuridad ▪ Desanimado ▪ Le molesta que sus compañeros le llaman gordo ▪ Dice odiar la escuela ▪ Teme que su madre lo golpee 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus padres constantemente están en conflicto ▪ Ha presenciado peleas entre sus padres ▪ Percibe falta de aceptación familiar, actitudes hacia él de crítica, falta de afecto, rechazo y agresión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hace berrinche cuando le dicen que haga la tarea ▪ Se pone alerta al escuchar ruidos en la noche ▪ Ha visto videos sexuales en su Tablet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creativo ▪ Buena fluidez verbal ▪ Le gusta mucho dibujar ▪ Buen juego simbólico

Resultados de la evaluación

De acuerdo con las pruebas proyectivas se puede observar que el autoconcepto de Max no es realista ya que se identifica con su papá, con una persona fuerte, como él quisiera ser, en ocasiones Max ha comentado que no le gusta que le digan gordo, que su papá le enseña a hacer ejercicio.

Se observan indicadores relacionados con agresión, dificultad de control de impulsos, y un evidente esfuerzo por negar los problemas, rechazar enfrentar al mundo y escapar a la fantasía, así como dificultad para establecer relaciones cercanas. Esto se ha visto reflejado en las conductas descritas por la madre y por Max, de agresión hacia él mismo o en los momentos que se enoja, pateo las cosas o se golpea la cara. Con respecto a la historia elaborada se puede inferir que Max se percibe anulado por nacer en un año donde se acabó el mundo (2012), en su relato desea ser adolescente y pone en evidencia las ganas de ser aceptado por sus pares. En su dibujo familiar refleja la separación de sus padres y cómo es que él se encuentra en medio de ellos, ocupando una posición central en donde la mirada de ellos converge hacia él. Denota sentimientos de agresión, inferioridad,

inseguridad e inadecuación en su contexto familiar. Se muestra sensible al ambiente y evasivo para enfrentar su entorno.

Max presenta estrés significativo. En el factor *de falta de aceptación familiar*, Max percibe actitudes hacia él de crítica, falta de afecto, rechazo o agresión (Pc= 89). El factor de *Agresión verbal y burla* (Pc=94) sugiere que experimenta burlas constantes hacia sus acciones pensamientos, sentimientos, apariencia física, así como exclusión de su grupo de pares. El factor *Falta de confianza y respeto* (Pc=79) indica que percibe falta de respeto en su capacidad para decidir, en su autonomía y que sus deseos no son tomados en cuenta.

En cuanto a la *Presión escolar* (Pc=92) es posible que Max vea difíciles o excesivas las tareas o actividades escolares. El factor de *Exigencia familiar* (Pc=90) muestra estrés al realizar actividades que los mayores le ordenan que no son propias de su edad. Para el factor de *Regaño y castigo* (Pc=85) muestra estrés relacionado con las sanciones de los padres como regaños o castigos derivados de su conducta. Por último, el estrés relacionado con el factor de *Miedos* (Pc=87) indica que Max tiene miedo o se siente preocupado derivado de la pérdida de seguridad y bienestar general, ya sea de sí mismo o de sus seres queridos.

Max utiliza a menudo mecanismos (psicológicos y conductuales) disfuncionales (Pc= 88) y centrados en la emoción (Pc=79) para mantener el equilibrio de lo que percibe de su entorno, tales como el enojo, agresión hacia él y los demás, también tiende a responder con miedo (real o imaginario, presente o futuro) y con tristeza.

Por otro lado, tiene un riesgo significativo de presentar algún problema clínico del tipo emocional (Pc=90) y conductual (Pc=85). Muestra puntuaciones elevadas en ambos, tanto problemas internalizados como externalizados, es decir, presenta sintomatología mixta.

Con respecto al comportamiento adaptativo, Max no logra adaptarse al medio, tiene pocas habilidades para adaptarse socialmente al contexto que le rodea y para seguir las pautas establecidas.

La Escala de ansiedad manifiesta en niños CMASR-2 presenta en las 6 áreas evaluadas puntuaciones escalares dentro de lo "normal" o esperado para niños de su edad. Respecto a la sintomatología depresiva, Max obtuvo una puntuación natural de 13 (pc 70), por lo que no muestra sintomatología depresiva. En el caso de la valoración negativa obtuvo un puntaje natural de 8 (pc 80), esto indica que no tiene una valoración positiva de sí mismo.

Cuenta con buenos recursos que se pueden utilizar como palanca para sus áreas de oportunidad, es muy creativo, tiene buena fluidez verbal y le gusta mucho dibujar.

Impresión diagnóstica

Max presenta estrés significativo, esto es derivado del contexto que está viviendo en su familia, peleas constantes de sus padres, regaños y castigos punitivos por parte de su padre, ante esto responde de manera disfuncional recurriendo al enojo, agresiones hacia él y los demás, no consigue un adecuado equilibrio emocional ante situaciones estresantes por lo que en ocasiones se le puede ver temeroso ante situaciones presentes o futuras. Esto podría ser un factor que contribuya directamente con su dermatitis, ya que reporta que se presenta cuando dice sentirse desesperado, cuando regresa de la casa de su padre y cuando su mamá lo regaña.

Tiene altas posibilidades de presentar algún problema clínico de tipo emocional, sus niveles de conductas internalizadas y externalizadas se encuentran en un nivel importante, se vuelve fundamental que reciba atención oportuna y adecuada para ambas áreas a fin de lograr un bienestar emocional.

Focos de intervención

De acuerdo con los resultados de la evaluación fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le ayuden a regularse y con ello pueda responder de manera más funcional ante situaciones de estrés permitirá que Max pueda adaptarse a diferentes contextos y disminuir la presencia de dermatitis atópica, aunado a esto promover la crianza positiva permitirá que Max mejore su percepción de ser criticado, rechazado y carente de

afecto en su entorno familiar. En la tabla 11 y 12 se resumen los focos de intervención propuestos.

Tabla 11

Focos de intervención para Max

	Meta terapéutica	Criterio de cambio	Modalidad
Estrategias de afrontamiento funcional	Promover la solución de problemas de manera efectiva en Max a través de la terapia de juego integrativa.	Que Max aprenda la técnica de solución de problemas y la aplique	Individual
	Que Max conozca sus emociones y pueda expresarlas a través de la descarga de sus sentimientos	Que Max pueda expresar sus emociones	Individual
	Promover que Max utilice la regulación emocional para hacer frente a eventos estresantes	Que Utilice las técnicas aprendidas para regular sus emociones	Individual
Fortalecer su autoconcepto	Enseñar a Max una forma de relajación para que pueda hacer frente al estrés	Que Max logre relajarse en situaciones de estrés	Individual
	Proporcionar estrategias para fortalecer su autoconcepto positivo	Max logrará realizar una descripción de sus cualidades tanto físicas como personales	Individual

Tabla 12

Focos de intervención para los padres de Max

	Objetivo	Modalidad
Psicoeducación	Que los padres conozcan cómo es que las interacciones agresivas entre ellos y la falta de estructura es un factor estresante para Max	Ambos padres o por separado
Promover la coparentalidad	Orientar a los padres de Max para que hagan equipo en la toma de decisiones y acuerdos respecto a su parentalidad.	Ambos padres o por separado
Crianza positiva	Promover el fortalecimiento de una interacción familiar saludable, segura capaz de dar contención a Max.	Ambos padres o por separado

Fase 2: Intervención

Para una mejor comprensión, se presentará la fase dos (intervención) organizada por momentos importantes del proceso terapéutico: 1) Jugando y descargando, donde Max tendía a liberar su afecto y a proyectar sobre las historias, los juegos y los personajes; 2) Comprendiendo el síntoma, aquí Max le dio forma a eso que le sucedía, inclusive lo pudo entrevistar externando lo que vivía día a día; 3) Regulando el estrés, aquí se proporcionaron herramientas que él podía utilizar cuando se sintiera estresado, 4) haciendo una red de apoyo, en el cual se impartió un taller de crianza positiva a los padres, mediante el cual se proporcionaron herramientas para que respondieran de una mejor manera ante su hijo.

Jugando y descargando

*“Esto me gusta mucho, hasta siento
que ya no me pican mis manos”*

Sic. Max

Desde la sesión número uno se pudo observar a Max muy activo y creativo, juntaba sus manos emulando una pistola y tenía diálogos consigo mismo que eran inaudibles. Así que se pudo observar la necesidad de crear, jugar y externar por lo que se decidió iniciar con juego libre. Se le mostró el cuarto de juegos virtual, apéndice 1, para que lo explorara y él decidiera el juego.

Durante el juego libre elegía realizar historias en diferentes escenarios, a cada escenario le colocaba un nombre y desarrollaba su historia, se muestran a continuación algunas que fueron muy representativas de su situación emocional.

Sesión: 2**Título:** “El fin del mundo”**Temas:** Amistad, peligro, solución de problemas, fin del mundo.**Figura 8***Representación del juego con los títeres virtuales*

La historia se sitúa en un grupo de niños, Alex, Gabriel, Darius y Zenzen, quienes se encuentran en la escuela, específicamente en el gimnasio.

Gabriel: abran la puerta, porque tocan.

Darius: Es otro monstruo (hace los sonidos como si el cabeza de dinosaurio los atacara),
¡Corran todos! Corren y llegaran al patio de la escuela.

Alex: hay que escondernos.

Zenzen: ¡si ahí vienen todos los monstruos!

-Mueve los títeres simulando que se están escondiendo-

Gabriel: yo voy a los baños

-los demás los mueve para esconderlos-

Darius: ¿Dónde nos escondemos?

Zenzen: Aquí, ven -Lo lleva a esconderse en un juego del patio-.

Una vez que se escondieron sale la araña

Después va con los niños escondidos en el baño

Gabriel: vamos a escondernos en el inodoro

Alex: ¡eso es tortura! ¡Tortura!

Gabriel: alguien está abriendo la puerta, ah solo es el chico de las motos que va a hacer pipí,

-y en eso la araña lo ataca y se come al de las motos, mientras se lo come los niños escapan

- un títere de dinosaurio los está buscando, Max realiza los sonidos de un monstruo-

Gabriel: hay que escapar, ¡pero rápido!

-A Gabriel lo atacó la araña-

Gabriel: ¡guácala! me metió la lengua a mi boca, me siento repugnado, pero ya la matamos ¡corran!

Alexis: Hay que descansar,

Gabriel: no puedo aún sigo pensando en eso

Alexis: tal vez no es su boca

Gabriel: me estás diciendo que me metió el intestino por la boca

Alexis: Si

Gabriel: Ah que asco no inventes, pudiste decir que no

Darius: ¡Cállense los dos!

Gabriel: No, cállate tú

Darius: No, tú

Zenzen: hay que escondernos para vivir

Alexis: no sabía que hablabas español

Gabriel: faltan kilómetros para llegar a las naves espaciales

Darius: esta es mi vecindad

Gabriel: Perfecto aquí podemos ver donde está y avisarles a tus padres

Gabriel: Mis padres no me quieren ver, era muy malo con los números, me regañaron y entonces les golpeé la cara y ya no me quisieron ver más, mi madre ya no me quiso ver.

Darius: Aw hermano, eso duele.

Gabriel: Darius no es tiempo para bromas

Gabriel: el doctor al que le íbamos a entregar la llave para acabar con el fin del mudo está muerto.

En ese momento escucharon en la tele las instrucciones de cómo insertar la llave

Alex: yo lo haré

Pero Alex, tú le tienes miedo a las alturas

Alex: hay que superar los miedos para conseguir algo bueno

Cuando Alex fue se encontró a la araña y pudo combatirla, encajó el código 7749578.

Los niños encajaron la llave y los misiles destruyeron a la nave espacial.

Alex se encargó de matar a la araña, usando fuego, él superó su miedo al fuego y así mató a la araña.

Los niños festejaron porque salvaron al mundo y la reina los coronó.

Observaciones: Max disfrutaba mucho el mover los títeres y hacer sus voces.

Buscaba los escenarios y después continuaba con sus historias.

Sesión: 3

Título: "Vaya Juguete"

Temas: Interacción familiar, castigos, traición, triángulo amoroso, muerte.

Figura 9

Representación del juego en el arenero virtual



“Todo empieza en una casa, la madre iba bajando las escaleras, la niña estaba en las sábanas, la madre descubre que está viendo películas que no debe de ver, ósea de terror y la castiga y a días casi de su cumpleaños su padre le da su regalo que es ir a la casa de su tío, pero deben de saber algo, el tío estuvo casado con la madre, la madre se divorció del tío y se cansó de él, el tío se llama esteban, mejor le ponemos Steve, y entonces el tío se quiso vengar, entonces la niña está muy emocionada por ir a la casa de su tío, pues es el único que tiene entonces la niña se emociona mucho, entonces la casa de su tío es como una tipo cabaña ,ellos (señalando al tío y al papá) estaban hablando solo de cosas de trabajo, nada divertido, entonces la niña se cruza de pelos y se va, tira su caja de regalos y escucha unos cascabeles, el tío dijo que le iba a adelantar el regalo, entonces, adentro estaba un muñeco (coloca un arlequín en la arena virtual) le contó una historia grotesca sobre el muñeco porque a la niña le encantan las historias de terror, terror de

sangre, le dijo que este era un bufón que hacía reír a su rey pero no lo hizo reír nunca, entonces mandaron a las águilas más sangrientas que la tiraran del edificio y le sacaran las tripas y la niña en lugar de estar agonizando y sufriendo dijo o my Good i love you.

