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

Algunas características de la relación terapéutica en el tratamiento de la conducta desafiante

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
Verónica Guadalupe Vázquez Cortés

TUTORA PRINCIPAL:
Dra. María Emilia Lucio y Gómez-Maqueo
Facultad de Psicología

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez
Facultad de Psicología
Dra. Rosalinda Lozada García
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Dra. Laura Amada Hernández Trejo
Facultad de Psicología
Dra. Raquel Mondragón Gómez
Facultad de Psicología

Ciudad Universitaria, CD. MX., junio de 2025

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por permitirme continuar con mi formación académica.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca otorgada para la realización de mis estudios de maestría (N° 827622, CVU 1141163).

Al proyecto PAPIIT IN301523 "Relación entre sucesos de vida y rasgos de personalidad: problemáticas actuales en un grupo de adolescentes" por el apoyo otorgado para finalizar el presente trabajo.

A mi tutora, la Dra. Emilia Lucio, por su constante apoyo, guía y confianza a lo largo de toda la residencia. Su acompañamiento y su compromiso fueron fundamentales en cada etapa de este proceso, especialmente en los momentos más difíciles, en los que supo motivarme a continuar.

A la Dra. Teresa Monjarás, quien no solo contribuyó con valiosas observaciones al presente trabajo, sino que también fue mi supervisora durante las prácticas profesionales de la residencia. Su experiencia, conocimiento y disposición durante las supervisiones enriquecieron profundamente mi formación.

A la Dra. Rosalinda Lozada, la Dra. Laura Hernández y la Dra. Raquel Mondragón por el tiempo dedicado a la lectura de esta tesis y por sus aportes constructivos, que me permitieron fortalecer y afinar este proyecto académico.

También quiero agradecer a mis compañeras y amigas de generación, por haber sido un apoyo constante y una compañía invaluable durante estos años. Con ellas compartí no solo el estudio y el trabajo, sino también risas, desvelos, frustraciones y muchas anécdotas que hicieron de este camino algo mucho más llevadero y significativo. Gracias por estar en los momentos lindos, pero sobre todo por acompañarme en los más difíciles. No me imagino esta etapa sin ustedes.

Agradecimientos

A mi mamá, que ha sido mi pilar más fuerte en cada etapa de este camino. Gracias por tu amor incondicional, por tu paciencia infinita y por estar siempre, incluso cuando no sabía cómo seguir. Todo lo que he logrado lleva un pedacito tuyo, porque sin ti nada de esto hubiera sido posible.

A Mabue y Pilo, que son fundamentales en mi vida. Desde que era muy pequeña me cuidaron y me dieron todo el amor posible, ocupando un lugar inmenso en mi corazón. Su presencia constante, su cariño y su apoyo incondicional han sido una fuente de fortaleza a lo largo de todos estos años.

A Marianita, que con su risa, sus ocurrencias y su ternura hizo que este camino fuera mucho más llevadero. Gracias por regalarme tantos momentos de alegría y por estar cerca, incluso sin saber cuánto lo necesitaba.

A Roberto, por estar siempre presente, acompañándome con paciencia en cada momento importante. Te agradezco por apoyarme sin condiciones y por demostrarme, día a día, que siempre puedo contar contigo.

A Iván, que llegó a mi vida casi al mismo tiempo que empezaba esta maestría, y desde entonces hemos caminado juntos, aprendiendo el uno del otro y construyendo una forma de amar que nos llena de felicidad. Gracias por estar presente y acompañarme en esta aventura.

A Marlen y Arantxa, mis amigas de toda la vida, que me acompañan desde la prepa y han estado presentes en cada etapa, en cada cambio, en cada logro y también en los tropiezos. Sigamos sosteniendo nuestra amistad durante muchos años más.

Finalmente, a cada persona que formó parte de este camino, gracias de corazón. Esta tesis no es solo el resultado de mi esfuerzo, sino también del cariño, la compañía y el sostén de todos los que estuvieron cerca, de distintas formas, en los momentos clave. Me llevo mucho más que un título, me llevo el amor, los aprendizajes y la certeza de que nunca estuve sola.

Dedicado a las niñas, niños y adolescentes que me permitieron acompañarlos en sus tormentas y ver cómo, poco a poco, aprendían a dibujar su propio cielo.

Índice

Resumen 1

Introducción 2

La conducta desafiante 6

Etiología de la conducta desafiante 12

La conducta desafiante a través del desarrollo infantil 19

La evaluación en casos de conducta desafiante 25

Tratamiento de la conducta desafiante 28

La relación terapéutica 36

Modelo tripartito de la relación terapéutica 38

La relación real 41

La alianza de trabajo 44

La configuración transferencia-contratransferencia 48

La relación terapéutica en la psicoterapia infantil 54

Formación de la relación terapéutica con niñas, niños y adolescentes 57

Transferencia y contratransferencia en la psicoterapia infantil 59

Métodos de estudio de la relación terapéutica 62

Métodos cuantitativos 62

Métodos cualitativos 63

Planteamiento del problema 66

Método 68

Justificación 68

Preguntas de investigación 71

Objetivo general 71

Objetivos específicos 71

Tipo de estudio 71

Categorías 72

Escenario 75

Procedimiento 75

Análisis de los datos 76

Presentación del caso 77

Ficha de identificación 77

Motivo de consulta 77
Descripción clínica 78
Dinámica familiar 80
Antecedentes 82
Prenatales, perinatales y postnatales 82
Hitos del desarrollo 83
Evaluación 85
Actitud durante la evaluación 85
Resultados 85
Impresión diagnóstica 89
Plan de tratamiento 90
Resultados 93
Fase inicial: ***"Sí, sí hago cosas. Jugar, y nada más".*** 93
Fase intermedia: "*Hoy me sentí enojado porque mi amigo no sigue las reglas"* 102
Fase final: ***¿Notas algo diferente? Todo*** 110
Discusión 120
Fase inicial 120
Fase intermedia 122
Fase final 124
Recomendaciones para la práctica clínica 126
Conclusiones 128
Referencias 130

Resumen

El estudio de la relación terapéutica resulta fundamental para la comprensión de los elementos que contribuyen al cambio en la psicoterapia infantil. El abordaje terapéutico de la conducta desafiante puede ser complicado para el terapeuta si desconoce las particularidades que se presentan durante la relación terapéutica que establece con el consultante. Por tal motivo, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar de forma cualitativa la interacción entre un niño de edad escolar con conducta desafiante y su terapeuta, que llevó a cabo un tratamiento psicoterapéutico cuyo referente principal fue la Terapia de Juego Centrada en el Niño. Para el análisis se utilizaron categorías relacionadas con la relación terapéutica y con la conducta desafiante, con la finalidad de observar cambios en ambas a lo largo del tratamiento. Los hallazgos permitieron notar que la relación terapéutica es un fenómeno dinámico que contribuye a la disminución de conductas desafiantes.

Palabras clave: relación terapéutica, conducta desafiante, edad escolar, terapia de juego centrada en el niño, análisis cualitativo.

Abstract

The study of the therapeutic relationship is essential for understanding the elements that contribute to change in child psychotherapy. The therapeutic approach to defiant behavior can be complicated for the therapist if he or she is unaware of the particularities that arise during the therapeutic relationship established with the consultant. For this reason, the present work aimed to qualitatively analyze the interaction between a school-aged child with defiant behavior and his therapist, who carried out a psychotherapeutic treatment whose main reference was Child-Centered Play Therapy. Categories related to the therapeutic relationship and defiant behavior were taken into consideration, in order to observe changes in both participants throughout the treatment. The findings allow us to note that the therapeutic relationship is a dynamic phenomenon that contributes to the reduction of defiant behavior.

Keywords: therapeutic relationship, defiant behavior, school age, child-centered play therapy, qualitative analysis.

Introducción

La conducta desafiante constituye uno de los motivos de consulta más comunes dentro de la psicoterapia infantil debido a que impacta de forma directa en la calidad de las relaciones sociales y el desarrollo emocional durante la infancia y la adolescencia. Si no se aborda de forma oportuna, su impacto a largo plazo se ha visto relacionado con un mayor índice de abuso de sustancias psicoactivas, problemas de salud mental y de conducta durante la adultez temprana (Leadbeater et al., 2023).

La intervención para el manejo de la conducta desafiante se enfoca hacia el tratamiento psicoterapéutico (Hood et al., 2015), que a grandes rasgos, tiene como finalidad disminuir la frecuencia e intensidad de estos comportamientos ofreciendo alternativas más adaptativas para que el niño logre expresarse adecuadamente (Barkley, 2013; Jongsma et al., 2023), además de promover prácticas de crianza en los padres que establezcan límites consistentes sin el uso de estrategias autoritarias (Silva et al., 2017). La psicoterapia en diferentes modalidades y enfoques teóricos, ha demostrado ser efectiva para el manejo de estas conductas (Ghosh et al., 2017).

Durante el proceso psicoterapéutico con niñas y niños que presentan conducta desafiante, el terapeuta puede encontrarse con dificultades que se asocian a las características únicas que presentan estos casos; por ejemplo, se ha observado que los consultantes que presentan conductas desafiantes son más propensos a rechazar el tratamiento (Dimic et al., 2023). Del mismo modo, los padres y madres de familia pueden considerar que la efectividad de los tratamientos no es la suficiente, y por lo tanto, abandonan el tratamiento de forma temprana (Deakin et al., 2012; Fernández Sanz et al., 2021). Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de estudiar a profundidad los procesos terapéuticos de niñas, niños y adolescentes con conducta desafiante para conocer los elementos que contribuyen al fortalecimiento de una relación colaborativa y de confianza con los

consultantes, que permitan llevar a cabo una intervención cuyo impacto se vea reflejado en su bienestar psicológico y social.

Con base en lo anterior, resulta fundamental hablar sobre la relación terapéutica, debido a que esta constituye el componente fundamental de todo proceso de psicoterapia. Se distingue de otras interacciones debido a que desde un inicio esta relación busca promover que el consultante logre objetivos que le permitan tener un desarrollo pleno a nivel emocional, psicológico y social, además de que el terapeuta debe adoptar una postura que sea congruente con el modelo teórico desde el que lleva a cabo la psicoterapia (Castonguay et al., 2010).

A lo largo de las décadas se ha estudiado la importancia de la calidad de la relación terapéutica en la psicoterapia. Se han identificado diversos elementos que contribuyen a construir un ambiente colaborativo y de confianza en el que el consultante pueda sentirse libre y a la vez motivado para continuar con el proceso y alcanzar las metas planteadas, tales como una comunicación clara, la sintonía emocional y la capacidad del terapeuta para validar las experiencias del consultante (Mulder et al., 2017).

En la psicoterapia infantil, la relación terapéutica tiene particularidades que la distinguen de la relación que puede establecerse con adultos, debido a que en primer lugar los consultantes no acuden de forma voluntaria a terapia; es la madre, padre o cuidador principal quien elige si el niño comienza un proceso o lo finaliza (Núñez et al., 2022). Del mismo modo, las características del desarrollo de niñas, niños y adolescentes en edades determinadas son un factor crucial que el terapeuta debe considerar para adecuar el espacio terapéutico, su vocabulario y sus estrategias para favorecer el establecimiento del rapport y lograr que el consultante tenga la disposición de colaborar a lo largo del proceso (Dimic et al., 2023).

Resulta indispensable considerar que, en el contexto de la relación terapéutica, la subjetividad del terapeuta es un elemento que en la actualidad ha demostrado tener influencia en el

curso del tratamiento. Al abordar un caso de conducta desafiante el terapeuta debe ser consciente de los múltiples factores que entran en juego al momento de interactuar con el consultante; además de lo mencionado previamente, elementos como la emocionalidad y la tolerancia del propio terapeuta durante las sesiones pueden constituir un recurso o un obstáculo en el proceso dependiendo del manejo que se haga de estos (Blanco et al., 2014; Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

En este contexto, el análisis cualitativo emerge como una herramienta valiosa para explorar las dinámicas de interacción entre el terapeuta y el consultante. Este enfoque permite identificar no solo los contenidos explícitos de la comunicación, sino también los matices, los silencios y las emociones subyacentes que forman parte del proceso terapéutico (McLeod, 2011). Al centrarse en el discurso, es posible comprender cómo se construye la relación terapéutica, qué estrategias resultan efectivas para fomentar la colaboración y cómo se manejan los momentos de resistencia o conflicto (Frost, 2021).

Tomando como punto de partida los aspectos mencionados, el presente trabajo busca contribuir al estudio de los procesos que subyacen a la relación terapéutica mediante el análisis cualitativo de algunas sesiones de psicoterapia enfocada al tratamiento de la conducta desafiante en un niño de ocho años de edad. Se hará énfasis en la forma en que el consultante y la terapeuta interactuaron a lo largo del tratamiento y cuáles fueron las principales características de cada fase. Asimismo, se examinarán los principales indicadores de cambio que el consultante fue mostrando a través del proceso.

En el primer capítulo de este proyecto se habla sobre los aspectos más importantes de la conducta desafiante: los criterios con base en las clasificaciones actuales, el debate existente sobre la caracterización de estas conductas como un trastorno y el impacto de estas en el desarrollo

durante la infancia y la adolescencia, además de los diferentes abordajes de psicoterapia que existen para su tratamiento.

Posteriormente se mencionan los elementos clave de la relación terapéutica y su caracterización de acuerdo al modelo tripartito propuesto por Gelso (2014). Del mismo modo, se abordan las particularidades de la relación terapéutica infantil y aspectos relacionados con el terapeuta que pueden intervenir en el curso de esta relación.

En los capítulos posteriores se describe la metodología que se llevó a cabo para realizar la presente investigación, así como las particularidades del caso clínico. Se reportan además las frases más significativas con base en las categorías utilizadas para el análisis, las cuales fueron divididas en fase inicial, intermedia y final. Para finalizar se contrastan los resultados obtenidos con lo reportado en la literatura, se discuten las implicaciones de estos hallazgos en la práctica clínica y se habla de las consideraciones para futuros trabajos.

La conducta desafiante

"Cada niño se comporta como puede, con los recursos internos y el apoyo externo que tiene. Cuando un niño no obedece, debemos mirar más allá del comportamiento y buscar la necesidad no satisfecha o el dolor no expresado"
Virginia Satir

La presencia de conductas desafiantes, entendidas como aquellas que se oponen de forma activa o pasiva a las normas, reglas y/o figuras de autoridad, constituye uno de los motivos de consulta más comunes en la psicoterapia y la psiquiatría infantil. Esta condición representa una dificultad significativa tanto para las niñas, niños y adolescentes que la presentan, como para las personas que están a su alrededor. A través del tiempo la definición de estas conductas y su clasificación como trastorno han cambiado con base en los hallazgos de investigaciones en torno al tema y en la influencia social y cultural de la época. Desde mediados del siglo XX se han hecho esfuerzos para definir este tipo de comportamiento. Una de las primeras clasificaciones, que buscaba tener una perspectiva de desarrollo y ser menos rígida que las proporcionadas por la psiquiatría clásica, fue la realizada por Jenkins y Hewitt (1946; citado en Jenkins & Glickman, 1946), quienes tomando como referencia la examinación a detalle de 500 casos, llegaron a la conclusión de que existen tres tipos de psicopatología en niñas, niños y adolescentes. Bajo este sistema de clasificación, la conducta desafiante pertenece al Tipo II (El niño no socializado y agresivo), caracterizado por iniciar peleas, desafiar a la autoridad, comportarse de formas inadecuadas intencionalmente, y con tendencia a culpar a los demás de su propio comportamiento.

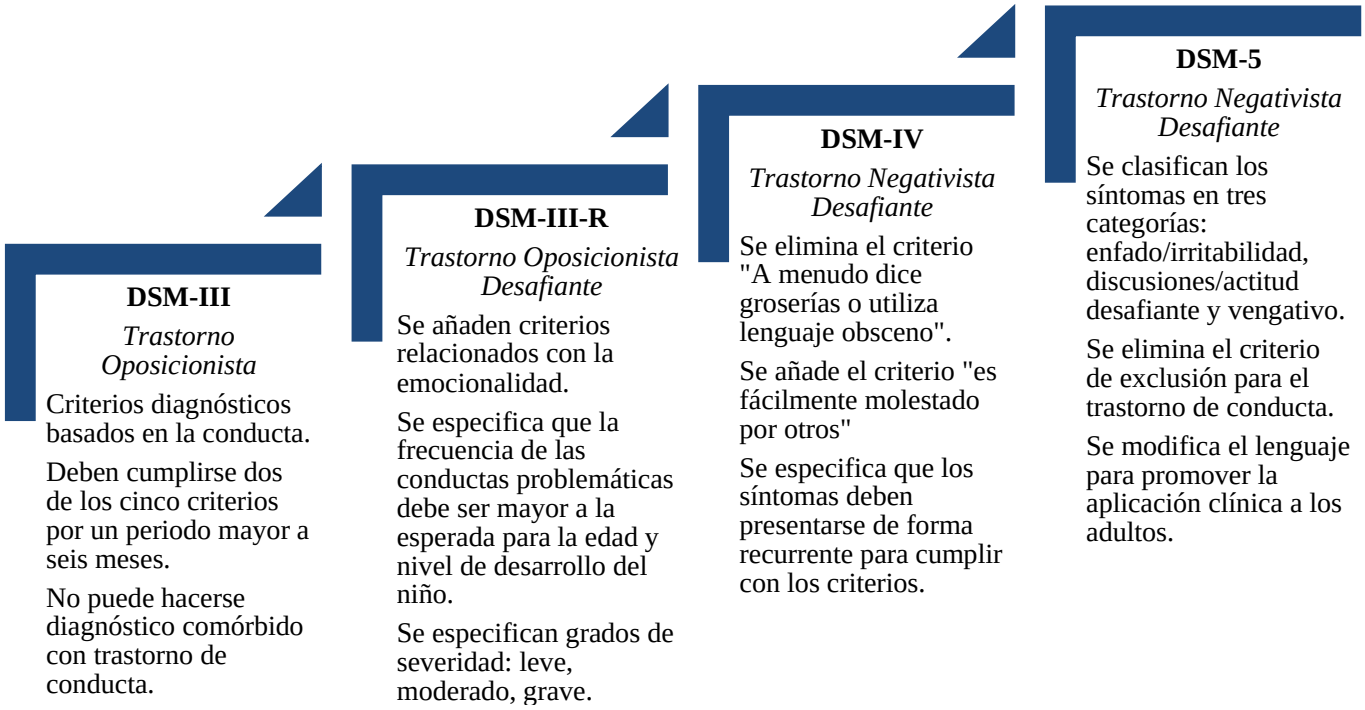
Bernal et al. (1968) agruparon las conductas que hoy día se consideran como desafiantes bajo el nombre de *síndrome del malcriado* ("brat syndrome", p. 447). Los niños *malcriados* serían aquellos que a menudo hacen berrinches, presentan agresividad y son amenazantes, con el objetivo

de que las personas a su alrededor sean incapaces de controlarlos. Por otra parte, el Grupo para el Avance en Psiquiatría (Group for Advancement in Psychiatry, 1966; citado en Gilpin & Maltz, 1980) concluyó que algunos niños pueden tener predisposición a presentar una *Personalidad Oposicionista*, la cual se manifiesta en patrones conductuales de desobediencia y oposición tanto negativista como provocativa a las figuras de autoridad.

Fue hasta la década de los 80, con la llegada de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; American Psychiatric Association, 1985), que las conductas desafiantes empezaron a utilizarse como categoría diagnóstica, siendo clasificadas bajo el nombre de Trastorno Oposicionista. Los criterios para el diagnóstico de este trastorno en las diferentes ediciones del DSM han pasado por múltiples cambios, los cuales se resumen a continuación (ver Figura 1):

Figura 1

Modificaciones en los criterios del Trastorno Oposicionista del DSM.



Nota. Elaborado con información de Burke & Romano-Verthelyi (2018)

El Trastorno Negativista Desafiante y los sistemas de clasificación

La quinta edición del DSM, versión revisada (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022) coloca al Trastorno Negativista Desafiante (TND) dentro de los Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta. Estos trastornos engloban aquellos en los que existen dificultades para la regulación emocional y el autocontrol conductual, desencadenando comportamientos que transgreden los derechos de otros, o bien, llevan al individuo a tener conflictos significativos con las normas sociales o con figuras de autoridad. A continuación, se enlistan las categorías de diagnóstico descritas en el DSM-5-TR para el TND (ver Cuadro 1):

Cuadro 1

Criterios diagnósticos del DSM-5-TR para el Trastorno Negativista Desafiante (APA, 2022)

Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

A menudo pierde la calma.

A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.

A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.

A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.

A menudo molesta a los demás deliberadamente.

A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Nota: En menores de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos. En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses.