Y entonces en la noche cuando ella dormía desapareció su muñeco, ella tenía un escenario de títeres y entonces el títere cobró vida y le dijo a la niña, quieres ver un show y salieron títeres parecidos al tío y a su padre y a la madre que daba a entender que el tío tenía una relación secreta con la madre, el papá no lo sabía y le decía esto la niña a todos y el muñeco tenía que mandar al infierno a todos. En el día fue por un libro Steve y descubrimos que ahí la historia del títere fue real, que un mago lo había convertido en títere y le dio poderes del diablo, entonces la niña pensó en cómo decirle al padre que había una relación secreta, era en un show de títeres, los títeres eran ellos y entonces era de un cierto show de una arena traicionando a su rey por un cierto príncipe, entonces todos estaban un poquito incómodos y entonces en la noche tuvieron que traicionar a este (Refiriéndose a Steve), fue una pelea épica, le cortaron los dedos (moviendo los personajes simulando una pelea entre Steve y el padre de la niña) y entonces terminaron...haciendo sonidos de pelea pero vivió (refiriéndose al padre), pero como fue una pelea épica los dos murieron entonces la chica los tiró al agua para que no hubiera evidencia y mientras se iban al agua se ponía roja, entonces al escuchar unos tintineos cuando dormía la madre, quiso saber quién era. Y cuando bajó las escaleras no se dio cuenta que había una cuerditita, pero como las escaleras eran muy altas se cayó, la cuerda la había puesto la niña, ahora era una asesina como su madre”.

Observaciones: Max disfrutaba el juego, en dos ocasiones la red nos desconectó, pero enseguida Max colocaba a los personajes donde se había quedado y continuaba con la historia. Este día la mamá de Max le había regañado porque se dio cuenta que en su Tablet había videos de mujeres en traje de baño, él se encontraba muy angustiado, aunque no lo mencionó a la terapeuta, solo dijo que le ardían mucho sus manos y le daban comezón. Mientras colocaba los personajes dijo que le gustaba mucho hacer eso, que ya no

sentía comecón en sus manos. Al término de la historia preguntó a la terapeuta si le había gustado la historia.

Sesión: 10

Título: “Sobrevive al asesino”

Temas: Niño solo, ausencia de la madre, alcoholismo, violencia familiar, amistad

Figura 10

Representación del juego con Legos



“Todo empieza en una venta de garaje, la señora está vendiendo, Mike, que es el personaje principal se le antoja comprar algo y le llamó la atención Chuky y lo compró por dos dólares, pero nuevamente la señora que vendía, cuando Chuky se fue, el cuchillo de carnicería desapareció, y ya saben quién lo robó, Chuky, pero el que estaba vendiendo a chuky no era una señora, el creador de todos los monstruos asesinos, el creador es el señor cabeza de calabaza. Y en la casa de Mike (Max presenta la casa, muestra la recámara, la sala, el sótano), coleccionaba muñecos, les quitaba la cabeza y hacía esculturas porque estaba siguiendo el sueño de su madre que chocó en un auto, el sueño de su madre era ser artista, intentó quitarle la cabeza a Chuky, pero su padre le dijo que no quería ver ninguna

cabeza de muñeco ahí, le destruyó todo (simulando con el muñeco tirando todas las cabezas con un bate), estaba borracho, Mike guardó a Chuky para que nadie lo viera. En la noche le habló a Mike y se sorprendió porque no tenía baterías. Mike se siente muy mal y desearía que tuviera mamá de nuevo. Entonces Chuky le habla a Mike y le dijo, nadie te molestará estas a salvo conmigo, entonces cuando Mike estaba durmiendo, Chuky atrajo al papá con una botella de cerveza, el papá dijo que la quería y persiguió a la botella, Chuky lo llevó al sótano, entonces cuando el papá se quedó atrapado, le puso un cable de electricidad y le aventó la cerveza (Max simuló como si se estuviera electrocutando el personaje), luego Chuky dijo, no molestarás a Mike, entonces cuando despertó y vio a su papá muerto, le reclamó a Chuky, dijo que Chuky no tenía alma, no tenía corazón, pero él dijo si no hubiera tenido corazón no hubiera tenido a un hijo mitad mujer mitad hombre y dijo que, Mike se va de la casa corriendo, toma el bate de su padre, el señor del banco cuando llegó a la casa vio al cuerpo del hombre, entonces se espantó mucho, iba a llamar al 119 y Chuky lo atacó y lo mató de una forma brutal que no se puede enseñar en el video, lo voy a censurar, sólo diré esto, imagina un hilo descociendo a un peluche. Entonces se puede ver al del banco tirado, sus piernas y su cuerpo separados, y déjame decirte que no fue bonito como lo mató, Mike gana, es lo único que diré, así termina la historia, Mike gana la pelea con Chuky, dijo, otro juguete para mi estatua y se llevó su cabeza y luego una podadora pasa y destruye el cuerpo de Chuky, la cabeza sale volando y llega hasta gran cabeza de calabaza y él le dice, me defraudaste, y lo manda a un libro. Y esta historia continuará y esta vez los protagonistas serán los adultos”.

Observaciones: Max se tomó su tiempo para hacer el escenario de su historia, disfrutaba el mover a sus muñecos de lego y simular cuando los mataba. Mientras contaba la historia su mamá estaba en el comedor, a un costado donde Max estaba, se escuchaba su voz y en ocasiones se atravesaba en la cámara. Max siempre estuvo atento hilando su historia, cuando necesitaba algo colocaba su teléfono boca abajo y regresaba.

Sesión: 11**Título:** “Sobrevive al asesino 2”**Temas:** Niño solo, ausencia de la madre, alcoholismo, violencia familiar, amistad**Figura 11***Representación del juego con legos*

“Primero quiero que veas a los personajes, ella es Melisa, Ana, Alan y Steve, ellos son amigos de Mike, hay tres asesinos en esta historia, Black side, Devil y Chuky. Mike vive solo y está viendo las noticias donde dicen que hay 709 asesinatos, en eso tocan la puerta, es la mejor amiga de su infancia, Melisa, le dice que si quiere ir al supermercado con ella y él responde que sí. (Max coloca un escenario de legos simulando que ese era el supermercado).

Mike ya es adulto y se va a comprar el periódico mientras Melisa toma un vaso de agua, en eso se apaga la luz y se escuchan unos pasitos como de muñeco, luego se escucha un cuchillazo, entonces en eso cuando se prenden las luces, encuentran a la señora del supermercado acuchillada (Max muestra un muñeco de lego con plastilina en la cara mostrando como estaba acuchillada). En eso Melisa y Mike le llaman a la policía, Alan es el policía, les dice que quién más estaba y solo ellos dos estaban, pero escucharon dos pasos muy lentos, en eso se vuela a apagar la luz, esta vez aparece ni más ni menos que Chuky y les dice algo muy feo, se apaga la luz y encuentran la cabeza del banquero,

entonces van a recurrir al jefe detective, Steve, él les dice que no fue Chuky que fue otra persona, llega la asistente de Steve, Ana, y dice lo mismo, no pude ser Chuky y entonces cuando se apara la luz aparece Devil, y entonces.. se escuchó esto (soplándole al micrófono), y Steve tiene un machetazo, Ana llora, porque era su asistente pero él también era su padre y entonces dice, nos vamos a vengar y vuelven al supermercado pero esta vez será diferente, entonces para acabar esta película va a ver una pelea final, aparece Black side, se va la luz de nuevo y Alan se murió, y con su último aliento dice, disparen... y se muere, entonces Mike hizo caso al consejo de Alan y mata a Black y aparece Chuky y Devil, Chucky se encima en Ana y chuky mata a Ana, y entonces Mike dice ¡noooo!!, y cuando se muere Ana chuky se ríe, pero, al fondo se escucha un tiroteo y Steve sigue vivo, mata a Chuky y entonces dice ¡noo! Porque su hija murió, Steve no murió porque tenía chaleco antibalas y vasos de Jamaica pegados a su cuerpo, fijen la sangre, entonces esta es la parte más triste porque Steve se va con su hija porque el Diablo Mata a Steve, solo queda Melisa y Mike, se enfrentan a Devil, Mike se da unos buenos catorrazos con Devil, entonces cuando Devil le iba a dar a Mike en el corazón Melisa se atraviesa, esta es la parte más triste porque la mata, Mike dice no gritando muy fuerte y mata a Devil, pero su mejor amiga se murió, le dice que siempre fue su mejor amiga y que nunca la va a dejar. Hay una escena post créditos. Mike toma su auto y atropella a Mike cabeza de calabaza y lo mata, Mike se vengó, y ahí termina la historia”

Observaciones: Max estaba muy entretenido en su historia, colocaba plastilina roja a los personajes que ya morían, tapaba la cámara cuando decía que se iba la luz y mostraba al personaje que seguía en su historia.

Al final se reflejó que todos los personajes principales de sus historias nunca morían, Max dijo que si, se salvaban por su ingenio y en esta ocasión su amiga le ayudó a su personaje, la terapeuta le dijo que si, a veces uno necesita de ayuda de los demás, Max dijo que si, que él también usaba su ingenio para sobrevivir.

Comprendiendo el síntoma

Sesión: 6

Creando a Máximo Ardor

Figura 12

Representación hecha por Max de Máximo Ardor



Con el objetivo de externar el problema, se decidió crear a eso que le molestaba, eso que le hacía darle comezón en sus manos, Max decidió darle nombre, lo llamó Máximo ardor. A continuación, se presenta un extracto de las entrevistas realizadas a Máximo ardor.

Durante la sesión se le pidió que tuviera plastilina a la mano, comenzó a sacarla y colocarla en su escritorio, sin embargo, Max se percibía triste, ese día su mamá le acababa de gritar y lo había tomado del brazo con mucha fuerza, esto lo comentó mientras amasaba su plastilina, Se le pidió que le diera forma a eso que lo molestaba, a lo que él consideraba que era su problema, así nació Máximo ardor.

Máximo ardor Se muestra de mal humor, tiene los cabellos de fuego porque su mamá se los quemó cuando era niño, por eso le prenden como fuego y se presenta en sus manos para darle comezón.

Sesión: 7

La entrevista

En la sesión que fue dedicada a hablar con Máximo ardor, Max lo preparó para la entrevista, le colocó una taza de café.

Figura 13

Máximo Ardor con su tasa de café listo para la entrevista



Max: Espera, fue por su café

T: Muy bien, lo esperamos

Max: ya está subiendo las escaleras, está abriendo la puerta

T: ¡muy bien! Ahora se presenta con nosotros el señor ¡Máximo Ardor! Pase señor. Max, en esta semana se presentó Máximo ardor, quieres preguntarle algo?

Max: que ¿cómo le va?

Max toma la figura de plastilina y realiza una voz ronca moviendo de un lado para otro la figura, simulando la conversación con él.

M.A.: me va un poco mal porque mi pup it se quedó en casa de papá

Max comenzó a jugar con su cámara girándola, después realizó otra pregunta.

Max: ¿por qué se presentó?

M.A.: porque quería mi pup it

T: ¿osea que se presenta cuando no le dan lo que quiere?

Max, mueve su cabeza acentuando y diciendo en voz bajita Si

M.A.: mi pup it está en casa de papá, diablos.

T: oiga señor Máximo Ardor, pero lastima las manitas de Max, ¿no cree que es injusto?

Máx se quedó pensando y volteó su mirada hacia abajo y levantó la figura de plastilina y contestó con la voz de Máximo Ardor.

M.A.: Bueno, eso sí es cierto

T: si, bueno tal vez no le dieron lo que usted quiere, pero no se ha puesto a pensar que daña las manitas de Max.

M.A.: No, para nada, ni en un millón de años

T: Max tu quisieras decirle algo

Max: pues me dañan mis manitas (al mismo tiempo él se contestó con un lo siento)

T: oiga señor Máximo Ardor, aparte de que, porque no tenía su pup it, ¿por qué más se presentó esta semana?

M.A.: por los exámenes, tuve muchos, y mañana tengo examen.

T: Máx como ves si le preguntamos ¿qué puede hacer para que se baje su intensidad de ardor?

M.A.: pues que no haya tanta tarea-

T: Bueno, eso es complicado señor Máximo, porque en la escuela casi siempre dejan tarea.

M.A.: bueno que se haga rápido

T: ¿Usted presiona a Max para que la haga rápido?

Máx: si me presiona

T: oye Max, tápale los oídos al Máximo Ardor, quiero decirte algo

Max: okey, ni tiene orejas, pero bueno se las tapo (sonriendo)

T: hablando en voz baja, No crees que sea bueno preguntarle ¿cuál es su debilidad?

Max: acercándose a la pantalla para escuchando y con una sonrisa grande, ¡eee si! ¿Cuál es tu debilidad Máximo Ardor?

M.A.: que no tengan una crema, que tengan una pared y todo lo que quiera haaa jajaja
(moviendo su figura de plastilina)

Máx: pero eso no se puede hacer

M.A.: bueno, pero al menos la pared, una pared con muchas pieles, con muchas pieles para arrancar.

T: ¿y así ya no se irá a sus manitas?

M.A.: Si

T: Esa sería una buena opción qué bueno que le preguntaste. Oiga señor Máximo Ardor, y ¿usted de dónde viene?

M.A.: yo vengo del mundo fuego

T: y ¿por qué vino acá?

M.A.: porque me expulsaron para una misión super secreta que era causarles problemas a todos los niños.

T: Todos tenemos una historia, ¿verdad Max? ¿Cuál es la historia de Máximo Ardor?