Existe además el listado de criterios diagnósticos propuesto por la Clasificación Internacional de Enfermedades, onceava edición (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2022), distinguiéndose del DSM-5-TR por tener subcategorías del TND con base en la presencia o ausencia de irritabilidad crónica. Los criterios de la CIE-11 para el diagnóstico de TND se resumen a continuación (ver Cuadro 2):

Cuadro 2

Criterios diagnósticos de la CIE-11 para el Trastorno Negativista Desafiante

Un patrón de comportamiento marcadamente incumplidor, desafiante y desobediente que es atípico para individuos de edad, nivel de desarrollo, género y contexto sociocultural comparables. El patrón de comportamiento puede incluir:

- dificultad persistente para llevarse bien con los demás (por ejemplo, discutir con figuras de autoridad; desafiar activamente o negarse a cumplir solicitudes, directivas o reglas; molestar deliberadamente a otros; culpar a sus pares o compañeros de trabajo por errores o mala conducta);
- comportamiento provocativo, rencoroso o vengativo (por ejemplo, antagonizar con otros, utilizar las redes sociales para atacar o burlarse de otros);
- irritabilidad o ira extrema (por ejemplo, ser susceptible o enojarse fácilmente, perder los estribos, arrebatos de ira, estar enojado y resentido).

El patrón de comportamiento ha persistido durante un período prolongado de tiempo (por ejemplo, 6 meses o más).

Los comportamientos de oposición no se explican mejor por problemas relacionales entre el individuo y una figura de autoridad particular hacia la cual el individuo se comporta de manera desafiante. Los ejemplos pueden incluir padres, maestros o supervisores que actúan antagónicamente o imponen exigencias irrazonables al individuo.

El patrón de conducta produce un deterioro significativo en áreas personales, familiares, sociales, educativas u otras áreas importantes del funcionamiento.

Se observa que ambas clasificaciones son similares y toman en cuenta la importancia de considerar el nivel de desarrollo del individuo y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve. Lo anterior resulta muy importante para poder realizar un diagnóstico de TND, debido a que investigaciones recientes demuestran que existe una fuerte influencia cultural al hablar de conductas desafiantes, e incluso se hace una crítica respecto al hecho de que se considere un trastorno. De acuerdo con Potter (2014), el sistema de clasificación actual no toma a consideración el funcionamiento de las normas dentro de una sociedad estratificada. Al examinar detenidamente las normas culturales del comportamiento, la autora argumenta que la *conducta apropiada* está definida por una cultura predominantemente blanca, dejando en desventaja a las minorías étnicas y raciales debido a "un sesgo sistémico basado en estereotipos y normas culturales dominantes que permean profundamente tanto en la clasificación como en el diagnóstico de TND" (p. 173).

Debido a lo anterior, Potter (2016) concluye que, si bien existen niñas, niños y jóvenes que pueden cumplir los criterios diagnósticos para TND, es indispensable examinar de forma exhaustiva los factores que pueden estar involucrados en la aparición de estas conductas, desde las trayectorias del desarrollo hasta cuestiones de género y el estatus socioeconómico del individuo:

> "Cuando se ignora la formación y entendimiento de los niños en torno a las identidades sociales, posiciones de privilegio y desventaja, y sus dificultades dentro del propio entorno social, podemos hacer asunciones y generalizaciones erróneas sobre la conducta agresiva y aparentemente antisocial (…). En particular, las suposiciones arraigadas sobre el género y la raza respecto al manejo del enojo, la agresión y el rechazo pueden llevarnos a pasar por alto la posibilidad de que algunos comportamientos desafiantes y aparentemente agresivos en los niños puedan ser una lucha saludable contra la autoridad o normas locales" (Potter, 2016, p. 79)

Además de los argumentos previamente mencionados, algunos puntos en torno a la validez y utilidad clínica de la categoría diagnóstica del TND surgen desde la perspectiva de los padres cuyos hijos reciben este diagnóstico por parte de un profesional. En general, los comentarios de crítica hacia el TND aluden a que este puede ser una forma de patologizar la conducta normativa, además del rechazo de algunas familias respecto al uso de etiquetas para clasificar a niñas, niños y adolescentes. Burke et al. (2022) contraargumentan lo anterior resaltando la importancia de los diagnósticos para facilitar la implementación de tratamientos efectivos para problemas reales que obstaculizan el desarrollo pleno y la adaptación saludable de una persona. Si bien, es posible llevar a cabo un tratamiento satisfactorio sin necesidad de considerar una categoría diagnóstica, en cualquier caso, resulta indispensable conocer el problema a través de una evaluación exhaustiva, y así saber cuál es la opción más adecuada para tratarlo. El llegar a un diagnóstico de TND puede llevar a la selección de un tratamiento que ha mostrado ser efectivo para esta condición; desde esta perspectiva, los diagnósticos son vistos como "un vehículo imperfecto, diseñado justo para alcanzar esto" (Burke et al., 2022, p. 297).

Se ha debatido también si realmente es necesario considerar al TND como un trastorno, debido a factores relacionados con la etiología de los criterios que lo conforman. Algunas personas pueden llegar a considerar que el TND surge de forma esperable cuando los padres u otras figuras de autoridad no son los suficientemente *estrictos* o no han sido capaces de enseñar modales a los niños. De lo anterior, surge la pregunta "¿Qué convierte al TND en un trastorno mental, en lugar de un desafortunado, pero esperable, resultado de algún factor ambiental?" (Burke et al., 2022).

Con la finalidad de dar respuesta a este cuestionamiento se abordarán los factores etiológicos involucrados en la aparición y mantenimiento de rasgos conductuales, cognitivos y emocionales asociados a la conducta desafiante.

Etiología de la conducta desafiante

Como la gran mayoría de los problemas observados dentro de la psicología infantil, la conducta desafiante es resultado de diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos, que interactúan entre sí. Se han creado diferentes modelos explicativos con la finalidad de identificar cuáles son los elementos que entran en juego para que la conducta desafiante o el TND se manifiesten.

Diversas teorías han intentado explicar la aparición y mantenimiento de la conducta asociada al TND. Por ejemplo, con base en los postulados del condicionamiento operante, Patterson (2002) propone que las interacciones familiares son el factor principal que desencadena los problemas conductuales en los niños. Este autor explica que, cuando los padres le dan algo a los niños para detener un berrinche u otros comportamientos indeseados, ocurre una interacción recíproca en la que la conducta problemática del niño es reforzada de forma positiva, mientras que en los padres existe un reforzamiento negativo al detener situaciones que les resultan desagradables.

A nivel genético, los estudios han encontrado que el TND, al igual que el resto de trastornos disruptivos, tiene un origen poligénico; se tiene evidencia de que una variedad importante de genes juegan un papel importante en el desarrollo de conductas de tipo desafiante, tales como el MAOA, DRD4 y SLC6A4 (DiLalla et al., 2009; Koyama et al., 2024). Sin embargo, en el caso del TND, la mera presencia de alteraciones genéticas no define el curso del comportamiento del individuo, sino que la influencia de factores ambientales, tales como la dinámica familiar, tienen un rol fundamental para el desarrollo de conductas consideradas oposicionistas (Azeredo et al., 2018).

Por otra parte, Barkley (1987) propone un modelo de cuatro factores que, en conjunto, pueden explicar la aparición del TND, dichos factores son: las prácticas de crianza inconsistentes, las características cognitivas y del temperamento de cada niño, las características de personalidad

de los padres y los acontecimientos del contexto inmediato. Este modelo ha sido descrito como "práctico y riguroso para entender los trastornos de conducta y poder extraer conclusiones para el tratamiento" (Portugal Fernández & Araúxo Vilar, 2004; p. 57).

McKinney y Renk (2007) sostienen que si bien, la investigación y el desarrollo de modelos explicativos del TND permiten una comprensión extensa del mismo, existen limitaciones importantes en relación a la terminología y aspectos metodológicos utilizados, ya que hasta ese momento no se había tomado a consideración una perspectiva que tome en cuenta el curso del desarrollo infantil. Además, las múltiples formas de interacción entre los factores de riesgo biológicos, psicológicos, culturales y el desarrollo normoevolutivo no habían sido lo suficientemente exploradas. Debido a lo anterior, estos autores proponen un modelo de Enfoque Interaccional-Desarrollo-Etiológico (IDEA, por sus siglas en inglés) para explicar el desarrollo de problemas de conducta. De acuerdo con el modelo IDEA, la etiología del TND incluye factores genéticos, ambientales y disposicionales que interactúan entre sí.

Los factores genéticos incluyen el grado en que las variables, como la psicopatología parental o las características propias de los niños, están influenciadas por un componente hereditario. Estos conducen, a su vez, a los factores ambientales y disposicionales. Los factores ambientales incluyen variables como el estatus socioeconómico, el estilo de crianza, la relación marital y las influencias de los pares. El ambiente mantiene una influencia bidireccional con los factores disposicionales, tales como la edad, el género, el temperamento, los niveles de cortisol, el funcionamiento intelectual, las funciones ejecutivas y la cognición social. Cabe señalar que muchos de estos factores pueden desempeñar un papel protector o pueden presentarse como un factor de riesgo dependiendo en qué lado del espectro se encuentran (McKinney & Renk, 2007). Por ejemplo, la crianza positiva puede proteger contra el desarrollo posterior de una predisposición

subyacente a problemas de conducta, mientras que la crianza negativa puede exacerbar dicha predisposición.

El modelo anteriormente descrito ofrece una visión evolucionada del TND al considerar factores genéticos, ambientales y disposicionales. Sin embargo, cuenta con algunas limitaciones, tales como la falta de una descripción precisa en torno a la complejidad de las interacciones entre los factores, la consideración insuficiente de los factores culturales, y desafíos en la evaluación de los factores disposicionales. Además, la implementación práctica del modelo puede ser complicada. Por estas razones, es necesario un enfoque continuo y multidisciplinario en la investigación y tratamiento del TND.

Los esfuerzos más recientes para construir un marco explicativo en torno al TND han llevado a colocar en un papel más central los elementos propios del contexto. Tras llevar a cabo una revisión sistemática, Lin et al. (2022) desarrollaron un modelo de trabajo que describe los mecanismos subyacentes a la aparición del TND en la infancia. Partiendo desde los supuestos de la teoría familiar sistémica, los autores proponen un modelo multinivel que explica la forma en que las características del ambiente familiar, las relaciones diádicas en el sistema y los factores individuales del niño y de los padres pueden propiciar el desarrollo y mantenimiento los síntomas de TND. Los niveles que se establecieron en dicho modelo son los siguientes:

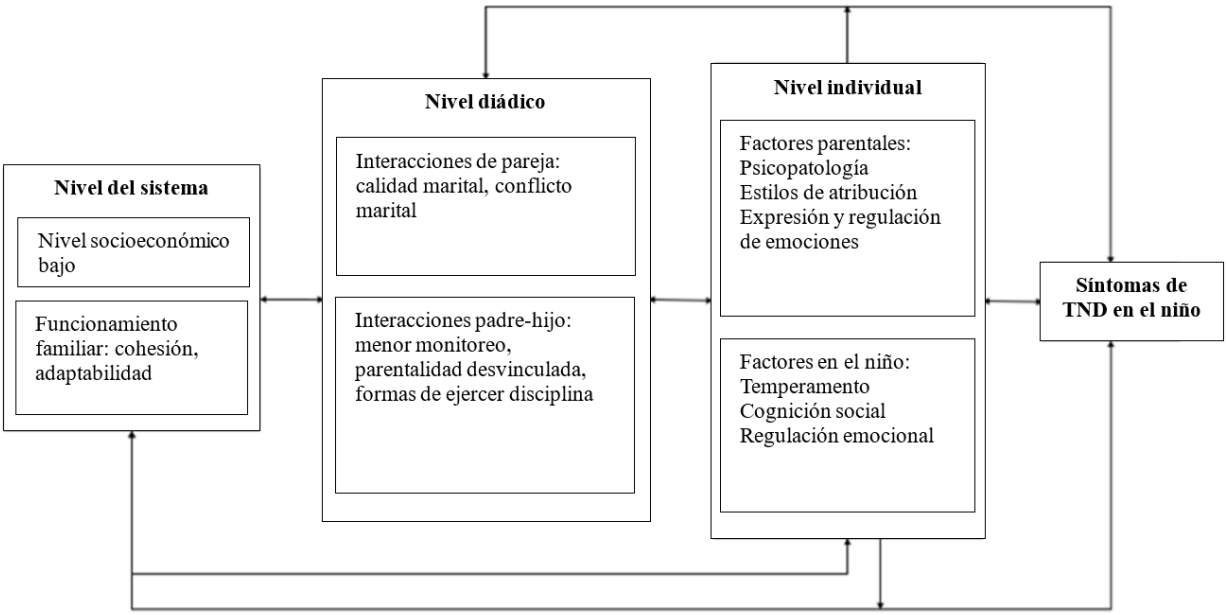
- Nivel del sistema familiar. La familia es considerada como una unidad completa y un sistema, el cual está compuesto de características superficiales (p. ej., el estatus socioeconómico), y profundas (p. ej., la función familiar). Este nivel hace referencia a la interacción de la actividad física, emocional y psicológica entre todos los miembros de una familia.

- Nivel diádico. Consiste en el funcionamiento de cada subsistema en la familia, incluyendo el sistema marital y las interacciones padres-hijo.
- Nivel individual. En este nivel se toma en cuenta a cada miembro de la familia como un subsistema separado. Involucra características individuales, factores cognitivos y emocionales de los padres y del niño.

El siguiente esquema representa la interacción de los niveles anteriormente mencionados, así como los componentes que conforman a cada uno (Ver Figura 2):

Figura 2

Marco del modelo familiar de tres niveles



Nota. Nótese que existen también relaciones bidireccionales e interacciones entre los factores familiares y los síntomas de TND. Recuperado de Lin et al. (2022)

A nivel del sistema familiar, el *estatus socioeconómico bajo* se ha relacionado de forma significativa con la presencia de TND y trastorno de conducta; sin embargo, se enfatiza que la economía familiar por sí misma no es la causante de la aparición de la problemática. Son los factores derivados de la falta de acceso a recursos financieros y sociales, tales como un menor nivel de educación, un ambiente familiar caótico y un estilo de crianza ausente o autoritario los que contribuyen a la presencia de problemas externalizados e internalizados.

Por otra parte, el *funcionamiento familiar* toma a consideración dos conceptos: la cohesión, entendida como la conexión emocional entre los miembros; y la adaptabilidad, definida como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura, rol de las relaciones y reglas en las relaciones como respuesta a estrés situacional o del desarrollo. De acuerdo con la revisión de Lin et al. (2022), las familias cuyos hijos presentan rasgos de TND muestran una cohesión y adaptabilidad significativamente menor en comparación con un grupo control. Lo anterior puede deberse a que las familias con dificultades en su funcionamiento tienden a presentar confusión en roles y reglas inestables, además de habilidades de comunicación deficientes y menor capacidad para resolver crisis familiares, llevando a que los niños no logren aprender habilidades de afrontamiento positivas.

Respecto al nivel diádico, el *conflicto marital* puede crear un ambiente emocional negativo en la familia, y una exposición a largo plazo a este tipo de ambientes puede incrementar el riesgo de aparición de conductas disruptivas. La *interacción entre padres e hijos*, marcada por las prácticas parentales y el estilo de crianza, puede constituir un factor de riesgo crítico para el desarrollo de sintomatología de TND. Específicamente, los niveles bajos de monitoreo parental y un menor involucramiento, además de un uso inconsistente de la disciplina, se han visto asociados a una mayor frecuencia e intensidad de los síntomas de TND.

A nivel individual se habla de factores propios de los padres o cuidadores, tales como la psicopatología, los estilos de atribución y las características emocionales de estos. En relación a la *psicopatología parental*, los padres con depresión, ansiedad, agresión y trastorno por uso de sustancias podrían contribuir a un incremento en los síntomas de TND en sus hijos. Los *estilos de atribución de los padres* cuyos hijos presentan problemas de conducta disruptiva suelen categorizar las dificultades como internas y estables; en contraste, las conductas positivas se consideran como externas y menos estables. Lo anterior implica que, cuando los padres atribuyen la conducta disfuncional de los niños a situaciones que están fuera de su control, pueden existir limitaciones respecto a la habilidad parental para interpretar de forma realista la intención subyacente del comportamiento del niño, lo cual interfiere en su desarrollo. Las *características emocionales* en los padres, conformadas por la socialización y regulación de sus emociones, pueden contribuir a la aparición de conductas desafiantes debido a que, cuando los adultos presentan problemas para expresar, regular y afrontar sus propias emociones, se obstaculiza el aprendizaje por modelamiento y la co-regulación, llevando a que exista una mayor dificultad para la regulación y un uso frecuente de estrategias de afrontamiento disfuncionales, asociadas con los comportamientos desafiantes.

Las características individuales de los niños incluyen el temperamento, la cognición social y la regulación emocional. El *temperamento* que se ha visto más relacionado con los síntomas de TND es aquel con las siguientes particularidades:

- búsqueda constante de novedad
- persistencia
- evitación del daño
- mayor nivel de afecto negativo (niveles elevados de enojo, tristeza y miedo)

- menor control esforzado, entendido como el esfuerzo interno por controlar impulsos, regular la propia emoción y comprender emociones ajenas
- desinhibición, definida como dificultades con la regulación conductual, cognitiva y emocional

Los componentes de la *cognición social*, tales como la interpretación y el entendimiento de los estados mentales y emocionales del otro, la simpatía y el procesamiento de información social, se relacionan significativamente con las conductas desafiantes desde edades tempranas. Específicamente, los niños con diagnóstico de TND han mostrado tener tiempos de respuesta mayores cuando se llevan a cabo tareas de mentalización afectiva, además de mostrar una codificación de la información social menos acertada en comparación con niños sin dificultades en el comportamiento. Los problemas en la *regulación emocional* relacionados con la falta de estrategias adaptativas para afrontar emociones displacenteras constituyen un factor de riesgo importante para la aparición de psicopatología; con relación al TND, la desregulación emocional ha demostrado ser la variable que predice con mayor efectividad la presencia de los síntomas asociados a este trastorno.

Como se puede observar, el modelo de Lin et al. (2022) proporciona una visión amplia y fundamentada sobre los múltiples factores que contribuyen al Trastorno Negativista Desafiante y a problemas de conducta en niños. Resulta especialmente valiosa la forma en que se analiza la interacción entre los niveles socioeconómico, familiar, diádico e individual, ofreciendo una perspectiva holística sobre el problema.

La conducta desafiante a través del desarrollo infantil

Como ya se mencionó con anterioridad, es indispensable tener en cuenta el desarrollo infantil normoevolutivo para evitar el sobrediagnóstico de conductas desafiantes, ya que en determinados periodos de la infancia estos comportamientos son incluso esperados (Levine & Munsch, 2018; Siegler et al., 2020). Durante el desarrollo infantil, es normal que los niños pasen por fases en las que desafían las normas y las expectativas de los adultos como parte de su proceso de crecimiento y adquisición de autonomía. Si bien todas las áreas del desarrollo se encuentran entrelazadas y proporcionan una visión integral del niño, para fines del presente trabajo se profundizará en la regulación emocional, la autorregulación conductual y el desarrollo de la conciencia moral, debido a que los hitos a alcanzar en estas áreas se relacionan de forma directa con lo que pueden considerarse comportamientos desafiantes (Cole et al., 2019; Dahl & Baxley, 2020; Malti & Dys, 2018; Robson et al., 2020).

La regulación emocional es crucial para que los niños aprendan a manejar sus emociones de manera efectiva, lo que a su vez afecta su comportamiento y relaciones interpersonales. Estudios recientes indican que una buena capacidad de regulación emocional puede reducir significativamente la incidencia de conductas desafiantes (Cole et al., 2019). Asimismo, la autorregulación conductual, que incluye la capacidad de controlar impulsos y comportarse de manera acorde a las normas sociales, es un aspecto esencial del desarrollo infantil que está estrechamente vinculado con la regulación emocional y predice a su vez la presencia de psicopatología en edades posteriores (Robson et al., 2020).

Por otro lado, el desarrollo de la conciencia moral, que implica la internalización de normas y valores sociales, juega un papel fundamental en la reducción de comportamientos desafiantes. La

investigación ha mostrado que los niños que desarrollan una fuerte conciencia moral tienden a mostrar mayor empatía y comportamientos prosociales, lo cual disminuye la tendencia a desafiar a la autoridad y las normas establecidas (Dahl & Baxley, 2020; Malti & Dys, 2018). Estos avances en la comprensión del desarrollo normoevolutivo y sus implicaciones en la conducta desafiante son esenciales para los profesionales de la salud mental infantil, ya que permiten diferenciar entre comportamientos esperados y aquellos que requieren intervención clínica.

En la Tabla 1, se muestra el trabajo realizado por Landy y Bradley (2014) para resumir los logros del desarrollo más importantes en torno a las áreas previamente mencionadas.

Tabla 1

Hitos del desarrollo típico de la regulación conductual, conciencia moral y regulación emocional

Rango de edad	Desarrollo de la regulación conductual y conciencia moral	Desarrollo de la regulación emocional
Nacimiento a 12 meses	● Regulación de la frustración por periodos breves. Utiliza la succión y mirada fija para autorregularse. ● Al final del primer año, empieza a desarrollar un entendimiento de lo que es peligroso y la necesidad de alejarse de estas situaciones. ● Puede mostrar signos de inicio de empatía, llora cuando alguien está molesto o preocupado.	● Las reacciones emocionales son globales y se manifiestan ante distrés generalizado ● La mayoría de las emociones se expresan a los 12 meses, incluyendo felicidad, asco, miedo y enojo ● Es capaz de voltear la vista si se sobreestimula en las interacciones ● Las emociones positivas son más comunes a partir de los 7 meses, cuando el niño es capaz de reír
12 a 24 meses	● Dice “no” con mucha frecuencia ● Puede tomar los juguetes de otros niños ● Sólo sigue las reglas y cumple lo que se le pide un 45% de las veces ● Muestra preocupación genuina cuando otra persona se siente angustiada ● Demuestra un entendimiento de estándares internalizados respecto a cómo “deben” ser las cosas ● Puede demostrar autocontrol, deteniendo una conducta que sabe que no debe hacer.	● Incrementa la cantidad de emociones experimentadas, incluyendo la culpa y los celos. ● Emociones como la vergüenza y el orgullo pueden surgir entre los 18 y los 24 meses ● Usa la referencia social – observa la expresión facial de los padres para saber cómo responder ● A partir de los 18 meses incrementan los berrinches y otras respuestas de enojo
2 a 4 años	● Surgen emociones de orgullo, vergüenza y culpa, que apoyan a la regulación conductual	● La agresión y los berrinches están en su punto máximo a partir del segundo año ● Aprende a hablar sobre emociones y sus causas

	● Puede detener su conducta un 85% de las veces. Cuando se le pide que haga algo, lo hace un 30% de las veces ● Empieza a utilizar el discurso privado para ayudarse a seguir las reglas ● Puede distinguir lo correcto y lo incorrecto en historias de moral ● Durante el juego les dice a los personajes qué hacer ● Puede tener dificultad para transferir las reglas en diferentes contextos ● Algunos niños de tres años pueden usar palabras para discutir e intentar negociar todo ● A los cuatro años el negativismo se reduce y el niño tiene mayor capacidad para conformarse con normas sociales ● El niño puede darse cuenta de que ha hecho algo equivocado y disculparse	● Es capaz de solicitar ayuda cuando tiene un problema que no puede resolver ● Los miedos son comunes, puede tener dificultad para dormir y pesadillas. ● Hacia el tercer año, los berrinches empiezan a disminuir y puede recuperarse de ellos más rápido
4 a 6 años	● Con la teoría de la mente, el niño es menos egocéntrico en su pensamiento y tiene un sentido de justicia hacia los otros ● Puede inhibir respuestas impulsivas inmediatas, tales como correr en la calle o lastimar a otro niño ● A los cinco años, el niño busca seguir los estándares y reglas de sus padres. Se sentirá mal si hace algo que sabe que va contra las reglas de la familia, escuela o comunidad ● Puede mostrarse estricto en relación a las reglas, y decirles a otros niños que sigan las reglas que se llevan a cabo en su casa	● Puede evitar situaciones para no responder de forma desregulada ● Al desarrollar la teoría de la mente, logra tomar la perspectiva de los demás y desarrollar empatía ● Es capaz de sentirse culpable ● Comprende las reglas y las sigue la mayoría del tiempo para disminuir la intensidad de sus emociones ● Puede mostrar una emoción que no es predominante (p. ej., sonríe cuando recibe un regalo que no quería)

	● El incumplimiento de reglas y los desafíos son raros, pero en ocasiones si el niño está cansado o molesto, puede discutir e intentar negociar reglas que no son negociables ● Internaliza las reglas de la familia, escuela y sociedad ● Mayor capacidad para utilizar el pensamiento, las palabras y la fantasía en lugar de acciones impulsivas ● La capacidad de empatía continúa desarrollándose y el niño puede mostrar interés en ayudar a personas en desventaja	● La emoción y la cognición están integradas y se expresan de forma organizada ● Mayor capacidad para usar la distracción, atención enfocada, auto instrucciones y toma de perspectiva para calmarse y lidiar con situaciones difíciles
7 a 10 años	● Incrementa la autosuficiencia del niño ● Toma una mayor responsabilidad respecto a tareas del hogar y cuidar sus propias pertenencias ● Tiene una visión clara del “bien” y el “mal”, es capaz de rechazar invitaciones de sus pares para involucrarse en conductas de acoso escolar ● No se muestra obstinado a tener conflictos con figuras de autoridad, tales como profesores ● Comprende y sigue las reglas de la escuela ● Acepta la responsabilidad personal por su conducta ● Puede comprender la perspectiva de los demás ● Se observa motivado por encajar en el grupo de pares	● Generalmente es más calmado y toma con mayor seriedad lo relacionado con la escuela ● Menor impulsividad, logra pensar las cosas con más detenimiento ● Usa el pensamiento lógico y el autocontrol para regular sus emociones ● Se siente culpable si lastima los sentimientos de alguien más ● Puede manejar las interacciones con sus pares la mayoría del tiempo, sin enojarse

11 a 13 años	● Incremento en la independencia, interés por actividades fuera de casa ● Las relaciones con sus padres aún son importantes, pero el niño puede apartarse de ellos temporalmente ● Es menos impulsivo, puede aplazar la gratificación para conseguir metas a través del esfuerzo ● Empieza a tener metas a largo plazo, tales como ir a la universidad y estudiar una carrera en particular	● Puede tener periodos de cambios intensos en el estado de ánimo ● Los cambios de humor pueden ser extremos debido a los cambios hormonales ● Cuenta con diferentes estrategias para manejar las emociones ● La ansiedad suele disminuir, aunque puede preocuparse sobre las relaciones con sus pares o calificaciones ● Puede mostrar enojo hacia sus padres con mayor frecuencia, porque consideran que no tienen suficiente libertad

Nota. Elaborado con información recuperada de Landy & Bradley (2014).

Considerar las etapas del desarrollo es crucial para identificar conductas asociadas al TND durante la infancia. Este enfoque integral no solo facilita un diagnóstico más certero, sino que también orienta las intervenciones hacia estrategias que son apropiadas para el nivel de desarrollo del niño. De esta manera, se promueve una gestión más efectiva del trastorno y se proporciona un apoyo adecuado que contribuye a una evolución positiva en el bienestar del niño.

La evaluación en casos de conducta desafiante

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP; Steiner & Remsing, 2007) publicó los parámetros de práctica para la evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante. A través de una revisión exhaustiva de la literatura y del consenso clínico, se formuló la siguiente lista de recomendaciones respecto a la evaluación de estos casos:

1. Establecer alianzas terapéuticas con el niño y con la familia. Para obtener información que apoye a la evaluación y al tratamiento subsecuente, se requiere de una alianza con los padres y con el niño de formas separadas. Con el niño, es crucial la empatía y evitar los castigos y sanciones por la conducta desafiante para construir una alianza sólida. Por otra parte, el terapeuta debe abordar el tema de la crianza con los padres sin que estos se sientan acusados o juzgados.
2. Considerar aspectos culturales de forma activa en el diagnóstico y el tratamiento. Sobre todo, hay que prestar atención a los estándares de obediencia y parentalidad en los diferentes subgrupos étnicos. El terapeuta debe ser sensible a las diferencias que puedan surgir con base en el contexto cultural, debido a que la forma en que se ejerce la disciplina es un punto clave a abordar en el TND.

3. La evaluación del TND incluye información obtenida directamente del niño, así como de los padres, respecto a los síntomas, edad de aparición, duración de los síntomas y grado de deterioro funcional. Es común que los niños no vean su conducta como un problema, e incluso pueden percibirlo como algo justificado en respuesta a circunstancias específicas del contexto. El terapeuta debe explorar cuidadosamente la posibilidad de que la oposición del niño esté siendo causada por antecedentes de abuso físico, sexual o negligencia en la familia u otros contextos sociales inmediatos. Además, las conductas desafiantes pueden estar presentes en algunos escenarios y no en otros. Por ejemplo, el niño puede tener dificultades con sus padres, pero seguir las reglas de la escuela o de otras figuras de autoridad.

   Una parte de la evaluación debe estar conformada por un análisis funcional de la conducta, que incluya los antecedentes y las consecuencias del comportamiento del niño, de los padres y de otras personas que puedan estar reforzando las conductas problemáticas del niño. Otro factor para considerar en la evaluación es el involucramiento del niño en acoso escolar, ya sea como víctima o como perpetrador. Lo anterior es un indicador de que el funcionamiento social del niño está en deterioro.
4. Los terapeutas deben tomar en cuenta las posibles comorbilidades psiquiátricas en el diagnóstico y el tratamiento. El TND es una condición altamente comórbida; por lo que el profesional debe delimitar aquellos comportamientos que sí son indicadores de este trastorno, o bien son una reacción de ajuste a un evento determinado. Posteriormente, es necesario analizar si las manifestaciones son propias de TND, o ya hay indicadores de un trastorno de conducta. Si los trastornos comórbidos responden al tratamiento, la conducta desafiante puede disminuir su intensidad o incluso desaparecer.
5. Incluir información obtenida de múltiples informantes externos. El terapeuta debe considerar la información proporcionada por diferentes informantes, tales como profesores, cuidadores,

padres de familia y otros profesionales dentro de la escuela. La observación externa permite determinar si el niño muestra conducta desafiante a pesar de las variaciones en su contexto social; de esta manera, se podrá saber el grado de severidad y confirmar el diagnóstico.

Los padres y los niños suelen tener discordancias sobre la información respecto al origen y curso del problema. El apoyo de informantes neutrales puede ayudar a reconciliar estas diferencias y tener un panorama claro.

6. El uso de cuestionarios específicos y escalas de evaluación puede ser útil en la evaluación y el seguimiento del progreso. Existe una amplia variedad de instrumentos y formatos de entrevista semiestructurada que han sido desarrollados para la medición de la conducta desafiante y otras formas de agresión en niños y adolescentes (ver Tabla 2). Las escalas resultan útiles, no solo para establecer el diagnóstico sino para registrar el progreso y la respuesta del niño o adolescente a las intervenciones. La mayoría de estos instrumentos han estandarizado la conducta disruptiva/agresiva de acuerdo con la edad. Esto permite obtener puntuaciones que pueden ser comparadas con un rango de edad apropiado, contribuyendo a la definición de conductas normativas y no-normativas.

Tabla 2

Instrumentos de evaluación relevantes para la detección de conductas asociadas al TND

Instrumento	Constructos	Rango de edad	Fuente de información
Child Behavior Checklist (CBCL) (Albores-Gallo et al., 2016)	Problemas internalizados y externalizados	Edad escolar y adolescentes (6 a 18 años)	Padres o cuidadores
Youth Self Report (YSR) (Palos et al., 2010)	Problemas internalizados y externalizados	Adolescentes (11 a 18 años)	Autorreporte

Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN) (Romero-Godínez et al., 2016)	Problemas internalizados y externalizados	Edad escolar (8 a 12 años)	Autorreporte
Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) (Sánchez et al., 2016)	Problemas internalizados y externalizados	Edad preescolar en adelante (3 a 18 años)	Padres o cuidadores, autoinforme (a partir de los 6 años)
Conners Teacher Rating Scale (CTRS); Conners Parent Rating Scale (CPRS) (Conners et al., 1998)	Hiperactividad, déficit de atención, problemas de conducta	Edad preescolar en adelante (3 a 17 años)	Profesores y padres de familia

Los parámetros de práctica expuestos con anterioridad ofrecen un enfoque integral y bien estructurado para la evaluación de niños y adolescentes con manifestaciones clínicas asociadas al TND. Estas recomendaciones subrayan la importancia de construir alianzas terapéuticas sólidas con el niño y su familia, tomar a consideración los aspectos culturales y llevar a cabo evaluaciones detalladas con información de múltiples fuentes. Este enfoque multidimensional permite una comprensión más precisa del TND y facilita el diseño de intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

Tratamiento de la conducta desafiante

Respecto al desarrollo de intervenciones enfocadas a la conducta desafiante, es indispensable que el terapeuta lleve a cabo un plan de tratamiento individualizado, cuyo eje principal sea una formulación de caso con perspectiva biopsicosocial (Steiner & Remsing, 2007). El tratamiento de la conducta desafiante debe basarse en una evaluación integral de las dificultades del niño y de la

familia que tenga en cuenta los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de las conductas desafiantes, así como la intensidad y frecuencia en la que se presentan estas conductas en diferentes contextos.

Las modalidades de tratamiento en el TND suelen involucrar frecuentemente a los padres de familia y/o a los profesores, debido a que factores como las prácticas de crianza deficientes y la falta de establecimiento de límites consistentes se han asociado con un riesgo elevado de presentar conductas relacionadas a este trastorno (Monsalve Robayo et al., 2017). Tras llevar a cabo una revisión de los tratamientos más actuales, Torales et al. (2018) realizaron una clasificación de las orientaciones terapéuticas para el TND según la población objetivo de las intervenciones. Según estos autores, existen tres orientaciones terapéuticas principales:

- Entrenamiento a los padres: Se enfoca en estrategias para el manejo de conductas disruptivas en los niños. Incluye orientación sobre el manejo de la disciplina, prácticas de crianza saludables y el fortalecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos.
- Entrenamiento a los profesores: Utiliza técnicas operantes y manejo de contingencias en el aula. Proporciona herramientas para que los profesores incrementen las conductas adaptativas del niño en el salón de clases y manejen las conductas problemáticas.
- Entrenamiento del niño: Se basa en estrategias para la regulación emocional y habilidades para la solución de problemas. Se centra en los procesos cognitivos de la conducta social y el reconocimiento de las consecuencias de sus propias acciones.

Las revisiones sistemáticas más actuales relacionadas al tratamiento de la conducta desafiante sugieren que los programas de entrenamiento para padres y cuidadores principales son los que se utilizan con mayor frecuencia (Medina Vera, 2023), debido a que se ha demostrado la eficacia de las técnicas de manejo conductual, las habilidades de crianza y la promoción de un

ambiente familiar saludable en la disminución de conductas desadaptativas en niños y adolescentes (Monsalve Robayo et al., 2017). Por otra parte, las intervenciones dirigidas a los niños buscan promover habilidades de afrontamiento, estrategias de regulación emocional y hábitos que les permitan adaptarse de forma efectiva a su contexto familiar, escolar y social.

Se ha observado que el enfoque de intervención utilizado con mayor frecuencia para el manejo de la conducta desafiante es el cognitivo-conductual (Monsalve Robayo et al., 2017). Dicho enfoque ha demostrado ser particularmente eficaz en el tratamiento del TND debido a su modalidad de trabajo orientada a la identificación y modificación de los patrones de pensamiento que contribuyen a las conductas desafiantes y agresivas, haciendo uso de técnicas específicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias, donde se utilizan refuerzos positivos y negativos para aumentar las conductas deseadas y disminuir las indeseadas (2014).

Una de las principales dificultades encontradas al aplicar la aproximación cognitivo-conductual en el tratamiento de conductas desafiantes, es la adherencia al tratamiento tanto por parte de los pacientes como de los padres. Los niños y adolescentes con características asociadas al TND suelen mostrar resistencia a la autoridad y a las intervenciones estructuradas, lo que puede dificultar su participación activa en las sesiones terapéuticas (Torales et al., 2018). Además, la participación de los padres es crucial para el éxito del tratamiento, pero a menudo encuentran difícil implementar consistentemente las estrategias aprendidas en las sesiones de entrenamiento parental debido a la falta de tiempo, estrés o habilidades de manejo del comportamiento (Prout et al., 2018).

Otra área de oportunidad es la necesidad de adaptar las técnicas cognitivo-conductuales a las características específicas de cada niño y su contexto familiar y escolar. La TCC tradicionalmente utiliza un enfoque estructurado y estandarizado, lo que puede no ser adecuado

para todos los casos. La creación de un tratamiento personalizado, tomando a consideración factores culturales, socioeconómicos y las diferencias individuales de los niños, ha demostrado ser un elemento que contribuye a la efectividad de la psicoterapia (McCabe et al., 2020).

Ante dichas situaciones, resulta indispensable tomar a consideración otras perspectivas que contribuyan al desarrollo de planes de tratamiento que logren cubrir las necesidades de cada niño y de sus familias. A continuación, se mencionarán los aspectos esenciales y los aportes más relevantes de la Terapia de Juego Centrada en el Niño y del Enfoque Integrativo con relación al tratamiento de conductas desafiantes.

Enfoque humanista: Terapia de Juego Centrada en el Niño

Durante muchos años se han utilizado diversos métodos para abordar los problemas conductuales, cognitivos y emocionales de los niños con los síntomas del TND. Uno de estos métodos es la Terapia de Juego (Schaefer & Drewes, 2014), que se define como una relación interpersonal dinámica entre el niño y el terapeuta, cuyo objetivo es facilitar la formación de un vínculo seguro para que el niño exprese y explore plenamente sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos a través del juego, que es el medio de comunicación más natural durante esta etapa de la vida (Landreth, 2012).

La Terapia de Juego Centrada en el Niño (TJCN) es un tipo de terapia de juego no directiva que tiene como base el enfoque teórico propuesto por Carl Rogers. De acuerdo con Virginia Axline, fundadora de este modelo terapéutico, la TJCN parte de una filosofía básica en relación a la capacidad inherente de los niños para luchar por su crecimiento y autorrealización, así como una actitud basada en la capacidad de los niños para autodirigirse de manera constructiva (Axline, 1975). A diferencia de la TCC, que a menudo requiere un nivel de habilidades cognitivas y verbales

que los niños pequeños pueden no poseer, la TJCN permite a los niños comunicarse y trabajar a través de sus problemas de una manera que es congruente con su nivel de desarrollo y su modo natural de interacción (Schaefer & Drewes, 2014).

Dentro de la TJCN se considera que lo más importante para aliviar el malestar emocional de un niño es aceptar y comprender su forma de expresión y sus sentimientos. Los poderes curativos de esta terapia serían, entonces, la formación de una alianza terapéutica sólida y empática, así como la expresión de aceptación incondicional del terapeuta hacia el niño (Schottelkorb et al., 2020). De esta manera, el niño podrá expresar sus sentimientos de ansiedad, hostilidad e inseguridades a su propio ritmo a través del juego.

Al comprender y aceptar la percepción del mundo del niño, el terapeuta de juego facilita una relación terapéutica que activa el potencial del niño para la autorrealización y la superación personal mediante la creación de un entorno libre. El trabajo del terapeuta es crear un entorno seguro para que el niño descubra diferentes sentimientos, comportamientos y formas de ser (Casey et al., 2020). Los niños tienen la capacidad de desarrollar motivaciones internas que pueden promoverse brindándoles el clima terapéutico adecuado; cuando los niños son responsables de sus propias decisiones y experimentan límites para comportamientos inapropiados durante la TJCN, se promueve la capacidad de autorregulación (Schottelkorb et al., 2020). Lo anterior distingue de forma importante a este enfoque de otros modelos de intervención más directivos y estructurados, e incluso puede ser considerado benéfico para aquellos casos en los que el niño presenta dificultades en la regulación y expresión emocional, debido a que se promueven formas creativas y libres de comunicación, siguiendo el ritmo y las propias necesidades del niño, dentro de espacios de aceptación incondicional.

La TJCN ha demostrado ser efectiva en la reducción de la conducta desafiante. Diversos estudios han documentado la eficacia de esta modalidad terapéutica; por ejemplo, se ha encontrado que la terapia de juego individual puede reducir significativamente los síntomas asociados al TND tanto en la etapa post-tratamiento como en el seguimiento a largo plazo, aunque se observa una ligera disminución en la eficacia con el tiempo (Narges, 2017).

Morshed et al. (2019) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue comparar la efectividad de la TJCN en el tratamiento del TND en niños de edad escolar. Los resultados mostraron que este enfoque terapéutico logró una disminución significativa de los síntomas reportados tanto por los padres como por los profesores, efectos que se mantuvieron dos meses después del tratamiento. Otra investigación, realizada por Faramarzi (2021), obtuvo resultados similares en población de edad preescolar; se observó una disminución significativa en los niveles de agresividad tras llevar a cabo 12 sesiones de TJCN en niños con diagnóstico de TND. Se pueden observar resultados similares en otros trabajos recientes (Heshmati et al., 2023; Panahian-Amiri et al., 2021), permitiendo concluir que la TJCN cumple su función al proporcionar la oportunidad para que los niños descarguen su energía y emociones en formas apropiadas, a través de juegos que promueven la exploración, la expresión y la creatividad dentro de un espacio que cuenta con los límites necesarios para cuidar de sí mismos.