M.A.: primero lo que quiero es un lugar donde rascar, vengo de la ciudad Axlú, en la ciudad de Axlú todos somos enojados, nadie es amable, nos gritamos, nos pegamos y hasta nos pateamos y hasta los policías son malos con todos, hasta con los niños, por eso de niño aprendí a ser siempre malo.

T: y ¿cómo fue que llegó con Max?, ¿cuándo fue la primera vez?

M.A.: la primera vez fue hace (mira hacia arriba tratando de recordar) un año, me expulsaron de la nave, para la misión yo estaba cayendo así (mueve sus manos simulando la caída) y entonces vi al niño con su padre con un helado platicando mucho, entonces ahí tomé la forma de un mosquito y entonces le piqué y me metí dentro de él y así pasó.

T: y ¿Max intentó defenderse?

M.A.: no porque él estaba sumamente concentrado con su helado

T: Osea que usó un distractor para meterse

M.A.: Si

T: oiga y nosotros ¿podemos hacer algo para que ya no queme tanto las manitas de Max?

M.A.: comprarme muchos pup its, están muy baratos, más baratos que un jugo del mercado

T: y hay algo que puedan hacer los papás de Max

M.A.: enseguida dijo, que no me griten, que no me griten (repitió)

T: que no le griten a ¿Máximo Ardor o a Máx?

M.A.: a Max

T: Max, ¿puedes platicarle a M.A. cómo te sientes cuando él llega?

Max: me siento mal, además con mucha picazón, demasiada picazón, lo que le sigue de picazón y no me gustan los mosquitos.

T: no te gustan

M.A.: hablando de mosquitos, maté uno y le tomé su cuerpo, su forma.

T: Oiga M.A., hace un rato me estaba platicando de dónde venía, ¿tiene familia?

M.A.: mi familia dijo que debía conseguir trabajo o si no estarían sin techo.

T: y ¿algún día usted regresará a su planeta?

M.A.: cuando termine mi misión

T: y ¿cuál es su misión?

M.A.: Terminar a que se rasque, pero si se recupera pues me voy

T: ¿Cómo se va a recuperar?

M.A.: No tengo idea

T: ¿Cómo sabría usted que su misión ya terminó y que tiene que regresar a su planeta?

M.A.: quitándole todos los pedazos de la piel.

T: ¿Usted viene a quitarle todos los pedazos de la piel a Max?

M.A.: No. que se implante el rascor, osea que se quede sin el rascador por mucho mucho tiempo.

T: entonces, usted dice que se presenta cuando no le dan lo que quiere, le pica las manitas de Max, que su misión es que él tenga mucha comezón, ¿sí? ¿entendí bien?

M.A.: exacto

T: y usted se va a ir cuando Max ya no tenga comezón, ¿sí?

M.A.: si, exacto

T: Entonces, eso me hace pensar que se va a ir cuando ya no le importe si le dan o no las cosas que usted quiere.

M.A.: no, debo de implantarle el rascor, pero si sus manos están limpias como las tuyas ya me voy al diablo (hace un sonido de wuuuuuu y mueva al muñeco de plastilina hacia arriba)

T: ¿a qué se refiere señor cuando dice que cuando sus manos estén limpias?

M.A.: como las tuyas, sin nada.

T: entonces déjeme entender, usted se presenta cuando no le dan las cosas que quiere o cuando sus papás le gritan

M.A.: ¡exactamente!, ¡¿hasta cuándo puedes entender?!

T: ay perdóneme señor M.A. me tardo un poco en entenderle, como habla otro idioma, sólo me tardo un poquito más en entenderle, no se vaya a enojar y causarle ardor en las manitas de Max, ¿de acuerdo?

M.A.: de acuerdo

T: yo soy un poquito lenta, ¿puede tenerme paciencia?

M.A.: bueno si

T: gracias, entonces, ¿también ya no se presentaría en las manitas de Max cuando sus papás dejen de gritarle?

M.A.: Si

T: y qué le hace enfurecer más, ¿que le griten, o que no le compren lo que quiere?

M.A.: que me griten.

T: ok, ya entiendo, señor Máximo Ardor, quiere jugar con nosotros o ya se quiere ir a su casa. ¿Dónde vive?

M.A.: yo vivo, bueno si mis cálculos son correctos, vivo en un pequeño juguete, no es tan pequeño la verdad, es un juguete (volteando para buscar algo en su cuarto) emmm, cómo se llamaba, a ver, es naranja, ah no, no es un juguete, esta es mi casa temporal (una mochila naranja). Me voy a mi casa.

T: Gracias por estar en esta entrevista el día de hoy, ¿después nos podría conceder más entrevistas?



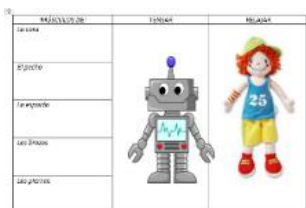

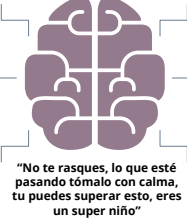
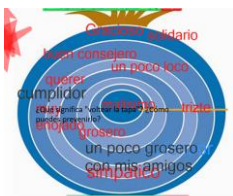
M. A.: Si


Regulando el estrés

A lo largo del proceso se le fueron dando estrategias a Max para cuando se sintiera estresado él pudiera aplicarlas, también se otorgaron estrategias para fortalecer su autoconcepto. En la figura 14 se presenta la descripción de cada una de ellas.

Figura 14

Resumen de algunas técnicas utilizadas para reforzar el afrontamiento funcional

No. Sesión	Técnica	Descripción
4 y 5	Conociendo mis emociones	 <p>Dibujaba y escribía cómo se había sentido en el día.</p>
13	Solución de problemas	 <p>Consta de tres etapas: Rojo: Paro, respiro Amarillo: pienso en el problema y todas sus posibles soluciones Verde: tomo una decisión</p>
13, 14 y 15	Relajación y Botón de pausa	 <p>Con ayuda del botón de pausa y la técnica de muñeco de trapo y robot, Máx pudo aprender a identificar situaciones que le tensaban y poder relajarse.</p> 
19	Auto instrucciones	 <p>“Relájate, tranquilo, respira y piensa que la suma o la resta o multiplicación son fáciles”</p> <p>“No te rasques, lo que esté pasando tómallo con calma, tu puedes superar esto, eres un super niño”</p> <p>“Tu puedes, no te rindas, eres más que rendirte”</p> <p>“Si Mateo te pega, no te preocupes, acúsalo con la Miss”</p> <p>Como apoyo para disminuir su estrés y encontrar una solución.</p>
21, 22 y 23	Autoconcepto	 <p>La técnica de la cebolla ayuda a identificarse como un todo, con emociones, experiencias y pensamientos complejos</p>

No. Sesión	Técnica	Descripción
24, 25 y 26.	Autoestima	 <p>Tarjetas que ayudan a fortalecer la autoestima, contienen preguntas que promueven el autoconocimiento.</p>

Construyendo una red de apoyo. Taller de crianza positiva

El taller de crianza positiva se llevó a cabo durante 6 sesiones con una hora de duración cada una. Las sesiones fueron únicamente con la madre, el padre estaba molesto con la madre y decidió no participar en las sesiones, a pesar de proporcionarle un espacio en donde él estuviera sólo y pudiera tomar el taller, él mencionó que estaba en entrevistas de trabajo y que no tenía disponibilidad para atenderlo, así que se le ofreció mandarle todo el material y la presentación para que la leyera y si surgía alguna duda atenderla.

A continuación, se presenta a manera de resumen las sesiones del taller de crianza positiva.

Figura 15

Resumen del taller de crianza positiva

Sesión	Tema	Objetivo	Observaciones
1	¿Qué es la crianza positiva?	Dar a conocer el concepto, los preceptos y el eje del trato amable. Dar a conocer los estilos de crianza.	Durante la sesión la madre estuvo muy atenta, tomaba notas y aclaraba dudas. Al conocer los estilos de crianza pudo identificar que muchas veces se había comportado de una manera autoritaria con Max. Mencionó que llega a perder el control y exige, grita y a veces golpea.
2	Conozca la etapa de desarrollo en el que se encuentra su hijo	Dar a conocer qué es comprensible en la etapa de desarrollo de Max desde lo social, cognitivo y emocional	La madre estuvo muy atenta y mencionaba ejemplos de conductas de Max que ella pensaba que ya no eran para su edad, como el enojarse o el llorar.
3	Ser firme y afectuoso (a)	Dar a conocer las pautas para ser firme preservando el vínculo	La madre pudo identificar sus agresiones hacia Max, mencionando que a veces

Sesión	Tema	Objetivo	Observaciones
		afectivo estableciendo respeto mutuo.	estaba muy estresada y solo así le hacía caso. Al proporcionarle estrategias para ser afectiva mediante ejemplos de la vida cotidiana pudo entender mejor como aplicarlos, como validar las emociones de Max y demostrarle que lo comprende desde una postura cálida.
4	Ser justo (a) y flexible	Dar a conocer cómo implementar pautas disciplinarias a través del respeto.	En esta sesión la madre no estaba muy atenta, se mostraba dispersa y hacía gesticulaciones hasta que se le preguntó cómo se sentía, ella mencionó que le costaba trabajo ser flexible si ya había puesto una regla. Se le explicó la diferencia entre una regla, un límite y pautas disciplinarias. Le quedó más claro y junto con la terapeuta se buscaron ejemplos para que los aplicara con Max.
5	Entender, pertenecer e incluir	Dar a conocer pautas para entender a su hijo y generar una conexión emocional con su hijo.	En esta sesión la madre mencionó que ella necesitaba entender sus emociones para poderlas regular, hizo hincapié que estaba en un grupo de meditación que le estaba ayudando mucho.
6	Solución de problemas. Contención y apoyo.	Dar a conocer el modelo EPA para que pueda aplicarlo cuando se enfrenten a un problema.	En esta sesión se realizó un juego de roles, para que aplicara la empatía y aprendiera a identificar cuál era el problema y las posibles soluciones.

Observaciones: Durante el taller la madre de Max pudo detectar cómo algunas veces se mostraba autoritaria con Max e inclusive aplicaba violencia con él. En un ejercicio se le pidió que en la semana anotara las veces en que Max presentaba su dermatitis, para ello se le entregó un formato (ver apéndice 2) donde se le indicaba que colocara el día, la hora y qué sucedió antes de que observara el enrojecimiento en las manos de Max o que él verbalizara ardor, en otro apartado se le pidió que anotara lo que había hecho después de

observar la inflamación en las manos de Max. Este formato no lo entregó, sin embargo, en la sesión 3 del taller lo primero que mencionó fue que ya se había dado cuenta que ella era la que también hacía que Max se estresara y se rascara. Mencionó que estaba anotando en el registro cuando recordó que estaba acomodando su closet y estaba estresada, Max se acercó preguntándole algo y ella le gritó le dijo que no ayudaba en nada, minutos después Max estaba llorando en su cuarto y rascándose sus manos.

Cada sesión se llevaba pautas específicas para aplicarlas con Max, esto le ayudaba a aplicarlas en casa y dar retroalimentación de lo sucedido.

Fase 3: Cierre del proceso terapéutico

En este apartado se mencionarán las sesiones que se realizaron para el cierre terapéutico. En esta fase también se aplicó la escala de Infantil de estrés y la escala infantil de afrontamiento a manera de post-test para analizar los cambios de Max.

Desde la sesión 25 se le mencionó a Max que había llegado el momento de ir cerrando el proceso terapéutico, que se haría un cierre con sus papás a manera de celebración. Se le reflejó los avances que había tenido y cómo cada vez que su ardor se presentaba se relacionaba con una situación estresante y a su vez cómo él podía encontrar una solución ante ello.

Sesión: 27

Despidiendo a Máximo Ardor

Después de algunas sesiones, Max estuvo listo para despedirse de Máximo ardor, en una sesión la terapeuta le preguntó cómo andaba el sr. Máximo ardor, él contestó que estaba de vacaciones, pero que al regresar de despediría porque ya se iba a ir a Axilú, por lo que la terapeuta le dijo que sería genial despedirlo, Max dijo que si, y en la siguiente sesión le preparó su mochila para decirle adiós.

Figura 16

Máximo Ardor con su mochila listo para irse



Durante la sesión él le fue realizando la mochila con mucho detalle, mientras la hacía Máx silbaba, y una vez terminada exclamó “¡wow! *Hacer la mochila es más fácil de lo que pensé*”

T: ¿Qué va a llevar en su mochila?

Máx: Su playera (moldeó una con plastilina negra), Sus lentes, una botella de agua, un plato con comida, y unas papitas, un balde para que juegue con él y un encendedor por si hay lluvia y él se pueda prender con un poco de alcohol para que no se apague totalmente y muera.

T: ¿Te acuerdas de que ya habíamos descubierto que se presentaba cuando te sentías nervioso al momento de tus exámenes o cuando mamá o papá gritaban?

Max: sí,

T: Entonces, ¿no crees que en realidad la presencia de Máximo Ardor tenía una misión?

Max: No lo sé, que me diga mi ayudante

T: pareciera que tenía algo que avisarle, pero qué será... qué será... (tomando el papel de la ayudante)

Max: (Tomando su barbilla con sus manos) viene a decirme que no me ponga nervioso.

T: sí, es probable, pero creo que va más allá, ¿no crees?

Máx: (pensando un poco) ah sí, me dice que no hay peligro que me relaje

T: ¡exacto!, y ¿cómo lo haces?

Máx: respirando, apretando y soltando, ah y con los dedos.

T: ¡muy bien! parece que esa es la misión de Máximo Ardor y tal vez ahora se va a Axilú pero puede regresar para avisarte en qué momentos debes relajarte y tomar decisiones.