Enfoque integrativo

La creciente complejidad de los problemas contemporáneos y la necesidad de intervenciones más eficaces han llevado a los terapeutas a buscar maneras de integrar diferentes enfoques. De esta manera surge el enfoque integrativo, basado en la combinación deliberada y coherente de diferentes teorías y técnicas para abordar de manera integral las necesidades individuales de cada consultante.

El enfoque integrativo asimilativo ha ganado relevancia como una metodología que busca combinar lo mejor de diferentes teorías para ofrecer una intervención más adaptada y eficaz a cada caso en particular. Este enfoque se basa en la premisa de que ningún modelo terapéutico único puede abordar la complejidad de todos los problemas psicológicos y, por tanto, se deben integrar diversas estrategias y conceptos en la práctica clínica (Messer, 2001). Esta forma de intervención se distingue por su flexibilidad y su capacidad para asimilar técnicas y teorías de distintas orientaciones terapéuticas, adaptándolas a un marco teórico coherente. Esta integración no es simplemente una combinación de técnicas, sino un proceso estructurado donde las intervenciones se seleccionan y adaptan en función de las características específicas del paciente y el contexto de tratamiento (Norcross & Goldfried, 2019). El objetivo es crear una terapia personalizada que utilice los puntos fuertes de múltiples enfoques terapéuticos para abordar las necesidades complejas y multifacéticas de los individuos.

En relación al tratamiento del TND, el estudio de Wofford y Ohrt (2018) examina la eficacia del enfoque integrativo asimilativo para el tratamiento de una niña de siete años con este diagnóstico y que además presentaba factores de estrés crónico, en el contexto de un área rural con estatus socioeconómico bajo. Ellos tomaron como enfoque principal la terapia conductual, centrada en el control de estímulos y contingencias para modificar el comportamiento. Incluyeron elementos de la terapia de juego para construir una relación terapéutica efectiva, permitiendo al terapeuta entender el mundo del niño a través del juego. Además, incorporaron la terapia familiar estructural enfocada en establecer y mantener límites claros dentro del sistema familiar, abordando el manejo de límites claros y consistentes. Tras llevar a cabo el tratamiento, la niña mostró un incremento significativo en el uso de palabras para expresar emociones. Al mismo tiempo, presentó una disminución de comportamientos agresivos, y una mayor capacidad para seguir actividades

secuenciales y limpiar después de jugar. Por otra parte, la cuidadora principal fortaleció sus habilidades de crianza permitiendo así un establecimiento adecuado de límites con la niña. Los resultados de esta investigación permiten concluir que la combinación de técnicas con base en el enfoque integrativo asimilativo proporciona una estructura sólida para abordar los síntomas del TND y apoyar al cuidador, promoviendo el desarrollo emocional y conductual positivo de niños y adolescentes.

A lo largo de este capítulo se expusieron las características principales de la conducta desafiante, su definición y las diferentes posturas en torno al uso de categorías diagnósticas para esta problemática, así como los modelos explicativos más recientes que han surgido para comprender su aparición y mantenimiento. Asimismo, se hace énfasis en la importancia de considerar el desarrollo normoevolutivo para la comprensión de las conductas que pueden ser esperadas para ciertas edades. Se discutió además sobre el método de evaluación y las diferentes modalidades y enfoques que han sido utilizados con mayor frecuencia para el tratamiento de estas conductas.

Un factor crucial que influye positivamente en el tratamiento de la conducta desafiante, indistintamente del enfoque teórico, es el establecimiento de una relación terapeuta-paciente basada en las características de cada caso, con la finalidad de lograr la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos (McCabe et al., 2020). La investigación enfocada a los elementos que contribuyen a la formación de relaciones terapéuticas sólidas ha ganado relevancia en el ámbito de las psicoterapias basadas en evidencia (Norcross & Wampold, 2018). Por este motivo, el siguiente capítulo abordará los aspectos más relevantes de la relación terapéutica.

La relación terapéutica

"Nunca ha habido una relación que se parezca ni remotamente a ésta, una relación en la que una persona no exija nada para sí misma. (...) Es, de hecho, una relación radical y revolucionaria. Y representa, también, probablemente el papel más difícil y extraño que le corresponde realizar al hombre".

Carl R. Rogers

La psicoterapia, independientemente de su fundamentación teórica, tiene como elemento indispensable una relación entre el profesional de la salud mental y la persona que solicita atención psicológica. El concepto *relación terapéutica* ha sufrido cambios a través de los años y además suele diferir entre teorías, debido a que en algunas se le otorga un papel central, mientras que en otras toma un rol secundario favoreciendo a las técnicas propuestas por el psicoterapeuta para la resolución de las problemáticas.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Sigmund Freud exploró las formas que puede adquirir la relación entre el terapeuta y el paciente. En 1912, con el ensayo *Dinámica de la transferencia,* explicó que el analizando puede revivir ciertas experiencias psicológicas del pasado y atribuirlas al analista en el momento presente (Freud, 1912; citado en Weiss, 2023). Esto para él implica una relación paradójica debido a que por un lado la transferencia constituye la mayor resistencia para el análisis, pero a su vez puede ser un recurso esencial si se aborda adecuadamente (Freud, 2008). De acuerdo con Friedman (1969), a medida que las discordias entre el analista y el paciente se reducen, este último comienza a recuperarse, llevando así al establecimiento de una alianza terapéutica.

Carl Rogers, creador de la psicoterapia centrada en la persona, buscó comprender cuáles eran aquellas condiciones en las que podía suceder el cambio dentro de la psicoterapia. Concluyó

que la única forma de explicar el éxito psicoterapéutico, más allá de los enfoques teóricos, era a través de un patrón actitudinal mostrado por el terapeuta caracterizado por tres condiciones: la autenticidad, la aceptación incondicional y la empatía (Rogers, 1965). Además, añadió una cuarta condición propia del cliente, ya que es él quien debe percibir un grado mínimo de la actitud genuina, empática y de aceptación del terapeuta para así lograr cambios en su personalidad y su comportamiento.

Por otra parte, dentro del enfoque cognitivo-conductual también se ha hablado sobre las características del terapeuta y del consultante que sirven como catalizadores del éxito terapéutico; no obstante, se concluye que una relación terapéutica positiva es insuficiente para alcanzar el cambio terapéutico, enfatizando el papel de las técnicas terapéuticas y aquellas situaciones que ocurren entre sesiones cuando el consultante realiza las tareas y las implementa en su vida cotidiana (Dobson, 2022). A pesar de ello, desde los enfoques de tercera generación, la relación terapéutica se conceptualiza como un componente central y esencial del proceso terapéutico; por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) considera que el terapeuta actúa como un guía que ayuda al cliente a desarrollar una mayor flexibilidad psicológica, aceptando pensamientos y sentimientos difíciles mientras se compromete con acciones coherentes con sus valores (Walser & O'Connell, 2021).

Al revisar los antecedentes mencionados previamente, se puede afirmar que la relación terapéutica ha sido un constructo importante dentro de la investigación en psicología clínica. La División de Psicoterapia de la Asociación Americana de Psicología (APA), comisionó desde 1999 un grupo de trabajo cuya tarea ha sido la identificación, operacionalización y divulgación de relaciones terapéuticas que han demostrado tener evidencia empírica de su eficacia psicoterapéutica (Norcross & Lambert, 2019). Se han realizado esfuerzos para describir y analizar

los factores propios del paciente, del terapeuta y de la relación en sí misma, con el fin de promover la integración entre los elementos instrumentales e interpersonales de la práctica basada en evidencia. Como resultado, han surgido diferentes modelos que buscan explicar los aspectos de la relación terapéutica y su interrelación; uno de los más utilizados en la actualidad es el modelo tripartito propuesto por Charles Gelso (2014), ya que ha demostrado tener evidencia empírica suficiente y se basa en una perspectiva integradora en la que sus definiciones pueden ser aplicadas a través de los diferentes enfoques de la psicoterapia. Estas características han promovido que el grupo de trabajo de la APA tome como base los constructos del modelo tripartito para llevar a cabo los análisis y revisiones en torno a la relación terapéutica (Norcross & Lambert, 2019). Debido a la relevancia que ha cobrado dentro de la investigación en psicología clínica, se tomará el modelo tripartito de la relación terapéutica como fundamento para el presente trabajo. A continuación, se describirán las generalidades del modelo y se discutirán algunas particularidades de este.

Modelo tripartito de la relación terapéutica

De acuerdo con Gelso (2014), la relación terapéutica consiste en "los sentimientos y actitudes que los participantes de la psicoterapia tienen uno hacia el otro, y la forma en que estos se expresan" (p. 118). Para que esta relación tenga un significado, debe tener un medio de expresión, ya sea verbal o no verbal, sin importar qué tan sutil parezca.

Para comprender a profundidad la relación terapéutica y sus implicaciones en un tratamiento psicoterapéutico, Gelso (2014) propone un modelo tripartito de la relación terapéutica tomando a consideración una perspectiva integrativa y que a su vez cuente con suficiente evidencia empírica para respaldar que, independientemente del enfoque teórico, las relaciones entre los psicoterapeutas y sus consultantes están conformadas por tres elementos (ver Figura 3):

Figura 3

Componentes del modelo tripartito de la relación terapéutica (Gelso, 2014)

Dichos elementos suelen interactuar de forma continua a través de la duración de la sesión de psicoterapia, y están presentes en cada interacción entre el consultante y el terapeuta. De igual manera, se ha comprobado que los tres se relacionan con el éxito o el fracaso de un proceso terapéutico. Bhatia y Gelso (2018) analizaron la relación que tienen los componentes del modelo tripartito con los resultados de una sesión psicoterapéutica. Los resultados revelaron que, desde la perspectiva del terapeuta, la relación real y la alianza de trabajo se relacionan positivamente con el resultado de la sesión, mientras que el comportamiento contratransferencial mantiene una relación negativa. Además, tras llevar a cabo un análisis factorial de componentes principales, se reveló la presencia de cuatro factores distintos, que se asemejan a los elementos que conforman el modelo tripartito (relación real, alianza de trabajo, transferencia y contratransferencia). Los componentes

juntos representaron el 27% de la varianza en el resultado de la sesión psicoterapéutica (Bhatia & Gelso, 2018).

Resulta indispensable hacer una distinción entre lo que es la relación terapéutica, y los procedimientos o técnicas utilizados en la psicoterapia. Mientras que la relación terapéutica se considera universal a cualquier modalidad de psicoterapia, las técnicas tienen un fundamento teórico determinado que es parte de la formación profesional del terapeuta. A pesar de esta diferencia, existe una estrecha relación entre las características de la relación terapéutica y la selección/aplicación de las técnicas que forman parte del tratamiento (Matos & Dimaggio, 2023). La creación de una relación positiva, empática y segura es considerada como prerrequisito para llevar a cabo las técnicas de forma exitosa. Estas técnicas, a su vez, son elegidas por el terapeuta con base en las características observadas del consultante y en las propias emociones experimentadas durante las sesiones; tras analizar la respuesta del consultante hacia la técnica, el terapeuta puede evaluar la elección que hizo y tomarlo a consideración para técnicas posteriores. El implementar técnicas de forma cuidadosa y con un propósito enfocado al bienestar del consultante, puede contribuir al fortalecimiento de la relación terapéutica; por otra parte, el uso indiscriminado de las mismas o la presión excesiva por parte del terapeuta podría obstaculizar esta relación (Steindl et al., 2023).

Debido a la influencia que la relación terapéutica ha demostrado tener sobre el curso del tratamiento, resulta importante analizar con mayor detalle los componentes que la forman. A continuación, se describirán los aspectos más relevantes de la relación real, la alianza de trabajo y la configuración transferencia-contratransferencia.

La relación real

Definida como la relación personal entre el terapeuta y el paciente, la relación real está marcada por el grado en el que estos son genuinos el uno con el otro, y perciben/experimentan al otro en formas que contribuyan al desarrollo de la psicoterapia. Dentro de la relación real existen dos elementos clave: la autenticidad y las percepciones realistas del otro. Ambos elementos, al evaluar tanto su magnitud como su valencia (positiva/negativa), pueden otorgar información valiosa sobre la fuerza de la relación real, ya que una relación con mayor magnitud y valencia positiva podrá indicar una relación real más fuerte. De acuerdo con los resultados de una revisión sistemática y metaanálisis realizados por Vaz et al. (2023), la relación real es un buen predictor del resultado terapéutico e incluso, desde el punto de vista de los consultantes, la relación personal con el terapeuta llega a ser más importante que otros factores para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico exitoso.

El autor del modelo tripartito reconoce que el concepto *relación real* puede enfrentarse a algunas dificultades que ponen en tela de juicio su viabilidad. Desde su experiencia, ha logrado identificar tres obstáculos principales (Gelso, 2009):

- El posible carácter superfluo del concepto de relación real, ya que todo debe ser considerado como real dentro de la relación terapéutica. La respuesta del autor a este cuestionamiento parte de que la relación real va más allá de la existencia de sentimientos, actitudes y acciones, ya que incorpora tanto el *realismo* como la percepción, la experiencia subjetiva y la autenticidad con la que esta es expresada. “La relación real no es superflua debido a que captura aspectos de la relación terapéutica que otros conceptos claves, como la transferencia y la alianza de trabajo, no logran” (Gelso, 2009; p. 256).

- La subjetividad respecto a lo que es real. *¿Quién determina la realidad?* Es una pregunta que ha cobrado fuerza a raíz del desarrollo de teorías posmodernas que apuntan al constructivismo social. Dentro de una relación terapéutica, podría pensarse que una de las personas que conforman esta relación debe saber lo que es real y lo que no; la mayoría de las ocasiones se asume que es el terapeuta quien lleva el control de esta *realidad*, otorgándole un rol omnisciente. Gelso responde a este obstáculo recordando que la validez y el valor de la relación terapéutica no recae en que algún miembro de la relación terapéutica deba tener la última palabra respecto a lo que es real. "Se puede suponer que existe, de hecho, una realidad del terapeuta y una realidad del paciente, pero también se puede suponer que las percepciones o construcciones de estas realidades son extremadamente importantes (incluso aunque sean discrepantes)" (Gelso, 2009, p. 256).
- La premisa *incluso aunque exista una realidad, nunca podrá conocerse completamente*, ya que ha surgido desde la intersubjetividad. El autor del modelo tripartito hace una reflexión no sólo de su propio trabajo, sino de la ciencia psicológica en general. Concluye que "la incapacidad de conocer totalmente la realidad no niega en ninguna forma el concepto de una relación real. Probablemente, en las ciencias del comportamiento, nunca sepamos nada en su totalidad y sólo podemos esperar seguir mejorando nuestras aproximaciones de una realidad en constante cambio" (Gelso, 2009, p. 256).

Un punto central de la relación real es la autenticidad, entendida como la apertura y honestidad del terapeuta. Retomando el concepto de Rogers, se diría que la autenticidad implica que el terapeuta muestre de forma abierta los sentimientos y actitudes que experimenta en un momento determinado; es consciente de ellos, es capaz de vivirlos y comunicarlos si resulta necesario. Un terapeuta tendrá un mayor grado de autenticidad si logra escuchar y aceptar lo que

está ocurriendo en sí mismo, y sabe vivir la complejidad de sus sentimientos sin miedo (Rogers, 1965).

Gelso (2014) complementa la definición previamente mencionada, sosteniendo que la autenticidad percibida por el consultante está determinada por cualidades como la conducta no verbal del terapeuta, la congruencia entre sus expresiones no verbales y su discurso, así como la consistencia del discurso del terapeuta a través del proceso psicoterapéutico.

El establecimiento de la relación real entre terapeuta y paciente ha sido analizado de forma cualitativa en el estudio realizado por Lavik et al. (2022). Los resultados revelaron que, durante la fase inicial de la terapia, los consultantes pueden sentirse abrumados por el temor y la vergüenza; sin embargo, a través de las semanas ocurre una acomodación en los sentimientos asociados al proceso terapéutico, resultando en un nuevo sentido de seguridad hacia el terapeuta. Sin embargo, la relación tiende a mostrar problemas en su consolidación cuando el consultante no percibe al terapeuta como genuino y cualificado. Igualmente, puede haber dificultades en la relación terapéutica cuando al terapeuta le resulta complicado acoplarse y conectar *persona-a-persona* con el consultante. Lo anterior refleja la importancia de las características mostradas por el terapeuta desde las primeras sesiones de la psicoterapia, ya que pueden impactar de forma importante en el desarrollo de la relación real. Los procesos facilitadores para la formación de una relación real en psicoterapia son, de acuerdo con Lavik et al. (2022): contrarrestar los sentimientos de vergüenza del consultante, la colaboración recíproca y la confianza en el proceso, haciendo referencia a que el terapeuta debe contar con un sentido de autoeficacia y competencia suficientes para continuar con el curso de la psicoterapia.

La alianza de trabajo

A través de las décadas han existido diferentes concepciones de lo que implica tener una alianza de trabajo entre terapeuta y paciente. La primera conceptualización fue creada por Freud, quien se planteó la pregunta de cuáles son los procesos que permiten al analizando seguir en su proceso a pesar de los miedos y rechazos inconscientes a la exploración del material inconsciente. Llegó a la conclusión de que la colaboración entre el analista y el cliente implicaba un esfuerzo en conjunto para enfrentar el dolor de este último, llevando a establecer una transferencia positiva (Freud, 1927; citado en Flückiger et al., 2019).

Bordin (1979) fue el primero en hacer uso del término *alianza de trabajo*, buscando que fuera generalizable a todas las teorías psicoterapéuticas. De acuerdo con este autor, la alianza de trabajo se conforma por tres elementos: acuerdo en las metas terapéuticas, consenso en las tareas que conforman la terapia, y un vínculo entre el paciente y el terapeuta. El trabajo de Bordin ha sido y continúa siendo un referente para las investigaciones realizadas en torno a la alianza de trabajo en psicoterapia (Wampold & Flückiger, 2023).

Las perspectivas más actuales en la investigación clínica definen la alianza de trabajo como "los aspectos colaborativos de la relación terapeuta-cliente" (Flückiger et al., 2019). Una alianza de trabajo sólida puede lograrse únicamente cuando el self del cliente y el lado "analítico" del terapeuta se alían con el propósito de trabajar juntos (Gelso, 2014, p. 120). Lo anterior permite a ambas partes observar, comprender y trabajar dentro de la psicoterapia, a través de los diferentes obstáculos emocionales y resistencias que pueden aparecer a lo largo del proceso.

Algunos autores consideran que el concepto de relación de trabajo ha sido utilizado de forma superflua por las teorías actuales de la psicología; por ejemplo, Safran y Muran (2006) sostienen que, debido al énfasis que se ha colocado en los aspectos relacionales entre el paciente y

el terapeuta, la alianza de trabajo puede englobar los elementos prácticos y emocionales que conforman la relación terapéutica (es decir, la relación real pasaría a ser una parte de la alianza de trabajo). No obstante, se ha observado que la separación de estos términos resulta útil a nivel teórico y clínico, debido a que cada uno contribuye de diferentes maneras al proceso y resultado del tratamiento (Gelso & Kline, 2019):

> "La alianza de trabajo incluye la conexión que se forma entre el terapeuta y el paciente cuando hacen bien sus responsabilidades, la confianza del paciente en el terapeuta y la motivación de este último para llevar a cabo el tratamiento. En contraste, el vínculo personal que constituye la relación real no está directamente relacionado con el trabajo de la terapia; en contraste, es una función en la que dos seres humanos se reúnen, en donde cada uno aprecia al otro y, en su mejor representación, cada uno disfruta y gusta de la compañía de la otra persona" (p. 143)

Además, recientemente se ha llegado a la conclusión de que los resultados de los estudios en los que la relación real y la alianza de trabajo son altamente similares pueden estar influenciados por el método de recolección de datos utilizado, ya que las escalas pueden contener reactivos que en teoría pertenezcan al constructo de alianza de trabajo, pero su redacción lleve a los participantes a responder con base en su vivencia de la relación real (Vaz et al., 2023).

¿Qué sucede cuando la alianza de trabajo y la relación real no se encuentran en sincronía? Se ha reportado que este suceso es común e incluso esperado debido a que los terapeutas pueden enfrentarse con dificultades al establecer una conexión con sus pacientes, o bien sentirse confundidos respecto a cómo pueden apoyarlos en el tratamiento. Esto lleva a que, en ocasiones, la alianza de trabajo pueda ser débil en comparación con la relación real, y viceversa. Respecto a los efectos que tiene esta falta de sincronía en el tratamiento, se tiene evidencia de que una alianza

de trabajo sólida puede tener efectos favorecedores a pesar de que la relación real sea débil; no obstante, los efectos de la psicoterapia se maximizan cuando ambos elementos están fortalecidos (Gelso & Kline, 2019; Vaz et al., 2023).

A lo largo del tratamiento psicoterapéutico, la alianza del trabajo puede sufrir algunas *rupturas*, las cuales se consideran relevantes para la generación de teorías y procedimientos en la práctica clínica. La ruptura se define como "un deterioro en la alianza terapéutica, manifestado en desacuerdos entre el paciente y el terapeuta respecto a las metas, falta de colaboración en las tareas, o tensiones en el vínculo emocional" (Eubanks et al., 2018, p. 508). La importancia de las rupturas radica en que están asociadas a las características del consultante a nivel relacional; el terapeuta puede "rozar" las defensas del paciente y generar un conflicto entre ambos (Maroda, 2021). Desde esta perspectiva, el conflicto es algo inevitable y permite la exploración de la relación terapéutica, así como de los procesos de cambio (Safran & Kraus, 2014). Cuando esto sucede, resulta crucial que el terapeuta trabaje con el paciente para que ambos logren comprender la ruptura y llegar a un estado de reparación, el cual permite que el curso de la terapia continúe (Gelso & Kline, 2019; Wampold & Flückiger, 2023).

Se ha examinado el efecto que tiene la reparación de las rupturas en los resultados de la psicoterapia a través de una revisión meta-analítica (Eubanks et al., 2018), llegando a la conclusión de que un manejo adecuado de estos episodios se relaciona de forma moderada con los cambios positivos observados en los consultantes. Lo anterior implica que la habilidad del terapeuta para detectar y abordar satisfactoriamente las rupturas juega un rol importante en el éxito del tratamiento. En casos en los que el terapeuta no logra comprender y explorar los posibles fallos que pudo tener respecto a su nivel de empatía, o las dificultades propias del paciente, el curso de la terapia se puede ver comprometido y mostrar un menor nivel de eficacia (Eubanks et al., 2018).

Con el fin de evitar estas situaciones, los autores sugieren que los terapeutas lleven a cabo prácticas basadas en evidencia para abordar y reparar las rupturas que puedan surgir en el proceso terapéutico, tales como:

- Prestar atención a los indicadores de rupturas en la relación terapéutica: situaciones en las que el consultante exprese hostilidad o falta de satisfacción, así como conductas más sutiles relacionadas con el aislamiento, en las que los consultantes evadan o intenten agradar al terapeuta en un esfuerzo por finalizar el proceso terapéutico.
- Reconocer directamente la ruptura, invitar a los pacientes de forma abierta y no-defensiva a explorar su experiencia de la ruptura. Si el vínculo no es lo suficientemente fuerte para una exploración directa, se pueden abordar las rupturas de forma indirecta modificando las tareas u objetivos de la terapia para que estén en sintonía con las preocupaciones del consultante.
- Empatizar con la expresión de sentimientos desagradables sobre el terapeuta o la terapia. Reforzar el hecho de que haya abordado este tema difícil en sesión.
- Aceptar la responsabilidad por la participación en la ruptura y no culpar al consultante por malentender o fallar en la misión de cumplir con los deseos del terapeuta.
- Considerar la relación de las rupturas en sesión con patrones interpersonales en la vida del consultante, para involucrar lo sucedido en el proceso terapéutico.
- Anticipar que las rupturas pueden traer consigo sentimientos de confusión, ambivalencia, incompetencia y culpa en algunos terapeutas. Desarrollar habilidades para reconocer, tolerar, validar y explorar empáticamente los propios sentimientos desagradables para que se pueda hacer lo mismo con los consultantes.

La configuración transferencia-contratransferencia

Transferencia. El fenómeno de la transferencia fue identificado y descrito por Freud, quien desde el siglo XIX y hasta mediados del siglo pasado, elaboró sus conceptualizaciones y las modificó para lograr un mejor entendimiento del papel de este elemento en el proceso de análisis (Weiss, 2023). Siguiendo la perspectiva psicoanalítica, la transferencia se define como "el traslado de sentimientos, actitudes, pensamientos, deseos, fantasías o conductas, originalmente vividas en el pasado con figuras significativas, hacia una persona diferente con la cual se mantiene una relación interpersonal en el momento presente" (Laplanche et al., 1996). La transferencia se caracteriza por ser inconsciente la mayoría del tiempo; aparece de forma espontánea, puede despertar emociones de diferente valencia y modificarse a través del tiempo. Además, el terapeuta puede recordar a más de una figura significativa del pasado en diferentes momentos (Suszek et al., 2015).

En un inicio, Freud consideraba que la transferencia era un obstáculo para el tratamiento; no obstante, con el paso de los años concluyó que la aparición de la transferencia y su análisis eran indispensables, afirmando que "lo que parece ser el más grande obstáculo en el psicoanálisis, se convierte en el aliado más poderoso si su presencia puede ser detectada y explicada al paciente" (Freud, 2008, p. 117). En la actualidad, el concepto de *transferencia* ha sido objeto de crítica debido a la inconsistencia de los resultados en las investigaciones que ponen en duda su existencia, llevando a que varios autores concluyan que se trata de una "tradición profesional" o un término ficticio que lleva a negar el impacto que tiene el terapeuta en las reacciones del consultante (Suszek et al., 2015).

Los enfoques intersubjetivos manifiestan su desacuerdo con la definición freudiana de transferencia. De acuerdo con esta perspectiva, el analista es más que un lienzo en blanco en el que

el paciente refleja sus experiencias pasadas. Ambos participantes de la relación terapéutica crean la transferencia al vivirse como personas en una interacción y usando sus experiencias subjetivas para responder a las dinámicas que surjan en el proceso (Suszek et al., 2015).

A través de una integración de las diferentes nociones que se tiene del concepto de transferencia, Gelso (2014) concluye que este se define como "la experiencia del paciente y las percepciones que forma del terapeuta, las cuales están influenciadas por las propias estructuras psicológicas del paciente y su pasado, involucrando una transmisión/desplazamiento hacia el terapeuta de sentimientos, actitudes y conductas que pertenecen a relaciones significativas tempranas" (p. 121). Siguiendo esta definición, la transferencia se origina en todas las relaciones terapéuticas, incluso en aquellas que tienen una orientación diferente a la psicoanalítica (Gilbert & Leahy, 2009; Kline et al., 2023), aunque puede adoptar nombres diferentes dependiendo del enfoque. Por ejemplo, desde la terapia cognitivo-conductual se ha preferido el término *esquema interpersonal* debido a que se deriva de la cognición social y las teorías del procesamiento de la información, resultando más coherente al modelo utilizado (Moorey, 2014).

La existencia de la transferencia, ya sea positiva o negativa, ha demostrado tener una influencia en el resultado del tratamiento (Marmarosh, 2012; Meehan, 2019). Se considera que la transferencia negativa puede ayudar o interferir en el tratamiento, dependiendo de la capacidad de *insight emocional* que el terapeuta perciba en el paciente. Cuando esta capacidad es elevada, se esperan resultados favorables para la psicoterapia. Por lo tanto, los efectos de la transferencia en el éxito del tratamiento están relacionados con la forma en la que es abordada (Gelso & Bhatia, 2012).

Contratransferencia. El término *contratransferencia* también tiene su origen en las teorías psicoanalíticas; sin embargo, Freud no profundizó en su significado e implicaciones en la práctica clínica. La contratransferencia, entendida como los sentimientos que aparecen en el analista como

resultado de la influencia del paciente, es concebida por Freud como un obstáculo que debe ser superado mediante el propio análisis del terapeuta (Gabbard, 2001).

Diversos autores han realizado aportaciones importantes para comprender la importancia de la contratransferencia en la psicoterapia. De acuerdo con Paula Heimann (1950), la contratransferencia va más allá de un obstáculo, ya que constituye una herramienta fundamental para la comprensión del paciente. La autora expresa su desacuerdo con la concepción que se tiene del terapeuta como alguien que excluye toda su emocionalidad e interpreta únicamente desde lo intelectual, ya que, al ser una relación entre dos personas, inevitablemente surgen diferentes emociones por parte de ambos, las cuales se encuentran interrelacionadas. Lo que distingue a la relación terapéutica de otros encuentros, es el manejo de las propias emociones del terapeuta para llevar a cabo satisfactoriamente el análisis e interpretaciones del paciente. Por el contrario, "si un analista intenta trabajar sin consultar sus propios sentimientos, sus interpretaciones son pobres" (Heimann, 1950, p. 82).

Winnicott contribuyó al concepto de contratransferencia haciendo una analogía de la relación terapéutica con la relación entre una madre y su hijo, debido a que el terapeuta debe mostrar paciencia, tolerancia y confianza hacia el paciente de la misma forma en que la madre debe relacionarse con el infante. Asimismo, menciona la existencia de la *contratransferencia objetiva*, en la cual el terapeuta reacciona con base en la personalidad y conductas reales del paciente, basándose en la observación objetiva de este (Winnicott, 1949).

Otro punto relevante en la visión de Winnicott sobre la contratransferencia es el hecho de que el terapeuta puede desarrollar sentimientos desagradables hacia un paciente. El *odio del analista*, de acuerdo con el autor, se mantiene latente en la mayoría de los casos. Sin embargo, existen

situaciones en las que el paciente busca activamente ser odiado. Winnicott ilustra lo anterior con un ejemplo:

> "Si el paciente busca el odio, objetivo o justificado, debe ser capaz de obtenerlo, de otra manera no podrá sentirse capaz de alcanzar el amor objetivo. Es quizá relevante citar el caso del niño del hogar roto, o el niño sin padres. (…) Después de que el niño adoptado gana esperanza, empieza a poner a prueba el ambiente en el que está, y busca pruebas de que sus cuidadores tienen la habilidad de odiar objetivamente. Parece ser que puede creer en que será amado únicamente después de lograr ser odiado" (Winnicott, 1949, p. 71).

Lo anterior implica que, en ocasiones, resulta necesario que el analista exprese sus propios sentimientos hacia lo que ocurre dentro del espacio de análisis para que de esta forma el paciente pueda reconocer el impacto emocional que tiene en otras personas y sentirse capaz de recibir odio, pero también amor.

Las aproximaciones contemporáneas en torno a la contratransferencia enfatizan sus implicaciones en la forma en que se comprende al paciente, además del papel de la subjetividad del terapeuta, ya que este fenómeno es creado en conjunto, involucrando aspectos de ambos participantes. "El paciente lleva al terapeuta a desempeñar un papel que refleje su mundo interno, pero las dimensiones específicas de ese papel están influidas por la propia personalidad del terapeuta" (Gabbard, 2001, p. 984).

Cornell (2019) hace una reflexión sobre la importancia del análisis de los procesos internos tanto del paciente como del terapeuta, mencionando que ambos miembros de la relación son partícipes de un escrutinio mutuo sobre los orígenes de su propio comportamiento. Además, la

misión del terapeuta consiste en colocarse simultáneamente dentro y fuera de la relación, mientras esta se desarrolla.

Desde el modelo tripartito, la contratransferencia se define como “las reacciones internas y externas del terapeuta que están influenciadas por los conflictos pasados y presentes del terapeuta, así como sus vulnerabilidades” (Gelso, 2014, p. 123). En este concepto es importante distinguir que las reacciones deben reflejar algún asunto psíquico sin resolver del terapeuta que ha sido movido por el paciente o la situación psicoterapéutica en sí misma; es decir, quedan excluidas las situaciones en las que se espera que el terapeuta reaccione emocionalmente de cierta manera ante temas difíciles, tales como el abuso o la violencia.

De acuerdo con Gelso (2014), existen cinco elementos que conforman el manejo de la contratransferencia:

- el insight intelectual y emocional del terapeuta durante las sesiones,
- el grado de integración emocional del terapeuta en la sesión, incluyendo la presencia de límites firmes pero permeables entre él y el paciente,
- la habilidad empática del terapeuta,
- la capacidad para manejar y modular la ansiedad que se experimenta en las sesiones
- y la habilidad para conceptualizar efectivamente la dinámica del paciente, desde la perspectiva teórica en la que esté entrenado.

Durante mucho tiempo, la contratransferencia fue vista como algo que no debe existir en el psicoterapeuta; sin embargo, con el paso de los años ha ido ganando aceptación debido a que es inevitable que las reacciones emocionales no existan en el terapeuta, lo importante es que él o ella aprenda a trabajar con dichos estados internos a favor de la psicoterapia. Cuando la

contratransferencia se maneja de forma adecuada, las emociones y pensamientos del terapeuta pueden utilizarse de forma productiva en el proceso terapéutico, evitando así el *acting out* (entendido como la expresión no verbal de la contratransferencia, a través de gestos faciales, tono de voz y actitudes que pueden afectar el curso de la relación terapéutica) (Gelso & Kline, 2022).

Cuando la contratransferencia no se examina y, por tanto, no se logra comprender, se puede correr el riesgo de repetir dinámicas del pasado del terapeuta en la relación con el consultante. La contratransferencia caracterizada por el rechazo, la oposición y la distancia emocional está significativamente asociada con un mayor número de rupturas sin resolver en la alianza terapéutica y una menor resolución de los conflictos del paciente; por el contrario, se obtienen resultados favorables cuando los terapeutas son conscientes de sus sentimientos contratransferenciales y tienen la habilidad de predecir patrones relacionales que pueden afectar el curso de la psicoterapia (Tishby & Wiseman, 2020).

Hasta ahora se han mencionado los puntos esenciales para comprender el modelo tripartito de la relación terapéutica. Este modelo ha sido ampliamente utilizado durante décadas para comprender los elementos que están involucrados en la interacción entre el terapeuta y el consultante (Bhatia & Gelso, 2018; Gelso & Carter, 1994; Hill et al., 2024). Se ha identificado que uno de los desafíos más importantes del modelo tripartito es su aplicación a relaciones terapéuticas con niños y adolescentes (Núñez et al., 2022; Wolfgang, 2018). A pesar de que la investigación es escasa, existen antecedentes de que los supuestos del modelo tripartito son respaldados por la percepción que tienen los consultantes sobre los terapeutas, quienes lograron facilitar un espacio en el que los niños y adolescentes logran sentirse seguros y acompañados, a la vez que adquieren habilidades intra e interpersonales que perduran a largo plazo (Wolfgang, 2018).

En el siguiente apartado se hablará sobre las características que distinguen a las relaciones terapéuticas en la psicoterapia infantil, así como los factores que se deben considerar para que el profesional logre establecer una relación fructífera con niñas, niños y adolescentes que acuden a psicoterapia.

La relación terapéutica en la psicoterapia infantil

Desde hace décadas, se ha notado que en el campo de la psicología infantil y adolescente existe un número considerablemente menor de investigaciones enfocadas a la relación terapéutica (DiGiuseppe et al., 1996). Esta situación se puede atribuir a diversas razones, entre ellas la diferencia en el desarrollo del proceso terapéutico y el establecimiento de una alianza terapéutica cuando se trabaja con niños y adolescentes en comparación con adultos. En la psicoterapia infantil, un aspecto crucial que modifica significativamente la manera en que se establece la relación terapéutica es el hecho de que, mientras que los adultos deciden acudir por sí mismos a un servicio psicoterapéutico, los niños, niñas y adolescentes suelen ser llevados por sus padres o cuidadores sin tener la opción de decidir si quieren asistir o no. A menudo, estos menores incluso llegan a desconocer el motivo por el que son llevados a consulta psicológica, lo que los lleva a un estado de incertidumbre y confusión (Núñez et al., 2022).

La dinámica mencionada plantea un desafío notable tanto para el menor como para el terapeuta en el contexto del establecimiento de una relación que facilite la expresión emocional y el trabajo terapéutico efectivo. Es esencial que el terapeuta desarrolle habilidades específicas y estrategias adaptadas para formar una alianza terapéutica sólida con menores, considerando los factores únicos que afectan a esta población. Según Thomas y Zimmer-Gembeck (2007), la confianza y el rapport son componentes cruciales en la relación terapéutica con niños y adolescentes, y requieren de un enfoque más lúdico y menos directo que el utilizado con adultos.

Además, se tiene evidencia de que la participación activa de los menores en el proceso terapéutico puede influir positivamente en los resultados de la intervención (M. S. Karver et al., 2018).

De acuerdo con Núñez et al. (2022), la relación terapéutica en el trabajo con menores se conforma de tres agentes que se influyen entre sí y moldean el curso del tratamiento.

- **El niño o adolescente.** La influencia que ejerce el niño en la psicoterapia resulta crucial debido a que, de acuerdo con sus características personales, podrá construir una alianza con el terapeuta fácilmente o bien, tener comportamientos o actitudes que impidan la formación de un vínculo de trabajo y una relación positiva (M. S. Karver et al., 2019). Se tiene evidencia de que la edad de los consultantes puede tener influencia tanto favorable como desfavorable en la relación terapéutica; por una parte, se ha observado que en etapas como la niñez tardía y la adolescencia se pueden formar alianzas más fuertes debido a que los consultantes poseen la capacidad cognitiva para comprender la utilidad de la psicoterapia (Baylis et al., 2011). No obstante, algunas investigaciones consideran que la adolescencia es uno de los periodos más difíciles para consolidar la relación terapéutica, debido a la búsqueda constante de autonomía, el interés marcado por relacionarse con pares y la desconfianza que puede surgir hacia los adultos (McGillivray et al., 2022).

  Además de la edad, la motivación y la disposición para participar en el tratamiento han demostrado ser predictores significativos de la calidad de la relación terapéutica en la psicoterapia infantil. Lo anterior, a su vez, está influenciado por las atribuciones que los consultantes hacen respecto a sus problemas. Se ha demostrado que los niños y adolescentes que atribuyen sus problemáticas a factores externos muestran alianzas terapéuticas de menor calidad (Karver et al., 2019); llevando a que durante la terapia se muestren

confrontativos con mayor frecuencia y muestren su desacuerdo respecto a la importancia o posibles causas de sus problemas (Duppong Hurley et al., 2015; Zorzella et al., 2015).

- **Los padres o cuidadores principales.** El rol de los padres y/o cuidadores principales en la relación terapéutica con niños y adolescentes es un factor crítico que influye significativamente en los resultados del tratamiento. La participación activa de los padres puede facilitar la implementación de estrategias terapéuticas y promover cambios positivos en el comportamiento y el bienestar emocional del menor. Se ha demostrado que la colaboración y el apoyo de los padres son fundamentales para el éxito de una intervención psicoterapéutica (Haine-Schlagel & Walsh, 2015; Herres et al., 2023). Si bien existen diversos beneficios de la colaboración terapéutica con los padres de familia, existen varias dificultades que pueden surgir en esta relación tripartita; por ejemplo, la presencia de estrés parental y psicopatología de los propios padres puede afectar su capacidad para participar de forma eficaz en el tratamiento de sus hijos (Haine-Schlagel & Walsh, 2015).

  Una de las principales barreras es la resistencia de los padres a reconocer y aceptar sus propios roles en los problemas del niño, derivando en una falta de compromiso con el tratamiento o en conflictos con el terapeuta (Nock & Ferriter, 2005). Además, las expectativas poco realistas en torno a los alcances de la psicoterapia llevan a que los padres se frustren cuando no perciben los resultados que esperan, traduciéndose finalmente en un posible abandono del tratamiento (Ransley et al., 2019). La dinámica de poder también puede representar un desafío en la relación terapéutica ya que, en algunos casos, los padres pueden percibir al terapeuta como una figura de autoridad que cuestiona su estilo de crianza, generando defensividad y resistencia (Bruch, 2021). Es crucial que los terapeutas sepan manejar estas dinámicas con sensibilidad y trabajen para establecer una relación de colaboración y respeto mutuo.

- **El psicoterapeuta.** La literatura reciente subraya la importancia de varios factores intrínsecos al terapeuta que influyen significativamente en la calidad y efectividad de la relación terapéutica (Norcross & Wampold, 2018). Entre estos factores, destacan las características profesionales del terapeuta, tales como el compromiso con los consultantes, una actitud de amabilidad, empatía y niveles adecuados de autoeficacia, así como la habilidad de afrontar situaciones inesperadas durante la psicoterapia. De igual manera, los recursos intrapersonales, emocionales e interpersonales de los terapeutas, relacionados con su nivel de resiliencia, inteligencia emocional, bienestar subjetivo y habilidades sociales han mostrado ser predictores de los resultados de un proceso terapéutico (Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

  En relación a la psicoterapia con niños y adolescentes, la revisión sistemática realizada por Ryan et al. (2023) identifica que el estilo de apego, el origen étnico y el nivel de experiencia de los terapeutas son factores que tienen un impacto significativo en la formación de la alianza terapéutica y los resultados de la psicoterapia. Se ha demostrado además que los consultantes tienden a valorar ciertas características en los psicoterapeutas, tales como su capacidad para hablar sobre sí mismos, mantener una actitud responsiva, respetuosa y cálida, y mostrarse de manera genuina y profesional. Estas cualidades contribuyen a la imagen de un adulto profesional y estable (Dimic et al., 2023).