Máx: Ah entonces no es tan malo verdad, me avisa que algo está pasando es como un aliado.

T: si, para despedirlo ¿quieres decirle algunas palabras?

Máx: Gracias por avisarme y darme las bolitas blancas y jugar conmigo.

Ambos despidieron a Máximo Ardor con un Adiós y Max lo sacó del cuadro de la cámara y en seguida dijo que era triste dejarlo porque estuvo mucho tiempo con él y que le había enseñado a no rascarse. La terapeuta le dijo que regresaba a Axilú pero como su aliado, como él lo mencionó regresaría cuando él se percatara de que necesitaba de su ayuda para relajarse.

Después la terapeuta le preguntó cómo se sintió en la sesión, él comento que bien, que fue divertido hacerle su mochila a Máximo Ardor.

Sesión: 28

Lluvia de meteoritos

Como cada sesión, se le indicó que podía compartir su pantalla para mostrarle lo que él quisiera, pero no lo hizo, tenía un paraguas y lo abrió. Le dijo que era para la lluvia, la lluvia de ideas. Después comenzó a decir que era una lluvia de meteoritos que estaba cayendo y los esquivaba, la terapeuta entró en su juego.

T: ¡cuidado ahí viene otro!, lo bueno que tienes la sombrilla que te protege.

Máx: ¡vienen más, son muchos, no sé qué voy a hacer!

T: ¡Tú puedes esquivarlos! Ya has pasado por muchas misiones y sé que lo vas a lograr

Max: ¡Aaaaaaaaaaaaaaaaa! (moviéndose de un lado a otro, después dejó la cámara en un lugar donde no se podía ver.

T: Max, Max, ¿sigues ahí? ya pasó todo, ¿estás ahí?

Max: (moviendo la cámara a su rostro) si, estoy bien.

T: ¡Lo lograste!, pasaste esa tormenta de meteoritos.

Máx: si, pero estoy lesionado, tengo lastimada mi panza.

T: Lo bueno es que yo estoy aquí para ayudarte, si te das cuenta cerca de ti hay una caja, en esa caja hay una semilla mágica que va a curar tu herida.

Máx: (Voltendo hacia arriba) sí ya la vi, espera (simulando que casi no se podía mover y que estaba herido, Jaló una caja de legos) si, ya la vi (sacó una pieza de lego) aquí está.

T: Colócala en tu herida y pronto te curarás.

Máx: (colocándose el lego en el estómago) Mira a mi alrededor, son muchos meteoritos, no sé cómo voy a salir de esto.

T: calma, eres valiente, eres fuerte y lo has logrado en otras misiones.

Máx: estoy enterrado, no sé cómo saldré.

T: Cerca de tu hombro hay una caja con TNT que puedes utilizar, pero tienes que aventarla por un agujero para que los meteoritos se desintegren.

Max: Ya vi un agujero, a la una, a las dos y a las ¡treeees! (Lo aventó y ambos simulamos la explosión).

En eso zoom desconectó a ambos....

Se volvió a mandar la liga y al conectarse

Max: justo en el momento que explotó nos desconectamos,

T: Si, ¿cómo estás?

Máx: Bien, me gustó mucho el juego.

T: La misión estuvo muy complicada, pero la pudiste terminar con valentía.

Max: (sonriendo y asintiendo con la cabeza) si.

Observaciones: Max se mostraba muy entretenido, e inclusive preocupado cuando no había salida, se notaba que disfrutaba mucho el juego y ver que había solución ante cada inconveniente. Esta sesión fue muy representativa de todo el proceso que había vivido, los conflictos en casa y como él trataba de esquivarlos, pero cada vez había más y

parecía que no había salida, sin embargo, la terapeuta se encontraba ahí, guiándolo y juntos encontraron una solución.

Sesión: 30

Esta sesión se llevó a cabo de manera presencial, en la sesión estuvieron ambos padres, Max y la terapeuta, se realizó el ejercicio del árbol de la vida para después cerrar con el bosque de la vida. Con el objetivo de verse cada uno con habilidades, recursos, experiencias y objetivos y después que Max mirara a su familia.

Cada integrante de la familia fue llenando los siguientes apartados:

RAICES: Cosas que pertenecen al pasado y origen de tu vida (familia de papás, tradiciones, una anécdota o recuerdo armonioso, “Son las cosas del pasado que recuerdas con agrado, las tradiciones, momento en compañía de tu familia”

TIERRA: ¿Qué cosa hacen actualmente que nutre su vida y les gusta? “Son las cosas que te gusta hacer en el presente y te gusta, tus pasatiempos

TRONCO: Habilidades que tienen (son buenas para ...) o valores (honesta, compartida, amorosa)

RAMAS: Las esperanzas, los sueños y deseos que tenemos para nuestro futuro. Por ejemplo, viajar, profesión

HOJAS: Las personas que son importantes para ti, incluyendo mascotas, superhéroe o de caricatura ¿Qué es lo que hizo que esa persona sea especial para ti?

FRUTOS: Los regalos que hemos recibido durante nuestra vida.

FLORES (PAJAROS) ¿Qué cosas buenas ha hecho cada una o quieren hacer para los demás?

Cada integrante de la familia fue realizando su dibujo y conversando acerca de él, después se les pidió que juntaran sus árboles para hacer un bosque, a este se le llamó el bosque de la vida, ver figura, después de colocarlos juntos se hicieron algunas preguntas:

T: ¿qué tipo de amenaza puede llegarle a un bosque?

Madre: lluvias, terremotos

Max: Fuego

T: exacto, ¿qué hacen los árboles cuando reciben amenazas?

Papá: pues, nada, si bien les va no se mueren

Mamá: es que es muy difícil que un árbol muera, son muy fuertes

Max: se pueden caer, o un rayo cortarlos, pero siguen viviendo, ¿no?

T: exacto, a su manera se protegen y son muy persistentes ¿Creen que los árboles que van recuperando sus fuerzas son fuertes o débiles?

Max: son muy fuertes porque tienen muchas raíces

T: ¿qué tipo de tormentas o amenazas pueden llegar a sus vidas?

Mamá: ya nos llegó una pandemia, pero me imagino que alguna enfermedad

Papá: alguna pérdida de empleo

Max: si, que me enferme o que se peleen mis papás

T: ¿Qué han hecho o pueden hacer para protegerse o disminuir los efectos de esas amenazas?

Mamá: Yo recurro al yoga, y trato ahora de calmarme antes de actuar, pienso que me detengo más, como que soy un poco más consciente si se puede decir

Papá: Recurrir a esto que dibujamos hoy, ver a nuestras personas queridas, nuestros logros y siempre tratar de apoyar a nuestro hijo, buscando una solución.

Max: A mis fortalezas, a seguir jugando y saber que mis papás me quieren.

T: En la vida se van a enfrentar a diversas amenazas, pero ustedes como familia, como lo hicimos ahora, cuentan con grandes fortalezas y para Max significan su bosque, su protección. Hoy termina el proceso psicoterapéutico de Max, y los tres han aprendido muchas cosas y han fortalecido su vínculo.

En ese momento la madre de Max comentó que ella estaba muy contenta por los avances de Max, ahora papá ve más a Max porque él se lo ha pedido y ella le ha mencionado al padre y han llegado a acuerdos, menciona que se da cuenta que lo necesita, necesita a su papá, refiere que ya llegan a mejores acuerdos, en algunas cosas se ponen

mejor de acuerdo y en otras no, se dio cuenta que eso era muy tenso tanto para ellos como para Max, y ha procurado llegar a acuerdos con el padre de Max.

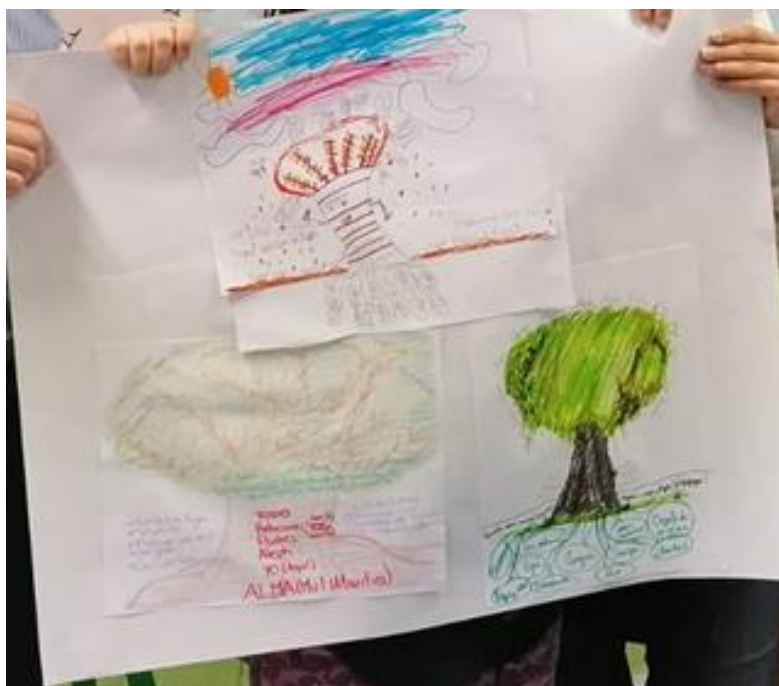
La señora Marisol comentó que trata de hablar más con Max diciéndole que entiende que se frustre y que se enoje y trata de llegar a acuerdos, dice que Max le ha dicho que si no lo va a castigar y ella le responde que, si ayudaría en algo, y que juntos encuentran una solución. También mencionó que se ha dado cuenta que expresa más sus emociones y lo que quiere. Ha Notado que la dermatitis ha disminuido.

Se reflejó que ha aplicado lo que se vio en crianza positiva validando las emociones y ayudándolo a solucionar los problemas, ella agradeció la información que le proporcionó y reconoció que se ha esforzado por cambiar de actitud y encontrar una mejor forma para ayudar a su hijo.

Por su lado Max abrazó a sus papás y le dijo a la terapeuta que la iba a extrañar y le agradeció el jugar con él.

Figura 17

Representación del bosque de la vida de Max








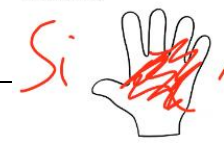
Capítulo 6. Análisis de resultados






Monitoreando a Máximo Ardor

A lo largo del proceso de intervención, al iniciar cada sesión, se le colocaba una imagen de mano en la pantalla, Max numeraba el nivel de ardor que había sentido en la semana, donde 0 era nada y 10 era mucho. A continuación, se colocan las más representativas de la intervención.

Figura 18

Monitoreo del ardor percibido en sus manos

Sesión	Representación	Nivel	Observaciones
1		11	Comentó que su mamá se había frustrado y le gritó, lo tomó fuerte de la mano, él pensó que le iba a pegar y enseguida comenzó a rascarse.
7		6	Comentó haber sentido mucha comezón, pero no pudo identificar que le había preocupado, ese fin de semana se quedó con su papá y nuevamente lo habían regañado por mojar la cama. En esta sesión se realizó la entrevista a Máximo ardor.
8		-	En la semana había estado muy tranquilo y había acabado sus tareas a tiempo y no habían peleado sus papás. En esa sesión tomó el dominio total enseñando a la terapeuta un programa para realizar videojuegos.
11		11	Max comentó que estaba muy nervioso ya que perdió su retenedor y sus papás se pelearon, además esa semana había tenido conflictos con un niño de su escuela.
12		-	Comentó que había estado muy bien esas dos semanas, incluso había tenido examen y sus manos no le habían dado comezón, mencionó que lo que hizo fue estudiar y respirar. Ese día él ya tenía preparado su escenario de legos para continuar con su historia.
13		11	Max comentó que en la semana la maestra de inglés lo había sacado del salón por hablar en español, él le

Sesión	Representación	Nivel	Observaciones
			comentó a su mamá que se había sentido humillado
15		4	Él lo atribuye a que se siente presionado por su abuelita Rosa, que le dice que él ya está grande y puede hacer las cosas solo. Menciona que cuando se hace pipí en la cama su papá le hace gestos y su abuela de inmediato le pregunta qué pasó, él se siente enojado porque se pregunta ¿por qué sigue preguntando? Dice que ha tenido accidentes porque su papá no le ha dado su medicamento, ya se lo acabó, y cuando se lo toma no tiene esos accidentes.
21		1	Mencionó estar tranquilo en la semana, comentó que no había pasado nada en la escuela y en casa todo estaba bien, había salido con su mamá, lo había llevado a jugar al centro comercial.
27		0.1	Mencionó estar bien, dijo que ya no se preocupaba tanto en la escuela, inclusive una vez no podía amarrarse las agujetas, respiró y buscó ayuda, "utilicé el semáforo" le dijo a la terapeuta.
28		1.0	En la sesión le pidió a la terapeuta jugar con las cartas de uno en un millón, pero que le colocara una "B" para que fuera Max, uno en un billón. En esta sesión después de jugar las cartas de la autoestima, inició con el juego de lluvia de meteoritos.
30		2	"Máximo ardor se fue a su planeta y no ha aparecido mucho por aquí" Esta sesión fue la última de intervención, se mostraba contento por tener sus "manos limpias" (sic Max) y a la vez triste porque sabía que nos despediríamos.