Formación de la relación terapéutica con niñas, niños y adolescentes

Los resultados de diversas investigaciones respaldan la existencia de una asociación entre la calidad de la alianza terapéutica en la psicoterapia infantil y los resultados que se obtienen a lo largo de este proceso (Karver et al., 2006; Karver et al., 2019). Es importante considerar que los niños y adolescentes pueden tomar la relación que establecen con el psicoterapeuta como un

referente para otras relaciones interpersonales; debido a ello, los profesionales deben procurar la creación de un ambiente que fomente la seguridad, el cuidado mutuo y la capacidad de tomar decisiones libremente. Dimic y colaboradores (2023) identifican que, para el desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica con población joven, debe priorizarse la confidencialidad, el desarrollo de una relación única y el fomento de la autonomía en el espacio terapéutico. De igual manera, es indispensable que el terapeuta exprese interés en el consultante, con la finalidad de que este último se sienta escuchado y entendido, todo esto dentro de un entorno en el que exista equidad, mutualidad y colaboración de ambas partes.

Otro punto clave es la comunicación clara y adaptada a la edad y nivel de desarrollo del niño o adolescente. El terapeuta debe emplear técnicas y herramientas que sean comprensibles y atractivas para el menor, tales como el uso de juegos, dibujos y actividades creativas que le permitan expresar sus sentimientos y pensamientos de forma verbal y no verbal (Bate & Tsakas, 2022; Landreth, 2012). De esta manera se podrán establecer interacciones positivas con los consultantes, llevando a reducir su ansiedad y resistencia ante la situación desconocida que implica comenzar con un proceso terapéutico.

De acuerdo con Edman et al. (2024), existen tres conductas que los terapeutas pueden llevar a cabo para facilitar la participación de los menores y sus familias:

- Manejo del tiempo. Incluye aquellos elementos temporales que facilitan la participación del niño: asignar tiempo para que el niño participe, regular el ritmo de la conversación, manejar el timing de los recursos terapéuticos (p. ej., preguntas, formulaciones) y actividades (p. ej., regulación emocional, psicoeducación).
- Mantenerse relevante. El terapeuta busca que lo abordado en sesión tenga sentido para el paciente, a través de contextualizar el contenido de las sesiones y las actividades

terapéuticas, incorporar las preocupaciones e intereses del niño, ofrecer interpretaciones que sean relevantes para los niños, ajustarse a su lenguaje, permitir que el niño dirija la agenda de lo que se lleva a cabo en la sesión, así como revisar las propias interpretaciones y agenda para lograr que sea lo más relevante posible para el caso.

- Ajustar la intensidad. Se refiere a la forma en que el terapeuta aborda el impacto emocional de las sesiones y las actividades terapéuticas en los niños. Algunos aspectos para considerar son: proporcionar alivio emocional a través de reducir o moderar los elementos terapéuticos que los niños experimenten de formas demasiado intensas. Por el contrario, en algunos casos puede ser necesario aumentar la intensidad; si el nivel de intensidad es demasiado bajo, el niño puede perder el interés y tener retrocesos. El ajuste de intensidad se encuentra estrechamente relacionado con el manejo del tiempo y la relevancia anteriormente mencionada, ya que mientras más relevante sea un tema para el niño, resultará más importante prestar atención a la intensidad y ritmo de la sesión.

La calidad de la relación terapéutica en la psicoterapia infantil juega un papel crucial en los resultados que se obtengan en el proceso, influyendo no solo en el contexto terapéutico, sino también en otras relaciones interpersonales de los niños y adolescentes.

Transferencia y contratransferencia en la psicoterapia infantil

La transferencia es un fenómeno particularmente significativo en el trabajo con niños y adolescentes, debido a la relación triádica que existe entre el niño, el terapeuta y los cuidadores principales. Tanto en los niños como en los padres, las reacciones transferenciales se manifiestan de diversas formas. Por ejemplo, en la interacción directa con el terapeuta, los niños ponen en marcha formas de relacionarse que aprendieron con base en el vínculo que establecieron con sus cuidadores primarios (Tsiantis, 1996). Así, los niños que han experimentado abandono pueden

mostrar dependencia y búsqueda constante de aprobación hacia el terapeuta, o bien, cuando la vida del niño ha sido marcada por el maltrato o el abuso, puede mostrar desconfianza y resistencia en el espacio terapéutico.

De acuerdo con McCarthy (1989), los niños y adolescentes pueden sentirse amenazados ante la presencia de sentimientos negativos hacia sus padres, ya que tienen la necesidad de mantener una imagen positiva de ellos, para lograr afrontar sus conflictos internos. Por este motivo, puede existir una falta de disposición en la psicoterapia por parte de los menores, la cual se explica como una resistencia a revelar información sobre sus familias que pueda ser percibida como negativa.

Además de lo anterior, es crucial que el terapeuta infantil reconozca también las reacciones de transferencia de los cuidadores, ya que la psicopatología del menor puede servir a una función específica dentro del funcionamiento familiar actual. El niño, al ser altamente sensible a las relaciones dentro del núcleo familiar, puede llegar a adoptar roles o comportamientos que aseguren la estabilidad en la familia, aunque esto pueda limitar su propio desarrollo personal (Sullivan, 2013). Debido a ello, los padres pueden inducir sentimientos de culpa en el niño, mostrando una actitud ambivalente respecto a su progreso terapéutico y su relación con el terapeuta, ya que temen perder la percepción de su hijo como una extensión de sí mismos o como una fuente de seguridad, llevando al riesgo de que sus propios déficits y problemas familiares queden expuestos (McCarthy, 1989).

En otros casos, los padres pueden resistirse al crecimiento emocional del niño y a su participación en la psicoterapia. La transferencia positiva del niño hacia el terapeuta puede generar en los padres sentimientos de inadecuación o incluso rivalidad con el terapeuta (Klitzing, 2011), mientras que la transferencia negativa del niño puede servir como una forma de respaldar o

confirmar la transferencia negativa de los padres (Rosenbluth, 2004). La estructura defensiva de los padres, tanto individual como en pareja, es desafiada por el compromiso del niño con la psicoterapia; algunos padres pueden sentir envidia, rechazo y enojo cuando su hijo logra cambios exitosos que le permiten avanzar hacia la individuación (McCarthy, 1989).

Por otra parte, la contratransferencia incluye las respuestas emocionales del terapeuta, no solo hacia el niño sino también hacia el comportamiento de los padres (Núñez et al., 2022). Estas respuestas emocionales están influenciadas, en parte, por la historia personal del terapeuta. Es muy frecuente que los psicoterapeutas infantiles tengan recuerdos de sus propias infancias cuando llevan a cabo el tratamiento con los consultantes, los cuales pueden interferir y ser un obstáculo para realizar un trabajo adecuado, o bien permiten la oportunidad de usar los propios recuerdos para acceder con mayor claridad al mundo interno de los niños y adolescentes (Bonovitz, 2009).

La resistencia en la contratransferencia implica la renuencia del terapeuta a identificar sus propios sentimientos y fuentes de ansiedad durante las sesiones de psicoterapia, además de una dificultad para enlazar dichos estados emocionales con posibles explicaciones de la vida intrapsíquica y el funcionamiento familiar del paciente. Es común que esta resistencia aparezca cuando el terapeuta muestra la necesidad de ser querido o gratificado por el niño, cuando está preocupado por observar cambios en poco tiempo, o bien cuando busca evitar el surgimiento de sentimientos desagradables hacia los niños. Además, cuando el terapeuta se niega a reunirse o a involucrar a los padres en el tratamiento, puede ser indicio de una negación de las reacciones de contratransferencia hacia ellos, o una forma de evitar la rivalidad así como sus sentimientos de inseguridad y celos (McCarthy, 1989).

Rasic (2010) sugiere que para manejar la contratransferencia, los terapeutas deben mantener un alto nivel de autoconsciencia y supervisión profesional. La autorreflexión y la supervisión

permiten al terapeuta reconocer y procesar sus propias reacciones, asegurando que estas no interfieran negativamente con el proceso terapéutico. Es necesario que los profesionales trabajen sus propias problemáticas y reacciones emocionales dentro de sus procesos de psicoterapia, para evitar que estos disminuyan la calidad de la relación terapéutica con el niño.

Métodos de estudio de la relación terapéutica

Métodos cuantitativos

Los constructos del modelo tripartito de la relación terapéutica han sido analizados a través de métodos estadísticos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. El uso de esta metodología ha sido ampliamente promovido debido a que de esta forma se hacen contribuciones importantes a las prácticas de psicoterapia basadas en evidencia científica. El Tercer Grupo de Trabajo Interdivisional de la APA sobre Relaciones Basadas en Evidencia llevó a cabo 16 metaanálisis, cada uno enfocado en un elemento en particular de la relación terapéutica y su impacto en el resultado de la psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019). Algunos de los elementos estudiados fueron la alianza terapéutica con adultos (Flückiger et al., 2019), con niños y adolescentes (Karver et al., 2018), con parejas y familias (Friedlander et al., 2018), y la cohesión en grupos terapéuticos (Burlingame et al., 2018).

Todos los estudios hicieron uso de una metodología puramente cuantitativa, examinando correlaciones entre variables y el tamaño del efecto de estas. En general, los metaanálisis identifican factores propios de las características del terapeuta y de la relación en sí misma que tienen un efecto benéfico en la psicoterapia con diferentes poblaciones clínicas y modalidades de tratamiento; por ejemplo, se cuenta con evidencia de que las habilidades interpersonales, la capacidad de persuasión y el carisma del terapeuta tienen un efecto significativo en el resultado de la psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019). Por otro lado, los hallazgos apuntan a que las

relaciones caracterizadas por una alianza de trabajo sólida entre el consultante y el terapeuta son fundamentales para lograr los objetivos planteados (Flückiger et al., 2019).

A pesar de que los avances logrados en la investigación en torno a la relación terapéutica son considerables, se ha detectado un conjunto de limitaciones que impiden la comprensión total de los elementos que influyen en el resultado de las psicoterapias (Norcross & Lambert, 2019). Algunas de estas limitaciones son:

- Uso de constructos altamente relacionados y posiblemente redundantes en las investigaciones.
- La falta de estudio en torno a la contribución del consultante a la relación terapéutica.
- La falta de diversidad en las muestras clínicas, ya que la mayoría de las publicaciones se desarrollan en países occidentales y son publicadas en revistas angloparlantes.
- La dificultad para establecer relaciones de causalidad entre las conductas de la relación y el resultado de tratamiento, debido a las dificultades metodológicas propias de la investigación en psicoterapia.

Métodos cualitativos

Debido a que la investigación enfocada a la relación terapéutica ha sido dominada por métodos de tipo estadístico que buscan identificar *qué* elementos promueven el cambio, se ha dejado de lado el *cómo* es que la relación entre el terapeuta y el consultante se construye (Muntigl & Scarvaglieri, 2023). La metodología cualitativa ayuda a comprender profundamente los fenómenos interaccionales que ocurren a lo largo de un proceso terapéutico, buscando resolver algunas de las limitaciones propias de la investigación cuantitativa. Incluso se considera que lo cualitativo es indispensable para lograr la generalización, contrario a los estereotipos que rodean a este tipo de investigaciones (Maxwell, 2021).

La investigación cualitativa se compone de un número diverso de procedimientos para la recolección y análisis de datos, los cuales tienen el objetivo de acceder a las realidades de los individuos o los grupos (Creswell, 2014). Los estudios cualitativos han demostrado facilitar la exploración de un fenómeno dentro de su contexto a través de diferentes fuentes de información y diferentes aproximaciones, tales como el estudio de caso, la etnografía, la investigación narrativa y la fenomenología (Tomaszewski et al., 2020).

Los estudios de caso examinan las particularidades y complejidades de un caso en particular, con el fin de comprender sus circunstancias y actividades específicas (Stake, 2011). Este método resulta útil para la investigación de la relación terapéutica debido a que proporciona una descripción detallada de los factores que están implicados en la formación de esta (Tomaszewski et al., 2020).

Se recomienda llevar a cabo estudios de caso en situaciones en las que se busque responder al "cómo" y al "por qué" de los fenómenos, no es posible manipular el comportamiento de los participantes involucrados y en las que se busque mencionar las condiciones contextuales que se consideran relevantes para el fenómeno de estudio. Debido a ello, este método cualitativo es ampliamente utilizado dentro de la psicología clínica para comprender los procesos de cambio ocurridos en el proceso terapéutico. Se han realizado diversas investigaciones cualitativas que permiten comprender el desarrollo de la relación terapéutica desde diferentes enfoques, tales como la terapia centrada en la persona (Amari, 2022), la terapia cognitivo-conductual (Easterbrook & Meehan, 2017), y la terapia psicoanalítica (Stavrou, 2018). En general, los análisis de estos casos resaltan la importancia de que el terapeuta mantenga una actitud basada en la empatía, apertura a conocer al consultante y la flexibilidad en la aplicación de técnicas en el proceso terapéutico.

A lo largo de este capítulo se abordaron los puntos más relevantes del modelo tripartito de la relación terapéutica, sus definiciones y características principales. Además, se discutieron

algunas cuestiones respecto a los diferentes puntos de vista que pueden surgir en torno a algunos de los constructos del modelo. Finalmente, se mencionaron de forma breve los avances en investigación cuantitativa y cualitativa enfocados al estudio de la relación terapéutica.

Lo abordado en el capítulo permite tener un punto de vista más amplio sobre el concepto de relación terapéutica y sus implicaciones en la práctica clínica. Se toman a consideración aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación en sí misma que tienen aportaciones importantes al desarrollo de la psicoterapia y el cumplimiento de sus objetivos. Resulta indispensable tener conocimiento sobre aquellos elementos que conforman y consolidan la relación terapéutica para llevar a cabo prácticas eficaces e investigaciones que amplíen el panorama y permitan enriquecer la conceptualización de este término.

Planteamiento del problema

La calidad de la relación terapéutica tanto con el paciente como con sus cuidadores es considerada un factor central para el cambio terapéutico, ya que, al ser un proceso colaborativo, el fomento de una alianza de trabajo y un manejo adecuado de la transferencia impacta de forma directa en la motivación de los componentes de esta triada, llevando a resultados favorables durante las diferentes fases del proceso de terapia. Resulta indispensable que todos los participantes, incluido el terapeuta, tengan una actitud de disposición y apertura a conocer al otro.

Es bien sabido que las características individuales y contextuales de cada paciente son diferentes a pesar de que existan similitudes en su comportamiento, emocionalidad o cognición. El terapeuta debe ser sensible a estas particularidades y ajustar los tratamientos disponibles a cada caso en particular, con la meta de potenciar las cualidades existentes de la relación terapéutica y favorecer la adherencia al tratamiento (Nock & Ferriter, 2005).

El tratamiento de la conducta desafiante suele constituir, en sí mismo, un reto para los agentes de cambio involucrados. Por un lado, los padres se enfrentan al hecho de que las pautas de crianza que han seguido con su hijo podrían ser un factor que ha contribuido al problema, sobre todo en casos en los que hay presencia de conductas de agresión y disciplina inconsistente en las prácticas parentales (Pederson & Fite, 2014). Dichas circunstancias deben ser manejadas por el terapeuta a través de un acompañamiento empático, con capacidad de escucha y orientado tanto a la solución de conflictos como a la reflexión sobre sus fortalezas y áreas de oportunidad. En caso contrario, puede suceder que los padres perciban expectativas inalcanzables para ejercer la crianza con sus hijos, o bien, que no son lo suficientemente aptos para desempeñar el rol de cuidadores, situación que a su vez lleva a una disminución de la autoeficacia parental (Schuengel & Oosterman, 2019) y, en consecuencia, implicaría un menor interés por continuar con el tratamiento.

El terapeuta que se enfrenta a un caso de conducta desafiante puede sentirse desorientado en un primer momento, ya que la actitud del niño o adolescente en el espacio de terapia es cambiante y pone a prueba tanto la paciencia como la tolerancia a la frustración del profesional, así como la capacidad del niño para confiar en él (Prout et al., 2018). El niño con conducta desafiante suele percibir a los adultos que lo rodean como causa de su malestar, en consecuencia, la interacción con ellos suele ser hostil; ignoran los límites que se establecen y realizan las conductas consideradas indebidas de forma intencional, debido a que el niño teme enfrentarse a una situación en la que él sea vulnerable y quede a disposición del otro (Janin, 2019). Si el terapeuta no piensa estas reacciones como parte del malestar del niño, es posible que existan dificultades en el manejo de sus propias respuestas emocionales, comprometiendo a su vez la aceptación y calidez que deben ser parte fundamental de todo proceso psicoterapéutico.

Se ha estudiado de forma cuantitativa el impacto de la relación terapéutica en el tratamiento de niños con trastorno negativista desafiante (Dose et al., 2023), llegando a la conclusión de que la percepción positiva de la relación terapéutica y la sintomatología del trastorno mantienen una correlación moderada. Si bien se muestra de forma cuantitativa que dichas variables sí están relacionadas, se identifican diversas limitaciones: la medición se realiza únicamente en dos momentos del tratamiento, no se considera la percepción del niño sobre su problemática y no se especifican cuáles son los componentes de la relación terapéutica que tienen mayor correlación con la disminución de los síntomas en el paciente. Debido a las limitaciones anteriormente mencionadas, se realizará un estudio cualitativo sobre las características de la relación terapéutica en un caso de conducta desafiante a través de un análisis sistematizado del contenido de las sesiones en diferentes fases del proceso terapéutico.

Método

Justificación

Uno de los motivos de consulta más frecuentes en la psicoterapia infantil es la presencia de conductas desafiantes: niños que no siguen las reglas de los espacios en los que se desenvuelven, confrontan a figuras de autoridad como padres, cuidadores y profesores, y buscan la forma de evitar las consecuencias desagradables que son producto de su comportamiento. Se estima que, a nivel mundial, la prevalencia del TND oscila entre 3 y el 5%; sin embargo, la conducta desafiante puede estar presente hasta en un 65% de los niños, niñas y adolescentes que son parte de muestras clínicas (Hawes et al., 2023). Numerosos estudios han encontrado tasas de prevalencia considerablemente diferentes (Demmer et al., 2017; Sacco et al., 2021; Torales et al., 2018), lo cual se atribuye principalmente a diferencias metodológicas, no obstante, deben considerarse también las características socioculturales propias de cada región (Hawes et al., 2023).

En México, las conductas de tipo desafiante constituyen uno de los problemas más frecuentes en los servicios de salud mental a nivel público (Benjet et al., 2009). Un estudio longitudinal realizado por Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez (2019) demuestra que, en la población infantil mexicana, dicha problemática ha aumentado de forma considerable a lo largo de 15 años, mostrando comorbilidades con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y síndromes depresivos.

Detectar y atender oportunamente las conductas asociadas al trastorno negativista desafiante, así como los factores de riesgo que pueden desencadenar su aparición, debe considerarse prioritario para los profesionales de la salud mental infantil. De acuerdo con Burke et al. (2014), la presencia de síntomas del trastorno negativista desafiante en la infancia y adolescencia predice dificultades en el funcionamiento social del adulto joven, específicamente en el área laboral

(menor probabilidad de conseguir o mantener un empleo, problemas con los jefes y/o compañeros de trabajo), afectiva (falta de redes de apoyo, relaciones de pareja problemáticas) y familiar (relación parental problemática). Asimismo, se tiene evidencia de que las características emocionales y conductuales del trastorno negativista desafiante predicen la aparición de síntomas de ansiedad y depresión (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). Tomando a consideración el impacto de la conducta desafiante en el bienestar psicológico tanto individual como colectivo, resulta imprescindible el empleo de estrategias de intervención que cuenten con resultados sólidos a través del tiempo y en diferentes contextos socioculturales.

Los elementos que componen una intervención psicológica efectiva son múltiples y tienden a variar dependiendo del enfoque teórico que se tome como referencia. A pesar de estas diferencias, todos los modelos concuerdan en que la relación terapéutica es un factor crucial dentro de cualquier proceso psicoterapéutico, ya que se encuentra estrechamente ligado con la adherencia al tratamiento y el éxito del mismo (Roest et al., 2023).

Según Norcross y Lambert (2019), la investigación dentro de la psicología clínica ha hecho grandes esfuerzos para el desarrollo de intervenciones con evidencia empírica cuyo objetivo es guiar el ejercicio de los psicoterapeutas y homogeneizar la práctica clínica. Sin embargo, los autores consideran que se ha ignorado la relación terapéutica y las características individuales del terapeuta, llevando incluso a “hacer un intento por eliminar al terapeuta como una variable que puede contribuir a la mejoría del paciente” (p. 7). En otras palabras, las investigaciones relacionadas a la psicoterapia se han enfocado en mostrar la efectividad de un tratamiento para la reducción o eliminación de síntomas asociados a psicopatología, en lugar de prestar interés en las características que subyacen a la relación entre el terapeuta y el consultante, la cual, en sí misma, constituye un agente de cambio fundamental. Debido a ello, el estudio de la interacción terapeuta-

paciente, así como las características individuales que promueven el cambio, permitirá conocer y proponer formas de llevar a cabo la psicoterapia de forma efectiva.