Como se puede observar en la figura las veces en que Max tenía un nivel de ardor en sus manos era porque experimentaba situaciones estresantes, invalidantes y de angustia, sin embargo a lo largo del proceso psicoterapéutico hubieron situaciones que él pudo enfrentar de una mejor manera y esto se reflejó en el ardor de sus manos, por ejemplo en la sesión 15, Max ya había aprendido a identificar que en situaciones estresantes sus manos le ardían, así que ese día lo evaluó con un puntaje de 4, pero ya identifica el por

qué, su abuelita le insiste que él ya está grande y que puede hacer muchas cosas además de cuestionarle acerca de sus accidentes nocturnos. En Max hay una reflexión importante cuando menciona que ya sabe que sin su medicamento tiene esos accidentes y ese día no lo había tomado, se preguntaba por qué su abuelita no lo entendía.

A lo largo del proceso se pudo observar como iba disminuyendo la percepción de ardor en las manos de Max y cómo verbalizaba que encontraba soluciones a sus problemas cotidianos, como en la sesión 27, donde mencionó utilizó su semáforo de solución de problemas al no poder amarrarse las agujetas.

Análisis de los poderes terapéuticos del juego

A continuación, se presenta una tabla con el análisis de las cuatro categorías de los poderes terapéuticos, se hará énfasis en los encontrados en todo el proceso de intervención.

Tabla 13

Análisis de la presencia de los poderes terapéuticos del juego de acuerdo con Drewes y SCheafer (2017).

Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
Facilita la comunicación	Autoexpresión: colocar emociones y pensamientos durante el juego a través del juego simbólico	<p>Max plasmaba sus emociones a través del juego, en la sesión No. 3, la historia elaborada incluía el cumpleaños de la protagonista, ese día su mamá lo había regañado porque había encontrado en su Tablet historial de niñas en traje de baño, su mamá le recordó que debía portarse bien de lo contrario no habría festejo. En la historia la protagonista mata a toda su familia. Max estaba muy enojado.</p> <p>Todas las escenas e historias de las sesiones de juego (ver sesiones 12, 3, 10 y 11) él podía colocar cómo se sentía, otro ejemplo es la sesión No. 2, esa semana había peleado con uno de sus compañeros, pero mencionaba que para él era importante tener amigos (se le dificultaba tenerlos, además por la pandemia no había podido interactuar con sus pares), la historia se basó en un grupo de amigos que salvaban al mundo.</p>

Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
	<p>Enseñanza directa: el terapeuta imparte conocimiento o habilidades mediante estrategias como la instrucción, la práctica guiada y el reforzamiento positivo.</p>	<p>Aplicó las técnicas que aprendió en sesión, por ejemplo, en la solución de problemas, en la sesión no.25 comentó que ya no se preocupaba tanto en la escuela, inclusive una vez no podía amarrarse las agujetas, respiró y buscó ayuda, “utilicé el semáforo” (sic), antes lloraba y se golpeaba, se dio cuenta que pudo encontrar una solución. También aplicó las auto instrucciones elaboradas en sesión al realizar sus exámenes (esto también lo mantenía en constante estrés), se decía a sí mismo que él podía, que ya había estudiado, aunado a esto concluyó que Máximo Ardor llegaba para avisarle que no había peligro que se relajara, mediante las respiraciones “apretando y soltando, ah y con los dedos” (sic), haciendo referencia a las estrategias de relajación enseñadas.</p>
	<p>Enseñanza indirecta: el terapeuta actúa como trasmisor de mensajes significados y comprensión</p>	<p>Algo muy recurrente en las historias de Max, fue que los personajes principales no morían, ante esto se le reflejó esta situación, Max dijo que si, se salvaban por su ingenio y mencionó que él también usaba su ingenio para sobrevivir. Esto le permitió dar cuenta de sí mismo, de cómo usaba sus recursos para “sobrevivir” en medio en el que estaba.</p>

Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
	entre su mundo y la experiencia vivida del niño	
Promueve el bienestar emocional	Catarsis: Consiste en descargar los afectos negativos contenidos.	En la sesión 12 Max pudo hablar con su madre sobre lo que sentía, ya no respondía con llanto o con autoagresiones, pudo mencionarle que cuando la maestra de inglés lo sacó del salón por hablar en español él se había sentido humillado. Esto permitió que su madre hablara con la maestra y se sintiera apoyado.
	Abreacción: expresión y liberación de la emoción. Emociones positivas: emociones placenteras	Mediante la externalización del problema, pudo dar forma a eso que le lastimaba es sus manos, así nació Máximo Ardor, en su cabellera tenía fuego y era lo que lo lastimaba, pudo mencionar indirectamente cómo se sentía en su entorno familiar, <i>“vengo de la ciudad Axlú, en la ciudad de Axlú todos somos enojados, nadie es amable, nos gritamos, nos pegamos y hasta nos pateamos y hasta los policías son malos con todos, hasta con los niños, por eso de niño aprendí a ser siempre malo” (sic).</i> También al mencionar si algo podían hacer los papás de Max para que Máximo Ardor se fuera, él contestó <i>“que no me griten, que no me griten”</i> .

Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
		El saber cómo era Máximo Ardor y cuándo se presentaba le permitió prepararse para los eventos estresantes, utilizando las estrategias aprendidas en sesión.
	Inoculación del estrés: El niño se prepara para manejar sucesos estresantes.	Max disfrutaba mucho del juego, en la sesión No. 3 mencionó que le ardían mucho sus manos y le daban comezón, sin embargo, al jugar con el arenero virtual, colocar y quitar a los personajes dijo que le gustaba mucho hacer eso, que ya no sentía comezón en sus manos.
	Manejo del estrés: a través del juego los niños pueden lidiar con el estrés.	El juego lo relajaba, se conectaba a las sesiones con ganas de jugar aun cuando tuviera una discusión con su mamá. En la sesión No. 1 de la intervención, al conectarse se veía muy triste, y con ojos llorosos, al preguntarle lo sucedido mencionó que mamá lo había regañado ya que no se apuraba a conectarse, en ese momento se habló de sus emociones y se eligió el botón de pausa, para que pudiera respirar y sentirse mejor.
Mejorar las relaciones personales	Relación terapéutica: calidez, afecto, comprensión,	La relación terapéutica fue la que más prevaleció, Max se sentía en confianza para expresar sus emociones, podía plasmar su odio, pulsión de muerte, su enojo por los adultos a su alrededor, sin temor a ser juzgado, esto se pudo observar en la sesión

Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
	<p>respeto, confianza y aceptación al niño.</p>	<p>No 3, cuando al finalizar la historia preguntó a la terapeuta “¿Te gustó la historia?”. Esta historia estaba cargada de castigos, traición, problemas familiares y asesinatos. La respuesta fue concreta, “Si, muy creativa y con misterio” (Sic terapeuta). Las siguientes historias de sus escenarios también estuvieron cargadas de muerte y sucesos trágicos.</p>
	<p>Sentido de sí mismo: Autoconciencia de sí mismo</p>	<p>Un ejemplo contundente fue que en la sesión No. 15, pudo atribuir el por qué el ardor en sus manos, mencionó que se sentía presionado por su abuelita, ya que le decía que él ya estaba grande y podía hacer las cosas solo. También Mencionó que cuando tenía accidentes en la cama su papá le hacía gestos y su abuela de inmediato le preguntaba ¿qué pasó?, él se sentía enojado y se pregunta ¿por qué sigue preguntando?, para él era claro que tenía accidentes porque su papá no le había dado su medicamento, ya que cuando se lo tomaba no sucedían esos accidentes.</p>
	<p>Empatía: comprender los pensamientos y sentimientos de los demás.</p>	<p>Respecto a la empatía, durante una sesión donde la terapeuta estaba enferma él se dio cuenta y constantemente preguntaba ¿Como estas?, ¿Cómo has estado?, hasta</p>

Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
		<p>que verbalizó: <i>“Oye hoy como que estás muy tranquila, muy leve, como que no hablas mucho” (sic).</i></p> <p><i>Terapeuta: ¿Como que no hablo mucho?</i></p> <p><i>Max: no tanto, es que otras veces estás como (alzando la voz) ¡¡Hola Max!! Qué vamos a hacer, así muy feliz.</i></p> <p>Después se le explicó que estaba enferma por ello el ánimo no estaba tan alto, él entendió y ya no volvió a preguntar.</p>
<p>Aumenta las fortalezas personales</p>	<p>Solución creativa de problemas: encontrar solución a los problemas cotidianos.</p> <p>Autoregulación: la capacidad de controlar los sentimientos, pensamientos, impulsos y conductas propias</p>	<p>Constantemente se frustraba cuando algo no le salía bien, sin embargo, él mismo pudo detectar cómo esta frustración lo llevaba a tener respuestas disfuncionales (sesión 27). Logró detectar su frustración al no poder atarse las agujetas, aplicó la técnica del semáforo y pudo encontrar una solución, le pidió ayuda a alguien.</p> <p>Max logró autorregularse, cuando se presentaban exámenes, él mismo mencionó en la sesión 22 que había estado muy bien es esas dos semanas, incluso había tenido examen y sus manos no le habían dado comezón, mencionó que lo que hizo fue estudiar y respirar.</p>

Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
	<p>Autoestima: juicios positivos, neutrales, negativos y/o ambiguos que uno tiene acerca de su autoconcepto</p>	<p>Con ayuda de la técnica de la cebolla pudo identificarse como un todo, con emociones, experiencias y pensamientos complejos, esto provocó en el un mejor entendimiento y autoconcepto, ya que el reconocer que en ocasiones era un poco grosero con sus amigos, o que se sentía tristeza, no lo definían como un todo ya que había más cualidades, más capas en su cebolla que lo complementaban tales como ser gracioso, solidario, simpático etc. Esto ayudó a remover la idea de que había algo malo en él. También con ayuda del juego Uno en un Millón permitió que fortaleciera su autoestima, Max contestaba acertadamente las preguntas, estas estaban enfocadas a promover el autoconocimiento y autoestima. En la sesión No. 28 pidió jugar con las cartas de uno en un millón, pero que se modificara el título, que se colocara una “B” para que fuera Max, uno en un billón. En esta sesión después de jugar las cartas de la autoestima, inició con el juego de lluvia de meteoritos. Ese juego fue muy representativo de los problemas que le habían avasallado y cómo es que fue encontrando soluciones con ayuda de su terapeuta, un ejemplo de esto fue cuando Max mencionó que eran demasiados meteoritos:</p>

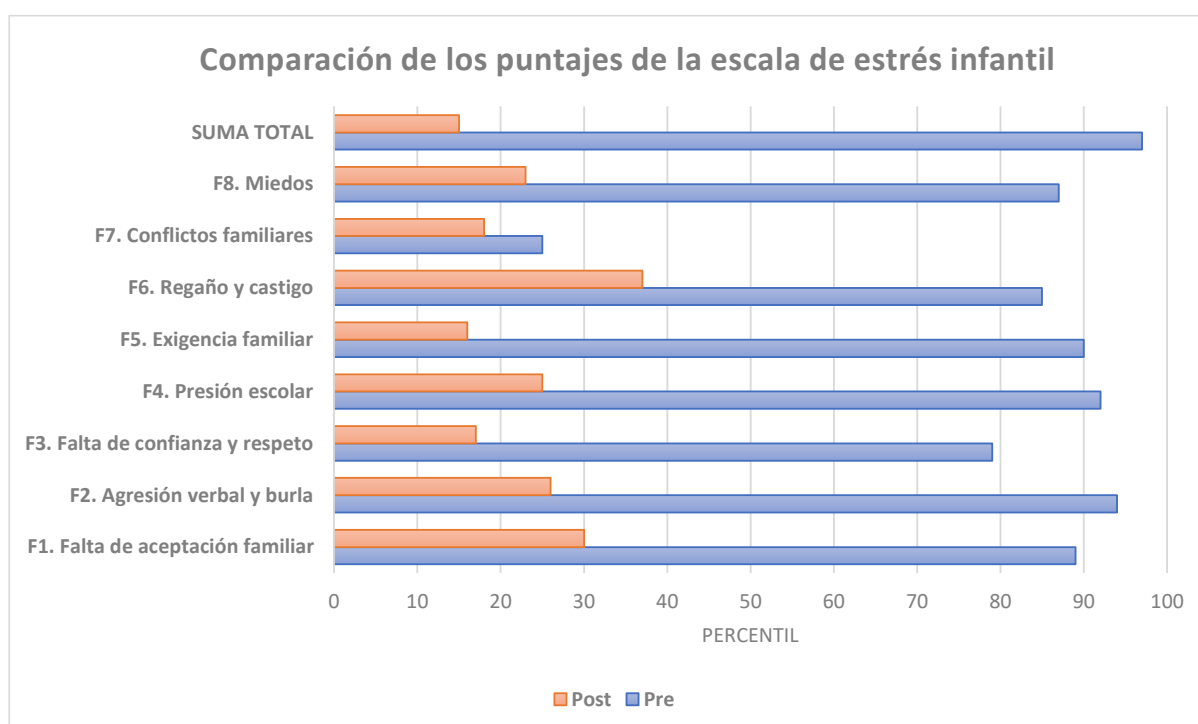
Categoría	Poder terapéutico	Observaciones
		<p>Máx: ¡vienen más, son muchos, no sé qué voy a hacer!</p> <p>T: ¡Tú puedes esquivarlos! Ya has pasado por muchas misiones y sé que lo vas a lograr</p> <p>Máx: (colocándose el lego en el estómago) Mira a mi alrededor, son muchos meteoritos, no sé cómo voy a salir de esto.</p> <p>T: calma, eres valiente, eres fuerte y lo has logrado en otras misiones.</p> <p>Max se mostró muy entretenido, e inclusive preocupado cuando no había salida, se notó que disfrutaba mucho el juego y ver que había solución ante cada inconveniente.</p>

Resultados post-test

Al término de la intervención se realizó la evaluación con la escala de Estrés Infantil y la Escala Infantil de Afrontamiento. La figura 10 muestra la comparación de la evaluación del estrés de Max al inicio y al final de la intervención; hubo una reducción importante de la percepción del estrés en los ocho factores que evalúa la prueba.

Figura 19

Comparación de la percepción del estrés pre y post intervención.



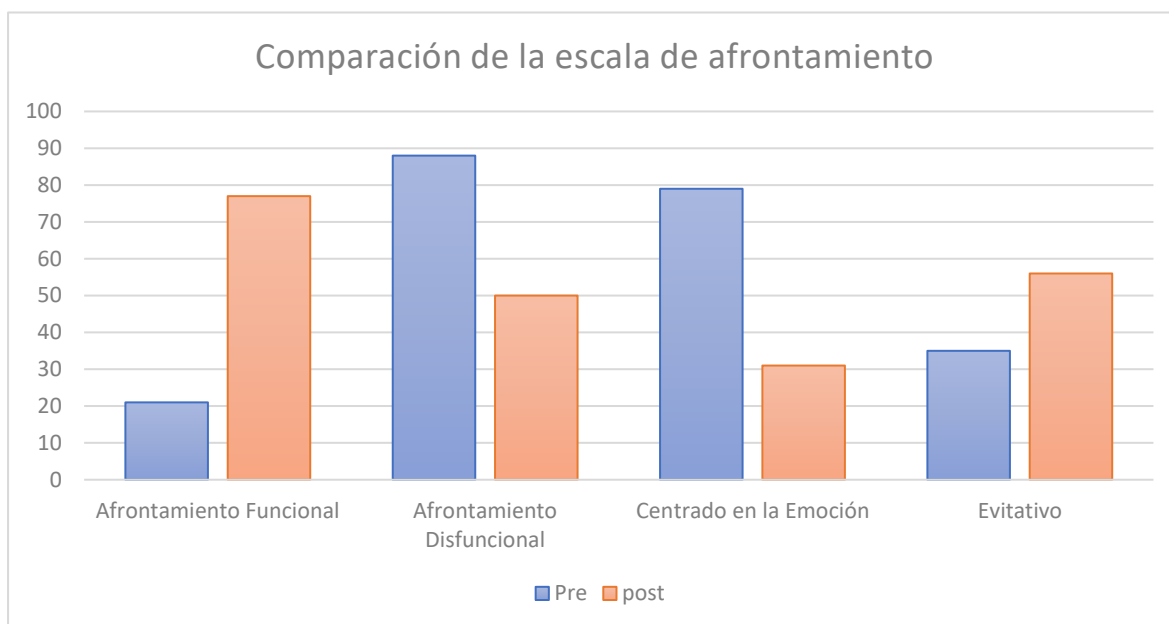
En la evaluación post-intervención obtuvo una puntuación natural de 97, con un percentil igual a 15, por lo que la sintomatología en los ocho factores disminuyó considerablemente.

Los miedos disminuyeron considerablemente, que era algo importante para Max. La exigencia familiar también se vio disminuida, así como la falta de aceptación familiar. Estos resultados también se le pueden atribuir al taller proporcionado a la madre sobre crianza positiva, ya que ella reportaba cambios en su actuar con su hijo.

Respecto al afrontamiento, figura 11, incrementó el afrontamiento funcional (nat=51, pc=77) y disminuyó el afrontamiento disfuncional (nat=28, pc=50) y centrado en la emoción (nat=14, pc=31). En el caso del afrontamiento evitativo ubo un incremento con un percentil igual a 56.

Figura 20

Comparación del afrontamiento pre y post intervención



Capítulo 7. Discusión y conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue analizar la efectividad de la intervención de la terapia de juego integrativa mediante los poderes terapéuticos del juego en la disminución de la dermatitis atópica en un niño de 8 años

Como lo mencionó Esquivel (2010), la intervención desde la terapia de juego con los niños, es un modelo terapéutico efectivo que ayuda a controlar el estrés, la baja autoestima, a controlar el miedo y la inseguridad ya que el juego permite al niño fortalecer su aprendizaje y su desarrollo, mediante este, los niños pueden comunicarse, expresarse y aprender diversas habilidades (Esquivel, 2010).

Los resultados nos indican como a través de la terapia de juego integrativa, Max pudo lograr afrontar de una mejor manera las situaciones estresantes que le sucedían en su entorno, para ello tuvo episodios de abreacción, catarsis y aprendizajes, pero sobre todo una buena relación terapéutica que le permitió tener este proceso acompañado y contenido.

Xie et al. (2019b) mencionaron que los niños pocas veces son escuchados por los profesionales de la salud ya que la información es solicitada a los padres, cuidadores o profesores, en este estudio se realizó una evaluación donde se pudo identificar las necesidades de Max, y una de ellas era hacer una red de apoyo en casa, por ello se decidió realizar un taller a los padres sobre crianza positiva, sin embargo, el padre no pudo estar presente, pero ese hilo que se jaló en la crianza de la madre contribuyó al bienestar emocional de Max.

A lo largo de las sesiones se pudo observar como el ardor iba disminuyendo en sus manos, mientras él se sentía con más confianza y recursos para afrontar las situaciones complicadas de su día a día.

Esto refuerza lo mencionado por Landreth (2018), el juego es para el niño, lo que la verbalización es para el adulto. Los juguetes son como palabras y el juego es su lenguaje; en el juego se puede revelar: a) lo que el niño ha experimentado, b) las reacciones ante lo que ha experimentado, c) sentimientos de eso que ha experimentado, d) lo que quiere, desea o necesita y e) la percepción del yo del niño,

En el proceso psicoterapéutico Max colocaba sus angustias, su día a día, cuando tenía conflictos ya sea en la escuela o con sus padres. Esto permitió sentirse en un lugar de escucha y contención, así pudo encontrar recursos para disminuir el estrés generado en su medio ambiente tanto familiar como escolar.

Como lo mencionó Llamas (2017), el estrés, han sido reportado como factor exacerbante para la Dermatitis Atópica y se ha encontrado también que la prevalencia de estados de activación elevados es mucho mayor en personas que la padecen, y esto se pudo observar en la sintomatología de Max, cada vez que reportaba un incremento en el ardor de sus manos pasaba algo en su contexto familiar, regaños por parte de sus padres y conflictos entre ellos.

Como lo han indicado varios autores (Hochman, et al, 2013; Picardi, A., & Damiano, A. 2001), La piel es la primera interfaz de contacto entre el cuerpo y el ambiente externo, tiene una importante función de interacción social e interpersonal desde la primera infancia y a lo largo de todo el ciclo de vida. Es un medio de comunicación e intercambio con el entorno. En este sentido, Max pudo identificar el por qué su dermatitis se presentaba en sus manos, cada que requería relajarse y buscar una solución a aquello que le preocupaba, sabía que Máximo Ardor lo “visitaba” para decirle que se relajara.

Con la ayuda de las estrategias específicas de afrontamiento como la solución de problemas, relajación y autoinstrucciones, Max pudo utilizarlas para afrontar sus situaciones estresantes. Tal como lo señalaron Buendía y Mira (1993b) las estrategias utilizadas para afrontar la situación estresante dependen de la evaluación de esta, el significado que cada individuo le da a la situación, la valoración de los recursos para enfrentarla y la valoración de los resultados. Max se sentía con recursos para afrontar las situaciones estresantes que vivía tanto en la escuela como en su casa.

Otro tema importante a mencionar es la relación entre los padres de Max, era muy conflictiva y esto hacía que en muchas ocasiones triangularan al menor. Como lo refirieron algunas investigaciones (Richaud de Minzi, 2005; Richaud de Minzi, 2006), el tipo de afrontamiento infantil está relacionado directamente con los padres ya que si existe una

relación basada en la aceptación y un estilo de crianza democrático facilita el afrontamiento adaptativo, por otra parte, las malas relaciones caracterizadas por el control patológico de ambos padres y la baja aceptación (familia con un control agresivo o ansiógeno y rechazante) se relaciona con afrontamientos desadaptativos en los niños, el control normal de ambos padres (familia democrática) facilita el afrontamiento adaptativo.

Esto se podía observar en el tipo de crianza de sus padres, era muy punitiva y de castigo. Esto también hace sentido con lo que han señalado en algunas investigaciones (Martínez et al. 2009; Martínez-Otero, 2012; Moreno y Del Barrio, 1995, citados en González, 2014) quienes recalcan que la estructura familiar disfuncional, así como los estilos de crianza presididos por la permisividad, el autoritarismo o la sobreprotección son fuentes estresantes para los infantes.

Los estresores relacionados con la familia específicamente en el caso de Max eran presenciar las constantes peleas de sus padres, a pesar de que ya se habían separado hace tres años, durante la pandemia vivieron juntos, esto llevó al incremento de las peleas y que el menor las presenciara.

Lo que favoreció a este tema fueron los autoregistros que se le indicaron a la madre, mediante estos ella pudo darse cuenta que cuando gritaba, castigaba o era autoritaria contribuía a la aparición de la sintomatología de Max, esto favoreció que recibieran de una mejor manera el taller de crianza positiva y mejorar algunas formas de conducirse con su hijo.

Como se pudo observar, la maravilla que hacen los poderes terapéuticos en los niños, a pesar de estar en línea y que los juegos eran virtuales o con objetos que teníamos en casa y cada uno desde su pantalla, se logró establecer este vínculo, y que estuvieran presentes factores de cambio. Desde la relación terapéutica, Max se sentía en confianza y aceptación al representar sus escenarios, por más sangrientos, tristes, y mortales que fueran, podía colocarlos. Así como lo mencionaron Stewart y Echterling (2014) la alianza sólida se experimenta cuando el consultante tiene una sensación de seguridad y confianza en el proceso de terapia y se siente cómodo con su terapeuta.

Tal como lo señalan Drewes y Scheafer (2017), el terapeuta actuando como espejo puede promover la autoconciencia del niño. Los constantes reflejos hacia Max dieron como resultado que él pudiera saber que también tenía un ingenio para sobrevivir a ese mundo caótico, además de saber que en él puede haber emociones desde las más superficiales hasta las más complejas y que está bien, ya que son parte de él, y que, al mismo tiempo, una sola emoción no lo definía, sino que era una partecita de todo lo que él era.

Como se ha demostrado, en el juego los niños también expresan, procesan emociones y aprenden a regularlas, resuelven conflictos y conquistan sus miedos (Russ & Wallace, 2014), en este estudio de caso, se pudo observar cómo Max en cada historia procesaba sus emociones, al momento de hablar con Máximo Ardor, pudo darle sentido a eso que le sucedía en las manos, el darle forma e inclusive voz le ayudó a externar sus emociones y decir mi mundo es muy hostil, todos pelean, todos gritan, por ello lastimo (tendía a agredirse cuando se enojaba golpeándose la cara), por eso estoy muy enojado. El darle voz a su síntoma contribuyó a que afrontara de una mejor manera lo que le pasaba puesto que aprendió como afrontar de una mejor manera la percepción que tenía de su contexto, tanto en la escuela, con sus pares y en su familia.

Limitantes

Dentro del proceso me parece que la principal limitante era la modalidad a distancia, que fue en primera instancia algo novedoso tanto para la terapeuta como para las profesoras de la residencia, algo que todas, en conjunto, estábamos aprendiendo.

El saber si las pruebas, principalmente la proyectivas, me ayudarían a conocer qué era lo que pasaba con el menor, si podía confiar en sus resultados, ya que todo era a través de la pantalla, inclusive, el que Max se atreviera o no a encender su cámara, Sin embargo, todo esto me parece que fue superado, si fue una limitante, pero que después se convirtió en oportunidad.

Para esto se sugiere que, al decidir realizar una atención a distancia, se tenga el material necesario, desde las pruebas, y crear un cuarto de juegos virtual, a mí me tocó realizarlo en el camino, averiguando qué recursos se encontraban disponibles y qué otros

podían generar para el cumplimiento de mis objetivos. Ahora contamos con estrategias probadas que pueden ser empleadas en intervenciones a distancia, en el apéndice de este trabajo se encuentran algunas sugerencias de juegos virtuales para realizar un cuarto de juegos virtual.

Otra limitante en este estudio fue la mala relación entre los padres de Max, entre ellos había mucha agresión verbal, y al momento inclusive de dar la retroalimentación no se ponían de acuerdo, no coincidían en fechas, y al momento de estar juntos aprovechaban la mínima cosa para agredirse, inclusive abandonar la sesión.

El principal error que se cometió fue no poner límites con ellos, no encuadrar y volver a encuadrar, quise ayudarlos a tener una mejor comunicación, inclusive utilizando una página web para que por ahí colocaran sus dudas respecto al tratamiento y yo les informaba las tareas y/o ejercicios que se llevaba a casa Max. Pero no funcionó. La madre muchas veces me llegó a mandar mensajes cuestionando mi profesionalismo, ya que no veía avances en Max, cada que Max presentaba dolor intenso la madre me mandaba audios.

Al final con ayuda de mi supervisora entendía que me tenía que colocar en un lugar distinto frente a ellos, ya que me colocaban en medio de sus conflictos, así como ellos estaban triangulando a Max, y de verdad que si llegué a sentir ese estrés que Max sentía al ver a sus padres pelear y él estar en medio.