El estudio de la relación terapéutica en la psicoterapia infantil y adolescente se ha realizado principalmente a través de métodos cuantitativos (DeVet et al., 2003; Dose et al., 2023; Roest et al., 2023). Los métodos cualitativos son empleados con mayor frecuencia para indagar sobre aspectos más específicos de la psicoterapia; de acuerdo con Glazer y Stein (2010), la investigación cualitativa es vista como "una extensión natural del proceso terapéutico y las condiciones básicas de autenticidad, empatía y aceptación incondicional" (pp. 54-55). Los análisis de contenido propios de un estudio de caso constituyen el núcleo de la investigación psicoterapéutica, debido a que permite analizar lo que realmente ocurre en la terapia y además se logran identificar aspectos particulares del proceso terapéutico, ya sea relacionados con el terapeuta, el paciente, o con la interacción entre ambos (Midgley, 2004).

A pesar de la riqueza que caracteriza a las investigaciones cualitativas, la publicación académica de las mismas es escasa debido a que se desestiman sus resultados, considerándolos irrelevantes para la creación de políticas públicas o para la consolidación de prácticas basadas en evidencia. Por esta razón, el fomento de investigaciones cualitativas en el área clínica es esencial para comprender a profundidad los aspectos que están implicados en el proceso terapéutico, específicamente en torno a la relación terapéutica, la cual es un elemento clave en cualquier forma de psicoterapia.

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características de la relación terapéutica con el niño a lo largo de una intervención para disminuir la conducta desafiante?
- ¿Ocurren cambios en la relación terapéutica con el niño a lo largo de las diferentes fases del tratamiento?
- ¿Cómo influye una intervención, basada en los principios de la terapia centrada en el niño, en las conductas desafiantes presentadas por un consultante de edad escolar?

Objetivo general

- Identificar algunas de las particularidades de la relación terapéutica en un caso de conducta desafiante, desde la perspectiva del niño y de la terapeuta.

Objetivos específicos

- Describir las actitudes del consultante y de la terapeuta a lo largo de la intervención psicoterapéutica.
- Distinguir los cambios que se presentan en la relación terapéutica durante las etapas del tratamiento.
- Analizar los resultados de una intervención psicoterapéutica con enfoque centrado en el niño, en relación con la presencia de conductas desafiantes en un niño de edad escolar.

Tipo de estudio

Estudio de caso cualitativo (McLeod, 2011), a través de un análisis del contenido de las sesiones del proceso psicoterapéutico.

Categorías

Para realizar el análisis cualitativo se tomaron como base dos categorías principales: Relación terapéutica y Conducta desafiante. La definición conceptual de dichas categorías se encuentra en la Tabla 3. A su vez, estas categorías están compuestas por códigos, cuyo nombre y definición se especifican en la Tabla 4.

Tabla 3

Categorías utilizadas para el análisis

Nombre	Definición
Relación terapéutica	Rango de factores interaccionales y relacionales entre los participantes de la psicoterapia, englobando los sentimientos y actitudes que tienen uno hacia el otro, además de la forma en que estos se expresan dentro del espacio terapéutico (Gelso, 2014; Gelso & Samstag, 2008; Stewart & Echterling, 2014).
Conducta desafiante	Comportamiento caracterizado por discusiones frecuentes con la autoridad o con los adultos, desafío activo o rechazo de peticiones por parte de figuras de autoridad o normas, provocaciones deliberadas hacia los demás y responsabilizar al otro por los propios errores o mal comportamiento (American Psychiatric Association, 2022).

Tabla 4

Códigos y grupos de códigos utilizados para el análisis cualitativo de las sesiones de tratamiento

Grupo	Código	Definición
Conducta desafiante	Actitud desafiante	Desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. Molesta a los demás deliberadamente. Culpa a los demás por errores o mal comportamiento.
	Enfado/Irritabilidad	Pierde la calma, se muestra susceptible o se molesta con facilidad
Relación real	Autenticidad	Apertura y honestidad del terapeuta. Expresión abierta de sentimientos y actitudes experimentados en un momento determinado. Congruencia entre expresiones no verbales y el discurso, consistencia del discurso del terapeuta.
	Dificultad del terapeuta	Problemas en el terapeuta para acoplarse y conectar persona-a-persona con el consultante.
	Percepción realista del terapeuta	Grado en el que el terapeuta experimenta y/o percibe al otro en forma que contribuye al desarrollo de la psicoterapia.
	Percepción realista del consultante	Grado en el que el consultante experimenta y/o percibe al otro en forma que contribuye al desarrollo de la psicoterapia.
Alianza de trabajo	Acuerdo en metas	Terapeuta y consultante establecen acuerdos respecto a las metas terapéuticas.
	Alianza	Conexión terapeuta-paciente cuando ambos hacen sus responsabilidades, confianza del paciente en el terapeuta y motivación para llevar a cabo el tratamiento.
	Consenso en tareas	Terapeuta y paciente acuerdan las tareas a realizar
	Ruptura	Desacuerdos entre el paciente y el terapeuta respecto a las metas, falta de colaboración en las tareas, o tensiones en el vínculo emocional.
	Resolución de la ruptura	Detección y abordamiento satisfactorio de una ruptura a través del reconocimiento, empatía y relación con patrones interpersonales pasados.
Transferencia-Contratransferencia	Contratransferencia	Reacciones internas y externas del terapeuta, influenciadas por sus conflictos pasados y presentes, así como sus vulnerabilidades.

	Transferencia	Percepción del consultante sobre el terapeuta, influenciada por sus propias estructuras psicológicas y por su pasado.
Indicadores de cambio	Desarrollo de habilidades	Héctor incrementa el uso de estrategias funcionales de afrontamiento ante situaciones estresantes.
	Educación afectiva	Héctor reconoce las emociones básicas, los pensamientos y las sensaciones corporales asociadas a cada una, además de las situaciones que pueden desencadenarlas. Sabe además que algunas emociones pueden coexistir ante una misma situación.
	Intercambio simbólico y descarga	El juego de agresión permite que Héctor haga sentido del enojo que puede experimentar hacia personas cercanas.
	Expresión del miedo	El niño es capaz de expresar a través de actividades artísticas o de la palabra, aquellas situaciones que le generan miedo, ya sean reales o imaginarias.
	Modificación conductual	Disminuye/remite el uso de trampas para ganar, se adhiere a las reglas de los juegos de mesa y busca hacerlas cumplir dentro del espacio terapéutico. En casa se reporta menor dificultad para que siga indicaciones.
	Regulación emocional	Conoce diferentes estrategias que puede utilizar para modular las respuestas emocionales.
	Transformación de esquema – Reglas	Reconoce la importancia de las reglas para una convivencia armoniosa y para la prevención de accidentes.
	Transformación de esquema – Relación terapéutica	Pasa de "poner a prueba" el espacio terapéutico, a tener una actitud que facilita el trabajo en la sesión gracias a la confianza que tiene en la terapeuta y la consistencia del espacio.
	Transformación de esquema – Respeto y empatía	Reconoce las emociones que puede generar en los demás y asume la responsabilidad de respetar a los demás, lo cual se refleja en una disminución de burlas hacia la terapeuta.

Participantes

- Niño de edad escolar que es llevado por su madre a atención psicológica debido a conductas desafiantes y dificultades en las áreas familiar y escolar derivados de estas conductas.
- Terapeuta en formación, estudiante de la Residencia en Psicoterapia Infantil, sin experiencia previa referente al tratamiento individual de problemas de conducta.

Escenario

Las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio de psicología infantil perteneciente a un centro comunitario ubicado al oriente de la Ciudad de México, con medidas aproximadas de 4x4 metros. Los juguetes y materiales de expresión artística utilizados dentro del consultorio corresponden con lo sugerido por Axline (1975) para llevar a cabo la Terapia de Juego Centrada en el Niño. La frecuencia de las sesiones fue semanal.

Procedimiento

Para el presente análisis se seleccionó el caso de un niño de 8 años de edad que asistió al servicio de psicología de un centro comunitario ubicado al oriente de la Ciudad de México. Se tomó la decisión de llevar a cabo el análisis de este caso debido a que las interacciones entre el niño y la terapeuta pueden ilustrar en debida forma las características de la relación terapéutica en las diferentes fases del tratamiento.

Los datos para el análisis se obtuvieron principalmente de grabaciones de audio de las sesiones con el menor y con los cuidadores principales. Además, se hizo uso de pruebas psicométricas, grafoproyectivas y técnicas de intervención que permitieron observar los cambios en las diferentes fases del proceso terapéutico. Se realizó la transcripción de las grabaciones a un formato de nota de sesión en el que se especifica el número de sesión, la fecha, la hora de inicio y

de finalización. En el caso de las sesiones que no fueron grabadas, se realizaron notas de sesión con los aspectos más relevantes que sucedieron a lo largo de la misma.

Análisis de los datos

- Se seleccionaron de forma preliminar las sesiones consideradas con mayor contenido para el análisis, con base en el número de interacciones entre el paciente y la terapeuta.
- Se revisaron las sesiones seleccionadas con la finalidad de identificar de forma general el sentido de cada una de ellas y también obtener un panorama sobre la evolución de la relación terapéutica.
- Se eligieron las sesiones que conformarían el análisis, buscando que estas ilustraran de forma explícita situaciones o elementos asociados a la relación terapéutica, la presencia de conductas desafiantes y los indicadores de cambio.
- Se codificaron los datos utilizando el software para el análisis cualitativo de datos ATLAS.ti, con base en los códigos y grupos de códigos mostrados en la Tabla 4.
- Se presentan los datos obtenidos en tablas que incluyan el tema/categoría y las frases representativas de cada tema.

Presentación del caso

Ficha de identificación

Nombre: Héctor	Nombre de la madre: Margarita
Edad: 8 años 9 meses	Edad: 45 años
Sexo: Masculino	Escolaridad: Bachillerato
Fecha de nacimiento: 28/12/2013	Ocupación: Empleada
Escolaridad: 3° de primaria	Estado civil: Soltera

Motivo de consulta

De la madre

La madre de Héctor solicita atención psicológica a demanda de la escuela, debido a que el niño presenta dificultad para seguir límites y reglas en diferentes contextos. Cuando está en casa, Héctor ignora completamente las peticiones de su madre o sus abuelos; por ejemplo, se levanta de la mesa cuando todo están comiendo y no regresa, se niega a bañarse y deben insistirle muchas veces para que lo haga, no recoge su ropa sucia o no ordena sus juguetes. Este problema sucede desde hace un año aproximadamente, incrementando durante los últimos 5 meses. Además, se reportan episodios de enuresis nocturna (aproximadamente uno al mes). Algunos intentos de solución por parte de la madre han sido repetir las instrucciones varias veces, levantar el tono de voz y aplicar castigos que consisten en retirarle el celular a Héctor.

De la escuela

La escuela solicitó que Héctor recibiera atención psicológica debido a conductas problemáticas dentro del aula, ya que el menor se levanta de su lugar constantemente, distrae a sus compañeros y

no sigue las indicaciones. Además, se reporta que en una ocasión Héctor golpeó a una compañera en los glúteos.

Del niño

Héctor desconoce el motivo por el cual acude a atención psicológica. Tras mencionarle el motivo de consulta de su madre, él niega que exista algún problema. Además, no identifica algo que quiera cambiar o mejorar de sí mismo.

Descripción clínica

Del niño

Héctor es un niño cuya edad aparente coincide con la cronológica. Se muestra orientado en tiempo, espacio, persona y contexto. Acude a las sesiones en condiciones adecuadas de higiene y aliño, la mayoría de las veces portando su uniforme escolar. Regularmente es su abuelo quien lo acompaña a las sesiones, debido a que los horarios laborales de la madre no le permiten acompañar al niño.

Su lenguaje es fluido y entendible, hace uso de un vocabulario acorde a su edad y nivel de desarrollo. Presenta una adecuada organización del pensamiento y habilidades cognitivas sin alteraciones aparentes. Héctor muestra facilidad para socializar, mantener contacto visual y responder a lo que se le dice, sin embargo, sus respuestas tienden a ser evitativas cuando se le mencionan temas relacionados con sus emociones o la relación con su familia.

Durante las sesiones muestra curiosidad hacia los materiales y juguetes del consultorio. En general mantiene una actitud favorable hacia el espacio terapéutico; no obstante, se muestra renuente a realizar actividades planeadas por la terapeuta, tales como dibujos, cuentos o pruebas psicológicas. En la mayoría de las sesiones, Héctor elige jugar juegos de mesa. Cuando gana, verbaliza constantemente que es el mejor y la terapeuta no sabe o no puede jugar correctamente, utilizando

un tono de voz que denota burla. En caso de ir perdiendo, Héctor tiende a modificar las reglas a su favor para terminar ganando. A lo largo del proceso terapéutico estas conductas de competitividad durante el juego disminuyeron, incluso Héctor se corregía a sí mismo cuando intentaba hacer trampa para ganar.

Cuando Héctor lleva a cabo otras actividades lúdicas, el contenido de estas es principalmente el esconder/encontrar objetos, los juegos de mesa, la agresión y la descarga de energía a través de actividades físicas como el fútbol o el tiro al blanco.

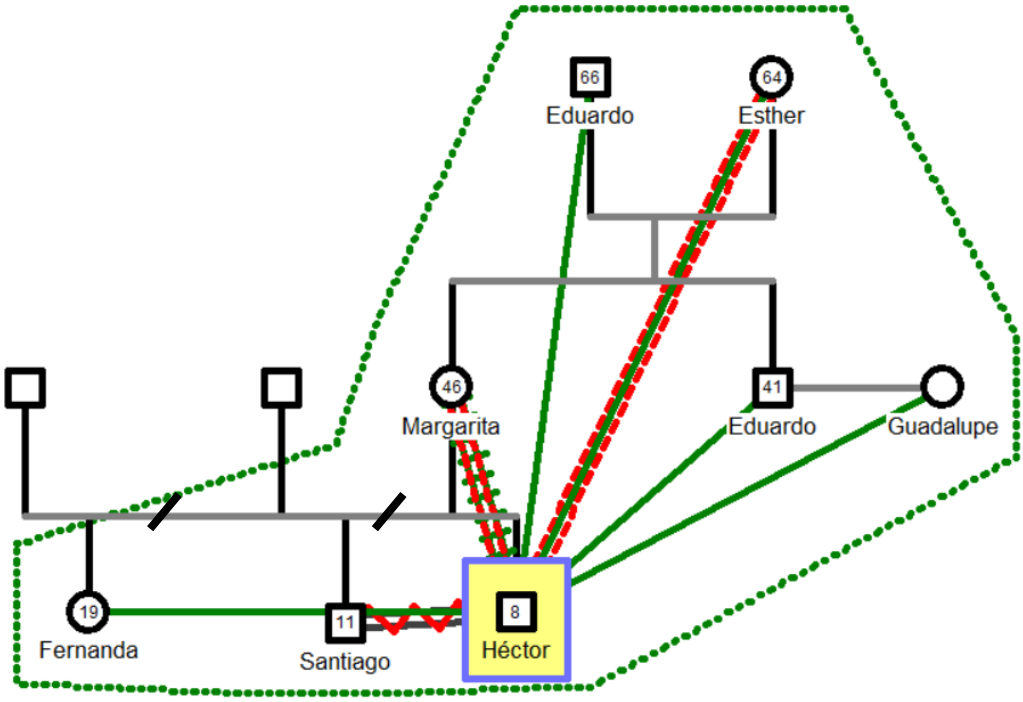
De la madre

Margarita es una mujer cuya edad aparente coincide con la cronológica. Acude a las reuniones con la terapeuta en condiciones adecuadas de higiene y aliño, con orientación adecuada en tiempo, espacio, persona y contexto. Durante las sesiones muestra un pensamiento organizado y habilidades atencionales adecuadas. Mantiene un tono de voz amable y un discurso verborreico, haciendo uso de contacto visual. Se mostró dispuesta a responder la mayoría de las preguntas realizadas, no obstante, se niega a hablar del padre de Héctor.

La madre de Héctor muestra una actitud de cooperación dentro del espacio terapéutico; sin embargo, en varias ocasiones el niño dejó de asistir a terapia debido a que a ella se le olvidaba que tenía sesión, además de que se le olvidaba también llevar a cabo las recomendaciones para el establecimiento de límites en el hogar.

Dinámica familiar

Genograma



Héctor vive con su madre, sus hermanos Fernanda y Santiago, sus abuelos y tíos maternos. No se cuenta con información del padre biológico del menor.

La relación de Héctor con su madre es muy cercana; de acuerdo con Margarita, Héctor le demuestra mucho cariño a su mamá a través de contacto físico (besos, abrazos), cartas y palabras de afecto (“eres la más bonita, mamá” “te amo mucho”). Además, Héctor rechaza la idea de que su mamá consiga una pareja, mostrando enojo cuando algún miembro de su familia le hace algún comentario relacionado. En ocasiones, Margarita siente invadido su espacio personal debido a las demostraciones de afecto del niño. A pesar de ello, la madre de Héctor responde al cariño que él le da, y además suele ceder ante las peticiones del niño, cuando él pide que le compre algún objeto, o bien, cuando le insiste en que debe levantarle el castigo.

Se refieren conflictos entre Héctor y su madre, debido a las discusiones originadas por la dificultad del niño para acatar las reglas de la casa y las quejas que ha estado recibiendo su mamá por parte de la escuela. Cuando Margarita le da alguna instrucción al niño, como levantar su ropa sucia o tirar la basura donde corresponde, él la ignora y espera a que ella lo haga. Esto hace que la madre de Héctor se moleste y opte por castigarlo, aunque debido a la insistencia del niño para no tener ninguna consecuencia, finalmente los castigos son muy breves o inexistentes.

La mayoría del tiempo Héctor está bajo el cuidado de su abuela Esther debido a que su madre trabaja durante las tardes. La relación de Héctor con su abuela también se considera cercana; de acuerdo con la madre, el niño suele contarle a su abuela cómo fue su día en la escuela o en las sesiones de terapia, además de compartir tiempo de calidad con juegos de mesa. Sin embargo, suelen tener conflictos derivados del establecimiento de límites ya que Esther ejerce una crianza más orientada a lo autoritario, y cuando el niño no obedece, ella opta por amenazarlo con golpes o con la pérdida del afecto: “si sigues portándote mal, ya no te voy a querer, porque niños desobedientes yo no quiero” “te estás ganando unos cinturonazos” (sic Esther).

La relación de Héctor con Santiago se caracteriza por una marcada rivalidad fraterna y a su vez por un gran cariño del niño hacia su hermano mayor, ya que busca compartir tiempo con él a través del juego, aunque a Santiago no le agrada la idea de jugar y por tanto lo rechaza, generando sentimientos de tristeza en Héctor.

Héctor compite con Santiago “por cualquier cosa” (sic Margarita). El niño intenta probar constantemente que él es mejor que su hermano mayor con el objetivo de que su madre lo prefiera a él antes que a Santiago. La rivalidad tuvo un aumento considerable después de que Santiago sufriera un accidente que lo llevó a estar hospitalizado. Margarita estuvo cuidando de Santiago y permaneció junto a él en el hospital. Una vez que regresaron a casa, Héctor le mencionaba

repetidamente a su mamá que ahora ella quería más a Santiago y que él había quedado desplazado. Además de haber incrementado la rivalidad fraterna, la familia de Héctor observó que las conductas desafiantes del menor aumentaron tras el accidente de Santiago.

Fernanda y Héctor mantienen una relación predominantemente armoniosa. No comparten mucho tiempo juntos debido a que Fernanda no suele estar en casa.

De igual manera, existe una relación armoniosa entre Héctor y su abuelo Eduardo, quien regularmente lo recoge de la escuela y lo lleva a las sesiones. De acuerdo con la abuela del niño, Eduardo suele ser más permisivo y "consentidor" (sic Esther), implicando que no establece límites claros con Héctor y sólo expresa su descontento cuando el niño ya le ha generado bastante enojo. La relación de Héctor con sus tíos maternos es armoniosa, suelen jugar juegos de mesa y con su tío en ocasiones juega a las "luchitas".

Antecedentes

Prenatales, perinatales y postnatales

Héctor es el tercer y último hijo de Margarita. La noticia del embarazo la tomó por sorpresa debido a que no fue planeado ni deseado; la madre no quería tener al niño y el padre estuvo ausente desde ese entonces. A pesar de ello Margarita describe su embarazo como un periodo tranquilo.