El trabajo terapéutico a distancia

El trabajo a distancia fue todo un reto, como lo comenté, tanto para las residentes como para las profesoras, pero puedo decir que la experiencia de todas las profesoras ayudó a que tuviéramos éxito, el que primero nos dieran una inducción, nos pidieran inclusive que investigáramos acerca de las intervenciones de la telepsicología para saber qué se había hecho, su efectividad, y en qué casos si se podía trabajar y cuáles no, ayudó muchísimo para no llegar a un terreno totalmente desconocido. En lo personal me ayudó mucho hacer un manual de juegos en línea, para saber que existían recursos de los cuales podía echar mano.

Nunca antes había dado intervención a distancia, por lo que fue nuevo para mí, el acoplarme a sólo ver de la cintura para arriba, en el mejor de los casos, porque algunos pacientes no querían activar su cámara, y saber que, aunque le hablaba sólo a mi pantalla en negro había alguien que estaba escuchando, y dispuesto a jugar o aprender ciertas cosas en sesión.

También el tolerar la frustración cuando el internet nos desconectaba constantemente, el retomar o volver a explicar el juego, eso por ambas partes, tanto yo como los niños, fuimos acoplándonos y entendiendo que eso podía suceder, inclusive tener un plan b, si no se lograba la conexión podíamos llamarnos y seguir a través de una videollamada.

Este trabajo a distancia facilitó que muchos niños tuvieran acceso a un proceso psicoterapéutico, no importando la zona en la que vivían, ya fuera en el sur de la ciudad o bien del interior de la república.

Siempre he pensado que cada caso tiene su nivel de complejidad, no hay casos fáciles, aunque podemos encontrarnos con sacos “comunes” en temática, pero ninguno es igual a otro; me parece que el trabajar a distancia aumentó el nivel de complejidad de todos los casos, ya que había que buscar las mejores estrategias de intervención y que fueran aplicables en línea. El idear si se podía adaptar una técnica para poder utilizarla de manera virtual me generó un enorme reto. Recuerdo pasar horas haciendo tarjetas, juegos en Power point, en canva, o buscando las mejores páginas con juegos que ayudaran al cumplimiento de los objetivos. Pero lo que más me sorprendió fue que a veces los niños ya traían un juego con un muñequito que tenían a su lado, o sólo con su imaginación.

Esta última en particular me sorprendió de Max, él es muy creativo y podía jugar y crear historias con lo que fuera, la que más me gustó fue su juego de los meteoritos, todo empezó con una sombrilla que tenía y al abrirla me dijo que era su nave, de ahí se desplegó todo un juego de supervivencia.

A pesar de estar en una pantalla considero que la alianza terapéutica se logró, hubo resultados positivos en los consultantes, al fin, me parece, hicimos lo que pudimos con los recursos que tuvimos, frente a una pandemia que acabó con la vida de muchas personas.

Referencias

- Albalustri, L. (2007). Estrés y nuevas perspectivas en psicopatología y salud. Editorial científica interamericana.
- Alfonso, B., Calcines, M., Monteagudo, R., y Nieves, Z. (2015). Estrés académico *Edumecentro*, 7(2), 163-178.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200013
- Antuña, S., Garcia-Vega, E., & González, A. (2002). Aspectos psicológicos de los enfermos con dermatitis atópica: una revisión. *Clínica y Salud*, 13(3), 285-306.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618090003>
- Arrieta, G., López, G., & Albanesi de Nassetta, S. (2015). Estrategias de afrontamiento y estrés en un grupo de niños de la ciudad de San Luis (Argentina). *Pensando Psicología*, 11(18),97-106.Doi: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v11i18.1222>
- Association for Play Therapy. (s.f.). Why Play Therapy?
<https://www.a4pt.org/page/WhyPlayTherapy>
- Baena, F. J. (2007). Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=18316>
- Barilla, S., Felix, K., & Jorizzo, J. L. (2017). Stressors in Atopic Dermatitis. En Management of Atopic Dermatitis, (pp.71–77). DOI:10.1007/978-3-319-64804-0_7
- Bemis, K. (2014). Estrés Management. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp. 143-153). Wiley.
- Block, J., & Block, J. H. (a) (2006). Venturing a 30-Year Longitudinal Study. *American Psychologist*, 61(4), 315–327. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.315
- Blundon, J., & Schaefer, C. (2012). Terapia de Juego, prácticas y conceptos básicos. En Schaefer, C. (Ed.) Fundamentos de terapia de juego. (2da ed., pp.3-13). Manual Moderno.

- Buendía, J., & Mira, J. (1993a). Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: Un estudio sobre el estrés infantil. Universidad de Murcia.
<https://books.google.com.mx/books?id=gaCFIuVYAD8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Buendía, J., & Mira, J. (1993b). Estrés, desarrollo y adaptación. En Buendía (coordinador), *Estrés y Psicopatología*. (pp.41-57) Pirámide.
- Bonías, I. (2009). Somatizaciones cutáneas. *Enfermedades dermatológicas*, 3(6), 8-15.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4330418.pdf>
- Brown, G., & Harris, T. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23(1), 143-154. Doi: 10.1017/s0033291700038939
- Camps. C. (2013). Psicósomática y relación según el modelo de Sami Ali. *Psychosomatique relationnelle*, 1, 39-48. <https://doi.org/10.3917/psyr.131es.0039>
- Capurso, Michele & Pazzagli, Chiara. (2016). Play as a coping strategy?: A review of the relevant literature. *Children's Health Care*, 45(1), 39-66.
<https://doi.org/10.1080/02739615.2014>.
- Cavett, A. (2014). Stress Inoculation. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). *The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change* (2da ed., pp. 133-141). Wiley.
- Chacón, R., Simón, J., Garrido, M., Serrano, D., Larrañaga, E., & Yubero, S. (2017). Síntomas psicósomáticos como expresión del deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. *Atención Primaria*, 50(8), 493-499. Doi:10.1016/j.aprim.2017.06.009
- Chen, Y., & Lyga, J. (2014). Brain-skin connection: stress, inflammation and skin aging. *Inflammation & Allergy - Drug Targets*. 13 (3): 177-190. doi: 10.2174 / 1871528113666140522104422
- Cheng, Chih-Ming, Hsu, Ju-Wei, Huang, Kai-Lin, Bai, Ya-Mei, Su, Tung-Ping, Li, Cheng-Ta, et al. (2015). Risk of developing major depressive disorder and anxiety disorders

- among adolescents and adults with atopic dermatitis: A nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 178, 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.025>
- Chernyshov, p. (2016). Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 9, 159-166. <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=31470>
- Creswell, J. (2009). Research design: Qualitative quantitative and mixed methods approaches. 3rd ed. SAGE.
- Crenshaw, D., & Tillman, K. (2014). Access to the Unconscious. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp.). Wiley.
- De Faoite, A. (2014). Indirect teaching. En Schaefer, C., & Drewes, A. (Eds). The Therapeutic Powers of Play. (2da ed., pp.51-67). NJ:Wiley.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues, *Psychosomatics*, 43(1), 1-9. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.1>.
- Del barrio, V. (2010). El estrés en el niño. *Crítica*, 968, 36-41.
- Drewes, A (2011). Integrando las teorías de la terapia de juego en la práctica. En Drewes, A. Bratton C., & Schaefer, C. (Eds.), *Terapia de juego integradora* (págs. 21–35). <https://doi.org/10.1002/9781118094792.ch2>
- Drewes, A. & Schaefer, C. (2017). Poderes terapéuticos del juego. En O'Connor, K., Schaefer, C., & Braverman, L. (Eds). *Manual de terapia de juego* (2 ed., pp. 31-50). Manual moderno.
- Durán, M. M. (2014). El Estudio De Caso En La Investigación Cualitativa. *Revista Nacional De Administración*, 3(1), 121–134. <https://doi.org/10.22458/rna.v3i1.477>
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego casos clínicos*. El Manual Moderno.
- Fernández, F. (2007). Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia. [Tesis de doctorado, Universidad de Málaga]. <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2674/16851511.pdf>

- Fraser, T. (2014). Direct Teaching. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp. 39-50). Wiley.
- Frey, D. (2014). Self-Esteem. En Schaefer, C., & Drewes, A. (Eds). The Therapeutic Powers of Play. (2da ed., pp.295-318). NJ:Wiley.
- Frydenberg, J., Deans, J., & O'brien, K. (2012). Developing everyday coping Skills in the early years. Proactive strategies for suporting social and emotional development. Bloomsbury Academic.
- Fung, Y., Lau, B., Tam, M., Xie, Q., Chan, C., & Chan, C. (2018). Protocol for Psychosocial Interventions Based on Integrative Body-Mind-Spirit (IBMS) Model for Children with Eczema and Their Parent Caregivers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 16(1), 36–53.DOI:10.1080/23761407.2018.1545618
- Gaskill, R. (2014). Empathy. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp. 195-209). Wiley.
- Garralda, M. E. (1992). A Selective Review of Child Psychiatric Syndromes with a Somatic Presentation. *British Journal of Psychiatry*, 161(06),759–773.
DOI:10.1192/bjp.161.6.759
- Gerard, K. (2018). Release play interventions for children who experienced stressful life events. Drewes, Athena A [Ed], Schaefer, Charles E [Ed]. Play-based interventions for childhood anxieties, fears, and phobias. New York, NY, US: The Guilford Press, US; pp. 78-103.
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc15&NEWS=N&N=2017-40847-006>
- Gil, E. (2006). Basic principles for working with abused and traumatized children. En Helping Abused and Traumatized Children: Integrating Directive and Nondirective Approaches www.guilford.com/excerpts/gil7.pdf?t=1

- Gil, E., Konrath, E., Shaw, J., Goldin, M., & McTaggart H. (2015). Integrative Approach to Play Therapy. En Crenshaw, D. & Stewart, A. (Eds.). *Play Therapy a comprehensive guide to theory and practice* (pp.94-104). The Guilford Press.
- González, M. & García, M. (1995) *El estrés y el niño. Factores de estrés durante la infancia*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- González, R. (2014). *Conocer el estrés. Repercusión del estrés en la infancia*. [Trabajo de fin de grado. Universidad de Cantabria]
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5098/GonzalezAparicioRM.pdf;sequence=1>
- Green, E., Fazio-Griffith, L., & Parson, J. (2015). Treating children with psychosis: An integrative play therapy approach. *International Journal of Play Therapy*, 24(3), 162-176. <https://doi.org/10.1037/a0039026>
- Gür Çetinkaya, P., & Şahiner, Ü. M. (2019). Childhood atopic dermatitis: current developments, treatment approaches, and future expectations. *Turkish journal of medical sciences*, 49(4), 963–984. <https://doi.org/10.3906/sag-1810-105>
- Habib, S., & Morrissey, S. (1999). Stress Management for Atopic Dermatitis. *Behaviour Change*, 16(4), 226-236. <https://doi.org/10.1375/bech.16.4.226>
- Hernández, S., & Gutiérrez, M. (2012). Estilos de Afrontamiento ante eventos estresantes en la Infancia. *Acta de investigación psicológica*, 2(2), 687 – 698.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933341007>
- Herrera-Sánchez, D., Hernández-Ojeda, M., & Vivas-Rosales, I. (2019). Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. *Revista alergia México*, 66(2), 192-204. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i2.591>
- Hess, C., & Schönfeld, F. (2019). Control del yo, resiliencia del yo y conducta prosocial en estudiantes secundarios en una muestra de Entre Ríos, Argentina. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I

- Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia.
Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-111/733.pdf>
- Hochman, B., Furtado, F., Isoldi, F., Nishioka, M., & Ferreira, L. (2013). Psychological stress and skin wound healing: new highlights. En Cavalcanti, L., & Azevedo, S. (Eds.). Psychology of stress (pp.1-23). Nova Science Publisher, inc.
- Hollander, T. (2014). Counterconditioning fears. En Schaefer, C., & Drewes, A. (Eds). The Therapeutic Powers of Play. (2da ed., pp.1021-130). NJ:Wiley.
- Jacinto, G., (2019). Estrés cotidiano y afrontamiento infantil en estudiantes de primaria de una institución educativa. [Tesis de licenciatura, Universidad señor de Sipán].
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6458>
- Juárez, C. (2019). Todo lo que querías saber del estrés de la A a la Z. Manual moderno
- Johnson, J. (2016). Historia de la terapia de juego. En O'Connor, K., Schaefer, C., & Braverman, L. (Eds). *Manual de Terapia de Juego* (2da ed., pp.15-27). Manual Moderno.
- Kottman, T. (2014). Positive emotions. En Schaefer, C., & Drewes, A. (Eds). The Therapeutic Powers of Play. (2da ed., pp.103-120). NJ:Wiley.
- Landreth, G. (2018). La terapia del juego. Obelisco
- Label, M., Paus, R., Arck, P., Richardson, P., Woscoff, A., & Tausk, F. (2007). El estrés y la piel. En Albalustri, L. (2007). Estrés y nuevas perspectivas en psicopatología y salud. Editorial científica interamericana.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca.
- Letzring, T., Block, J & Funder, D. (2004). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), 395-422.
Doi:10.1016/j.jrp.2004.06.003

- Lewis-Jones, s. (2012). Dry Skin in Childhood and the Misery of Eczema and Its Treatments. En Lodén, M., & Maibach, H. I. (Eds.). Treatment of Dry Skin Syndrome. (41-58). Springer. DOI:10.1007/978-3-642-27606-4
- Livier, A. (2019). Psicoterapia de juego. Pax.
- Llamas, M. (2017). Implementación de un programa cognitivo conductual para el manejo del estrés y su relación con la dermatitis atópica en personas pertenecientes a la fundación Caléndula, localizada en San José, CR. [Informe de práctica dirigida para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/7444/1/40998.pdf>
- Lopez Arranz, Z. (2000). Perspectiva Freudiana del fenómeno psicossomático. Paidós.
- Lucio, E., Durán, C. & Romero, C. (2016). Validación psicométrica de la Escala Infantil de Afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 59-65. <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283048876002.pdf>
- Lucio, E., Durán, C., Romero, E., & Heredia, C. (2020). Batería de Evaluación Infantil. Manual moderno.
- MacDougall, J. (1989). Teatros del cuerpo. JULIAN YÉBENES, SA.
- Martínez, N., Mejía, D., Jiménez, N., & Matus, R. (2009). Nivel de estrés en niños(as) de primer año de primaria y correlación con alteraciones en su conducta. *Enfermería universitaria*, 6(4), 7-14. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741831002>
- Martínez-Otero, V. (2012). El estrés en la infancia: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Iberoamericana de Educación*, 59(2), 1-9. <https://doi.org/10.35362/rie5921391>
- Medina-Murillo, G., & Rodríguez-Won, W. (2008). Dermatitis perianales de origen psicossomático. *Revista Hospital Juárez de México*, 75(4), 271-274. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju084f.pdf>
- Morales, F., Trianes, M., & Miranda, P. (2012). Diferencias por sexo y edad en afrontamiento infantil del estrés cotidiano, *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1),95-110. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551006.pdf>

- Morrison, M. & Eberts, S. (2014) Self expresión. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp.11-24). Wiley.
- Oros, L. & Vogel, G. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, 17 (1). 85-101.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25917106>
- Oaklander, V. (1992). Ventanas a nuestros niños. Cuatro vientos.
- Packman. J. (2014). Moral development. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp. 243-254). Wiley.
- Palacios-Espinoza, Pulido, S. & Montaña, J. (2009) Estrategias desarrolladas por los niños para afrontar el castigo: un dialogo entre la psicología y la teoría de redes sociales. *Universidad Psicológica*, 8(2), 471-486.
<https://www.redalyc.org/pdf/647/64712165015.pdf>
- Pérez-Cotapos, M., Zegpi, M., & Sáenz, M. (2011). Dermatitis Atópica. *Revista Médica Clínica Las condes*, 22(2), 197-203. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011704138>
- Picardi, Angelo & Abeni, Damiano. (2001). Stressful life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(3), 118-136. <https://doi.org/10.1159/000056237>
- Piorno, V. (2004). Rasgos de personalidad y su relación con el estrés escolar en alumnos del tercer ciclo de la E.G.B. XI Jornadas de investigación. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-029/123.pdf>
- Prendiville, E. (2014a). Abreaction. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp. 83-102). Wiley.
- Prendiville, S. (2014b). Accelerated psychological development. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp. 225-268). Wiley.

- Prieto-Torres, L. & Torrelo, A. (2016). Dermatitis atópica y otras erupciones eczematosas. *Pediatría Integral*, 20(4), 216-226. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/06/Pediatria-Integral-XX-04_WEB.pdf#page=8
- Querol, I. (2009). Dermatitis atópica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 6(17), 317-329. https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11s17/2_dermatologia_atopica.pdf
- Ramos, B. (2020). Lo psicossomático en lo infantil. *Revista universitaria de psicoanálisis*, 20, 91-96. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista20/ramos.pdf
- Ramos, J., & Vásquez, R. (2012). Aproximación crítica a los trastornos somatomorfos en niños. *Revista colombiana de psiquiatría*, 41(4), http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Reyes, o. (2004). Hermine Hug-Hellmuth, genuina pionera del psicoanálisis del niño. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a09.pdf>
- Ricalde, M. & Almeida, P. (2014). Campaña de concientización sobre el estrés infantil. Tres contra el estrés...Papis, profes y amigos. [Tesis de licenciatura, Universidad San Francisco de Quito] <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2708/1/109121.pdf>
- Ricardo. O., Rodríguez, M., Hernández, M., & Alonso, M. (2019). Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Medicina Electrónica*, 41(2), 496-507. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me192p.pdf>
- Richaud de Minzi, M. (2006). Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 193-20. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649005.pdf>
- Richaud de Minzi, M. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47-58. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537102.pdf>

Rivera, J. (2013). Investigación sobre estrés, enfoque a estrés infantil. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 2(2), 62-83.

<https://chat.iztacala.unam.mx/cshat/index.php/cshat/article/view/58>

Rothbart, M.K. and Bates, J.E. (2006) Temperament. In: Damon, W. and Eisenberg, N., Eds., *Handbook of Child Psychology: Volume 3, Social, Emotional, and Personality Development*, 6th Edition, pp.105-176.

https://www.researchgate.net/publication/229633680_Handbook_of_Child_Psychology

Ruiz, C. (2007). *Medicina Psicosomática*. KRK ediciones. Pp.54.

Rumbo, J., & Castellano E. (2017). Dermatología psicosomática. La relación mente y piel. *Enfermería dermatológica*, 11(31), 7-10.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6324064>

Russ, S., & Wallace, C. (2014). Creative Problem Solving. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). *The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change* (2da ed., pp. 213-223). Wiley.

Sánchez Mascaraque, P., & Guerrero Alzola, F. (2017). Actualización del trastorno psicosomático en la infancia y adolescencia. *Pediatría integral*, XXI (1), 32-38.

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-01/actualizacion-del-trastorno-psicosomatico-en-la-infancia-y-adolescencia/>

Sánchez, J., Páez, B., Macías, A., Olmos, C., & De Falco, A. (2014). Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin America Society of Allergy, Asthma and Immunology. *Revista alergia Mexico*, 61(3), 178–211.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25177854/>

Sánchez, J., Sánchez, M., Macías-Weinmann, A., Barreto, B., Ensina, L., Uriarte-Obando, S., Castro-Almarales, R., Adorni, R., Lázaro, M., Callero-Viera, A., Ale, I., & Álvarez, L. (2019). Systematic review about 10 interventions in dermatitis. A document from the Latin American Society of Allergy, Asthma, and Immunology. *Revista alergia Mexico*,

66(4), 426-455. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000400426

Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: El Manual Moderno

Schaefer, C. (2003). Prescriptive play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 306–320). NJ: Wiley.

Seymour, J. (2016). Introducción al campo de la terapia de juego. En O'Connor, K., Schaefer, C., & Braverman (Eds). *Manual de terapia de juego* (2da ed., pp. 3-12). Manual moderno.

Seymour, J. (2014). Resiliency. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). *The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change* (2da ed., pp.225-242). Wiley.

Selye, H. (1993) History of the Stress Concept. En Goldberger, L. & Breznit, S. (Eds.) *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (2da ed., pp. 7-18). FALTA NOMBRE DE LA EDITORA

Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento* (2da edición). Trillas.

Son, H., Kim, D., Lee, H., Kim, H., Chung, K., & Kim, H-S. (2018). Family management of childhood atopic dermatitis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1371–1379. <https://doi.org/10.1111/jan.13551>

Staab, D., Diepgen, T., Fartasch, M., Kupfer, J., Lob-Corzilius, T., Ring, J., Scheewe, S., Scheidt, R., Schmid-Ott, G., Schnopp, C., Szczepanski, R., Werfel, T., Wittenmeier, M., Wahn, U., & Gieler, U. (2006). Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7547), 933–938. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7547.933>

Stewart A., & Echterlinh, L. (2014). Therapeutic Relationship. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change (2da ed., pp. 157-169). Wiley

- Trad, P. & Greenblatt, E. (1990). Psychological aspects of child stress: Development and the spectrum of coping responses. En Arnold, L. (Ed.), *Childhood stress* (pp. 24–49). John Wiley & Sons.
- Trianes, M., Blanca, M., Fernández-Baena, F., Escobar, M. & Maldonado, E. (2012). Assessment and treatment of daily stress in childhood. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 30-35. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2033.pdf>
- Trianes, M. (2003) Estrés en la infancia, su prevención y tratamiento. Ediciones Madrid. https://books.google.com.mx/books?id=vQmG3pBsGt4C&printsec=copyright&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Toro, J. (2021) Estrés, maltrato infantil y psicopatología. Pirámide.
- UNICEF (2022). Cómo reconocer las señales de estrés en los niños. <https://www.unicef.org/es/crianza/como-reconocer-senales-estres-ninos>
- Ulnik, J. sf. Teoría psicosomática de Liberman David. Catedra fisiopatología y enfermedades psicosomáticas. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/teoria_psicosomatica_liberman.pdf
- Valencia, A. (2012). Estrés y salud en la infancia: de las enfermedades crónicas al bienestar integral. En Galan, S. & Camacho, E. (Eds.), *Estrés y salud, investigación básica y aplicada* (pp. 149-162). Manual moderno.
- Valerio, C. (2012). Investigación básica sobre el estrés y sistema inmunitario. En Galan, S. & Camacho, E. (Eds.), *Estrés y salud, investigación básica y aplicada* (pp. 17-43). Manual moderno.
- Valdés, M. (2000). La somatización. En Valdés, M. *Psicobiología de los síntomas psicosomáticos*. Pp. 39-52. Masson.
- Vega, C., Hernández, Y., Juárez, B., Martínez, E., Ortega, J. & López, V. (2007). Primer estudio de validez de constructo del Inventario de Estrés Infantil (IEI). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 10(3), 62-72. <http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/18989>

- Vilcacundo, S. (2020). Estrés infantil y estrategias de afrontamiento en niños víctimas de violencia escolar. [Informe de investigación para optar por el Título de Psicóloga Clínica, Facultad de ciencias, Ecuador].
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31558/1/Vilcacundo%20Diaz%20%20Sandra.pdf>
- Whelan, W., & Stewart, A. (2014). Attachment. En Schaefer, C. & Drewes, A. (Eds). *The therapeutic Powers of play, 20 core agents of change* (2da ed., pp. 171-183). Wiley.
- Xie, Q., Hoi-yan, C., Lauc,B., Yi-jun, M., Fungb,Y., & Lai-wai, C. (2019a). Effectiveness of an Integrative Body-Mind-Spirit group intervention in improving the skin symptoms and psychosocial well-being in children living with atopic dermatitis: A randomized-waitlisted controlled trial. *Children and Youth Services Review, 110*.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104739>.
- Xie, Q., Lai-wai, C., & Hoi-yan, C. (2019b). The wounded self—lonely in a crowd: A qualitative study of the voices of children living with atopic dermatitis in Hong Kong. *Health Soc Care Community, 28*, 862-873. DOI: 10.1111/hsc.12917
- Xie, Q., Dai, X., Tang, X., Chan, C., & Chan, C. (2019c). Risk of Mental Disorders in Children and Adolescents With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology, Frontiers in Psychology, 10*, 1-12.
 DOI:10.3389/fpsyg.2019.01773
- Xie, Q., Hoi-yan, C., Bobo Hi-po, L., Yi-jun, T., Yat-lui, F., & Lai-wai, C. (2020). Effectiveness of an Integrative Body-Mind-Spirit group intervention in improving the skin symptoms and psychosocial well-being in children living with atopic dermatitis: A randomized-waitlisted controlled trial. *Children and Youth Services Review,*
- Zhao, M., Liang, Y., Shen, C., Wang, Y., Ma, L., & Ma, X. (2020). Patient Education Programs in Pediatric Atopic Dermatitis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Meta-Analysis. *Dermatology and therapy, 10(3)*, 449–464.
<https://doi.org/10.1007/s13555-020-00365-z>

Apéndices

1. Cuarto de juegos virtual



El cuarto de juegos virtual está comprende los siguientes materiales:

- Plataforma para jugar con títeres
<https://onlinepuppets.org/>
- Plataforma para jugar serpientes y escaleras emocionales
<https://www.youtube.com/watch?v=qBZSIGo4N1k&t=134s>
- Plataforma para jugar a crear una casita
<https://onlinedollhouses.com/>
- Ruleta “conociéndonos” (Creada por la terapeuta), la ruleta giraba y se comentaba algo que les había enojado, un sueño, un deseo, su comida favorita, etc.



- Plataforma con una bandeja de arena virtual
[Free Online Sand Tray by Dr Karen Fried](https://www.ecasals.net/es/uploads/resources/s198/1021787/index.html)
- Juego tres en uno
<https://www.ecasals.net/es/uploads/resources/s198/1021787/index.html>
- Juego para tirar a los patitos
<https://arbolabc.com/juegos-de-estrategia/patos-locos>
- Enlaces de YouTube para jugar adivina la película o encuentra el emoji
<https://www.youtube.com/watch?v=4ZVwgfBKu18>
- <https://www.youtube.com/watch?v=wg2yxesfgDY&t=536s>
- Enlaces para leer cuentos
- Memorama
<https://www.ecasals.net/es/uploads/resources/s205/1056398/index.html>
- Laberintos y minijuegos
<https://www.juegosinfantilespum.com/laberintos-online/index.php>
https://media.abcya.com/games/make_a_face/html/index.html

2. Formato de registro



Universidad Nacional Autónoma de México
 Programa de Maestría en Psicología
 Residencia en Psicoterapia Infantil
 Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila



REGISTRO DE EPISODIOS DE RASCADO

Por favor llene el siguiente registro en cuanto usted se percate de que su hijo comienza a rascarse las manos

Fecha	Lugar	¿Qué pasó antes? Peñas Regaños Actividades	¿Qué hacen o dicen? Papá Mamá Abuelito Abuelita Otros	¿qué hace o dice Max al notar su comezón?	¿Pasa algo en su cuerpo? Como hormigueo, calor, tensión, angustia, etc.	Del 0 al 10 en el que 0 es nada y 10 es demasiado. ¿cómo evaluaría el ardor?