El nacimiento de Héctor fue sin complicaciones, obteniendo un puntaje APGAR de 9. El nombre del niño lo eligieron entre su mamá, sus abuelos y sus hermanos. Margarita quiso que su hijo se llamara Héctor porque le gustó el significado del nombre.

El niño fue alimentado únicamente con leche materna hasta los cinco meses de edad, posteriormente la madre introdujo la alimentación con fórmula. El destete se realizó a los 10 meses.

Hitos del desarrollo

Desarrollo psicomotriz. El niño logró el sostén cefálico a los 3-4 meses aproximadamente, sedestación a los 5-6 meses, gateo a los 7-8 meses, bipedestación a los 10 meses y marcha sin apoyo a los 12 meses. Se puede afirmar que Héctor logró un desarrollo psicomotor normal.

Desarrollo del lenguaje. Se refiere que la adquisición del lenguaje fue rápida. Héctor pronunció sus primeras palabras a los 12 meses, y a los 24 meses ya era capaz de expresar un discurso entendible.

Control de esfínteres. Se logró a los tres años aproximadamente. El método de enseñanza fue a través del reforzamiento positivo y el establecimiento de horarios para ir al baño. Se refiere que este aprendizaje fue rápido, no obstante, Héctor presenta episodios esporádicos de enuresis secundaria, en promedio una vez al mes. La madre del niño atribuye estos accidentes a que él es "flojo" para levantarse de la cama. Cuando aparecen los episodios de enuresis, Margarita le dice a Héctor que, si vuelven a suceder, tendrá un castigo: "le digo que ya no me voy a acostar con él, y con eso se controla" (sic).

Hábitos. Se refiere que el niño fue capaz de vestirse por sí mismo a los tres años, y empezó a bañarse solo con supervisión alrededor de los cuatro años.

Sueño. Héctor duerme aproximadamente nueve horas durante la noche. Comparte habitación con su mamá y su hermano mayor; cuentan con una cama para cada uno. A pesar de ello, el niño hace colecho con su madre. Aunque Margarita ha insistido para que él duerma aparte, Héctor se cambia de cama en la madrugada para dormir con ella. Los días en que Héctor llega a dormir solo, no tiene un descanso reparador y se muestra somnoliento durante todo el día siguiente. La madre del niño debe estar presente en la misma habitación para que él logre conciliar el sueño.

Alimentación. La madre de Héctor menciona que desde hace un año están acudiendo al nutriólogo porque antes el niño ingería bastantes alimentos entre comidas. De acuerdo con la madre, el peso actual del niño es el adecuado para su edad y estatura. El nutriólogo afirma que Héctor tiende a comer de más ante situaciones emocionales.

Escolares. Héctor ingresó a la guardería a los dos años, y continuó su educación preescolar a la edad de tres años. Comenzó la primaria cuando tenía seis años. Se refiere que Héctor lleva un buen rendimiento académico, sin embargo, se han reportado problemas de conducta en las clases asociados con el seguimiento de reglas.

Seis meses antes del inicio de la intervención, se le informó a la madre de Héctor que él había golpeado a una compañera. En esa misma reunión se mencionaron los problemas de conducta que estaba presentando Héctor respecto al seguimiento de límites. La profesora actual de Héctor refiere que él termina los trabajos muy rápido, y que debe mantenerlo ocupado para evitar los problemas de conducta. Cuando Héctor termina las actividades, la profesora lo pone a hacer actividades como borrar el pizarrón. Este manejo del niño en el aula ha traído mejoría en la conducta del niño.

Sociales. Héctor tiene facilidad para hacer amigos e interactuar con sus compañeros. Cuenta con tres amigos cercanos. Disfruta de jugar videojuegos, los cuales juega en la Tablet, en el Xbox o en el celular. Otros pasatiempos de Héctor son el colorear, dibujar, ver series y armar figuras de bloques.

Evaluación

La evaluación psicológica de Héctor se llevó a cabo entre septiembre y noviembre de 2022. Tuvo como objetivo comprender a profundidad las problemáticas emocionales y vinculares que estaban contribuyendo a la presencia de las conductas referidas en el motivo de consulta. Se aplicaron las siguientes pruebas y técnicas:

- Entrevistas semiestructuradas con el niño, con la madre y con los abuelos
- Juego diagnóstico
- Batería de Evaluación Infantil (BEI; Lucio et al., 2019)
- Dibujo de la Familia (Corman, 1967)
- Test de Apercepción Infantil con Figuras Animales (CAT-A) (Bellak & Bellak, 1959)

Actitud durante la evaluación

Durante la aplicación de las pruebas, generalmente Héctor se mostraba impaciente por acabarlas para continuar jugando. Respondía algunas preguntas de los cuestionarios y mencionaba que "ya habíamos terminado" (sic) aunque faltaran varios reactivos por contestar. En el Dibujo de la Familia se observó un mayor nivel de interés ya que dibujar es una actividad que le agrada realizar.

Era común que el niño se negara inicialmente a llevar a cabo la evaluación; no obstante, tras negociar con él, accedía a responder, aunque su necesidad de finalizar lo llevara a insistir en que las pruebas ya habían finalizado.

Resultados

De acuerdo con la puntuación obtenida en la Escala Infantil de Afrontamiento, se puede observar que Héctor utiliza con poca frecuencia respuestas adaptativas que impliquen el uso de estrategias concretas, como la autosuficiencia, la adaptación, la negociación, la resolución de

problemas o la búsqueda de apoyo para enfrentar situaciones estresantes. De la misma manera, el niño reporta un uso poco frecuente de estrategias Centradas en la emoción, lo cual implica que manifiesta pocas conductas que representen tristeza o miedo.

Por el contrario, la puntuación obtenida en el área de Afrontamiento disfuncional implica que a menudo utiliza estrategias como el enojo, la autoagresión, la oposición y el aislamiento social o retraimiento como medidas para afrontar situaciones estresantes. De forma similar se presenta el área de Afrontamiento evitativo, indicando que Héctor utiliza constantemente estrategias como la distracción o la evitación.

En relación al Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados, las puntuaciones de Héctor indican que es un niño cuyas respuestas conductuales tienden a ser agresivas, muestra poca tolerancia a la frustración, y habilidades limitadas para afrontar las situaciones de manera adaptativa. La puntuación en el área de Agresión puede indicar que Héctor tiene dificultades para regular sus emociones y su conducta, respondió que golpea a los demás cuando se enoja (muchas veces). Por otro lado, en el área de Comportamiento disruptivo se puede encontrar que el menor reconoce sus dificultades para acatar órdenes en la escuela, lo que se relaciona con la solicitud de la institución para su evaluación y tratamiento. En sus respuestas Héctor refiere conductas esperadas en un niño, por lo cual se ubica en el promedio de acuerdo con otros niños que también respondieron el CPIEN.

Las áreas de Autolesiones y Depresión se ubican por debajo del promedio y mantienen en un nivel bajo el área de Problemas Internalizados. El área de Ansiedad muestra cierta elevación al compararla con los factores anteriormente mencionados; sin embargo, logra mantenerse por debajo del promedio.

Tomando como base los resultados del Dibujo de la Familia y las historias del CAT-A, se puede deducir que el niño ha formado una percepción insegura del entorno que le rodea, probablemente derivado de la falta de límites claros y las diferencias entre los estilos de crianza ejercidos por las figuras de autoridad más significativas para él. Lo anterior lleva a Héctor a presentar miedos que no son esperados para su edad, además de mostrar indicadores de ansiedad tales como la sobreingesta de alimentos y los episodios esporádicos de enuresis nocturna. Es posible que sus necesidades emocionales no estén siendo totalmente cubiertas por su familia y, debido a ello, busque satisfacerlas a través de un contacto excesivamente cercano con la madre. Además, Héctor puede mostrar sentimientos ambivalentes hacia su hermano: por un lado existe admiración y el deseo de compartir más tiempo con él, pero a su vez es considerado un rival con quien debe competir por la aprobación y el afecto de la madre.

En la Tabla 5 se presenta la formulación de caso realizada tras la evaluación de Héctor.

Tabla 5

Formulación de caso

Manifestaciones clínicas	
Psicofisiológicas Enuresis secundaria, episodios nocturnos con frecuencia mensual Latencia de sueño prolongada Pesadillas Hiperfagia ante situaciones emocionales desagradables.	**Sociales** Agresión física hacia una compañera de clase Dificultad para relacionarse con figuras de autoridad (madre, abuelos, profesores)
Conductuales Oposición pasiva a las reglas y límites en el hogar y en la escuela Comportamiento disruptivo en clase. Rabietas en respuesta a las consecuencias aplicadas por la madre. Comportamientos provocativos - burlas, antagonismo, dirigidos principalmente a los compañeros. Colecho crónico.	**Afectivas** Estado de ánimo predominantemente irritable Expresión simbólica del enojo a través de juegos de agresión Miedos no esperados para su edad (fantasmas, monstruos) Temor a estar solo dentro de su casa Sentimientos de enojo y tristeza causados por el rechazo de su hermano
Cognitivas Distorsiones del pensamiento: negación (niega sus problemas o errores), culpabilidad (culpa a los demás por problemas propios), sobregeneralización (genera conclusiones con base en un caso aislado). Percepción de sus necesidades como insatisfechas debido a que el entorno familiar no lo sostiene de forma segura. Estrategias de afrontamiento basadas en la evitación, la oposición y el enojo.	**Familiares** Límites difusos dentro del sistema familiar Prácticas de crianza incongruentes entre madre y abuela (permisivo vs autoritario) Rivalidad fraterna con el hermano mayor, búsqueda constante de la aprobación de la madre.

Fortalezas y recursos
Capacidad cognitiva destacada
Buen rendimiento académico
Facilidad para socializar con pares
Creatividad, imaginación
Interés por llevar a cabo actividades deportivas (futbol, natación)
Entorno familiar interesado en el bienestar del niño

Impresión diagnóstica

Las conductas desafiantes que presenta Héctor pueden atribuirse en gran medida a la falta de límites claros y consistentes en el hogar y a las diferencias en los estilos de crianza de sus cuidadoras principales. La literatura actual muestra que la inconsistencia en la disciplina y el bajo monitoreo parental están asociados con la aparición e intensidad de los síntomas del Trastorno Negativista Desafiante (TND). Por ejemplo, Lin et al. (2022) afirman que, cuando la disciplina se ejerce de forma irregular, existe la posibilidad de que los comportamientos oposicionistas y desafiantes aumenten, ya que los niños no reciben señales claras sobre las expectativas, incrementando así su frustración y desobediencia.

En el caso de Héctor, se han identificado rasgos de ansiedad relacionados con una percepción de inseguridad en su entorno familiar, derivada de la falta de límites comprensibles y consistentes. De acuerdo con Janin (2019), cuando los niños están inmersos en un ambiente familiar sin límites claros pueden sentirse desprotegidos y vulnerables, manifestando conductas desafiantes como expresión de su malestar y necesidad de un entorno más seguro y predecible. La falta de estructura y límites en el hogar puede llevar a altos niveles de ansiedad, que se manifiestan en comportamientos desafiantes y oposicionistas como mecanismos de adaptación a un entorno incierto (Hawes et al., 2023).

Plan de tratamiento

En la Tabla 6 se presenta el plan diseñado con base en los resultados de la evaluación psicológica de Héctor, tomando a consideración las manifestaciones clínicas, áreas de fortaleza y los recursos contextuales disponibles.

Debido a la marcada preferencia de Héctor por el juego libre durante las sesiones, se optó por llevar a cabo un tratamiento cuyo eje principal fue la terapia de juego centrada en el niño, haciendo uso de las tácticas recomendadas en el mismo. Sin embargo, para abordar objetivos específicos se utilizaron técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual y la terapia gestáltica.

Tabla 6

Plan de tratamiento

Área	Focos de intervención	Metas terapéuticas	Técnicas/Tácticas utilizadas	Indicadores de cambio
Individual	Autovalía	Que Héctor reconozca su valor como persona independientemente de su desempeño en alguna actividad.	Juego terapéutico centrado en el niño: demostración de aceptación incondicional, actitud de empatía y congruencia por parte de la terapeuta.	**TRANSFORMACIÓN DE ESQUEMA:** Héctor pasa de un estado de incertidumbre en el que "pone a prueba" el espacio terapéutico, a una actitud que facilita el trabajo en sesión gracias a la confianza que deposita en la terapeuta y la consistencia del espacio.
	Seguimiento de reglas	En las sesiones de juego, lograr que Héctor reconozca la importancia de seguir reglas y de establecer límites para no provocar daño a uno mismo, a los demás o al material. Generalizar lo anterior a los diferentes entornos en los que se desenvuelve (familiar, escolar)	Principios básicos del juego centrado en el niño: establecimiento de límites. Actividad: dibujo ¿Cómo te imaginas los límites?	**MODIFICACIÓN CONDUCTUAL:** Héctor disminuye/remite el uso de trampas para poder ganar, se adhiere a las reglas de los juegos de mesa y busca hacerlas cumplir dentro del espacio terapéutico. Se reporta además que en casa hay menor dificultad para que siga indicaciones. **TRANSFORMACIÓN DE ESQUEMA:** Reconoce la importancia de las reglas para una convivencia armoniosa y para la prevención de accidentes.
	Respeto y empatía	Fortalecer la capacidad de empatía en Héctor y lograr que reconozca el impacto de sus acciones en los sentimientos ajenos, para que así se logre construir un entorno de respeto a los demás.	Juego de roles, formulación de preguntas asociadas a los sentimientos de los demás ante situaciones en las que él busca tener ventaja o se burla de los otros.	**EDUCACIÓN AFECTIVA/TRANSFORMACIÓN DE ESQUEMA:** Héctor es capaz de reconocer las emociones que puede generar en las demás personas y asume la responsabilidad de respetar a las demás personas. En el espacio terapéutico, disminuyen las conductas de burla hacia la terapeuta.
	Identificación y regulación emocional	Reconocer situaciones que le provocan emociones básicas, las sensaciones y pensamientos asociados a cada emoción, y uso de estrategias funcionales para regularse.	Reflejo de emociones con base en lo propuesto en el juego centrado en el niño Interpretación del juego libre a lo largo de las sesiones	**EDUCACIÓN AFECTIVA:** Héctor reconoce las emociones básicas y sabe que algunas pueden coexistir ante un mismo evento. **LIBERACIÓN DEL ESTRÉS:** A través del juego con actividad física intensa, el niño es capaz de liberar su estrés.

		Lograr remisión de enuresis a través de la disminución de niveles de ansiedad.	Estrategias específicas: Identificación de emociones básicas (MATEA), memorama de emociones, técnicas de relajación muscular y respiración, "monstruo come pesadillas", "dibuja tus miedos".	**REGULACIÓN EMOCIONAL:** El niño conoce diferentes estrategias que puede utilizar para modular las respuestas emocionales. La disminución de la ansiedad permite que la enuresis remita. **INTERCAMBIO SIMBÓLICO Y DESCARGA**: El juego de agresión permite que Héctor haga sentido del enojo que puede experimentar hacia personas cercanas, tales como su madre.
	Estrategias de afrontamiento saludables	Reemplazar las estrategias de afrontamiento asociadas con la oposición, el enojo y la evitación, por otras de tipo funcional.	Identificación de nuevas formas de afrontar a través del juego libre Reflejo de sentimientos cuando el niño usa la oposición o el desafío para resolver problemas	**DESARROLLO DE HABILIDADES:** Héctor incrementa el uso de estrategias funcionales de afrontamiento ante situaciones estresantes. Disminuye la conducta de sobreingesta ante situaciones que provocan malestar.
Familiar	Establecimiento de límites	Manejar límites/consecuencias firmes y constantes en el entorno familiar. Corrección de hábitos desadaptativos, tales como el colecho Aceptación y seguimiento de reglas en casa por parte de Héctor	Sesiones de psicoeducación con la madre y los abuelos Aplicación de economía de fichas en casa	**EDUCACIÓN/DESARROLLO DE HABILIDADES:** La madre se percibe menos permisiva respecto a los límites, llevando a que haya una remisión del colecho y una crianza más consistente. La madre y los abuelos llegan a acuerdos respecto a la forma de establecer límites, las conductas que los ameritan y las consecuencias que habrá ante un comportamiento indeseado. Los cuidadores refuerzan a través de elogios las conductas adecuadas del niño.

Resultados

La intervención se llevó a cabo en 51 sesiones, y para fines del presente análisis se seleccionaron 12 sesiones (4 de la fase inicial, 4 de la fase intermedia y 4 de la fase final). A continuación, se mostrarán los aspectos más importantes de las sesiones que conforman cada una de estas fases, así como las frecuencias en las que se hicieron presentes los indicadores de relación terapéutica y conducta desafiante anteriormente mencionados.

Fase inicial: *"Sí, sí hago cosas. Jugar, y nada más".*

Esta fase, representada en el presente trabajo por las sesiones 1, 4, 5 y 6 del tratamiento, se caracterizó por una mayor frecuencia de indicadores relacionados con conducta desafiante, transferencia y contratransferencia, así como elementos de la relación real tales como la percepción realista, y la formación de la alianza de trabajo. De igual manera, en esta fase aparecieron más dificultades de la terapeuta para manejar algunas situaciones de la relación terapéutica y eventos que pueden considerarse rupturas de la alianza terapéutica. La Gráfica 1 presenta las frecuencias de los indicadores que se pudieron identificar en las sesiones correspondientes a la fase inicial.

Es importante mencionar que durante este lapso hubo un gran número de inasistencias del menor a las sesiones, las cuales no tenían justificación ya que la madre mencionaba que era únicamente por que se les olvidaba acudir.

Gráfica 1

Frecuencia de códigos durante la fase inicial del tratamiento

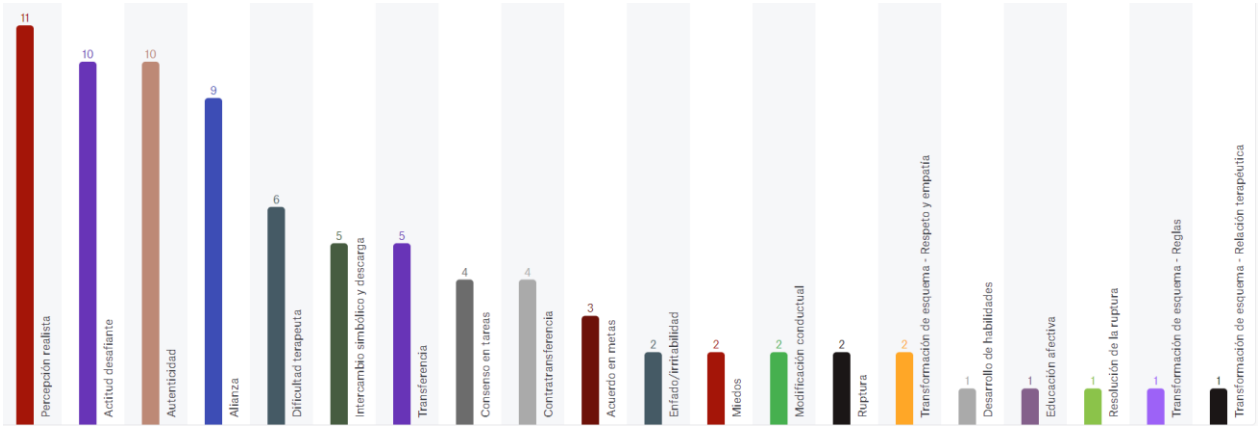


Tabla 7

Análisis de la fase inicial

Grupo de código	Código	Cita
Conducta desafiante	Actitud desafiante	Sesión 1 El niño negaba cuando perdía en el juego de mesa, intentaba modificar las reglas a su conveniencia y se burlaba de mí cuando perdía o cuando tenía que tomar cartas para continuar el juego. Después empezó a referirse a mí con apodos tales como “palmera”. Sesión 4 H: Dime qué hacer, no me dices qué hacer. T: ¿Te tienen que decir qué hacer? H: Sí T: ¿Y lo haces? H: Suerte, suerte para los demás que yo haga algo. Sí, sí hago cosas. T: ¿Cómo cuáles? H: Jugar, y nada más. Sesión 5 T: ¿Qué pasaría si la tiras? H: Nada, tú te enojas, yo no. T: ¿Te has preguntado qué pasa si me enojo? H: No, no sé. Sesión 6 T: He notado que te ríes cuando alguien más pierde. H: Yo me río de mi victoria.

	Enfado/Irritabilidad	Sesión 4 Me pedía piezas para armar, gritando: pásame ese, ese… ¡No, ese de ahí! Se molestó cuando no logré entender qué pieza quería. Gritó con fuerza y mostraba una expresión de enojo cuando no lograba encajar bien las piezas.
Relación real	Autenticidad	Sesión 4 Noté que el niño venía con un estado de ánimo más alegre que en ocasiones anteriores. Expresé sorpresa por haberlo encontrado de donde se había escondido y comenzamos la sesión. Sesión 5 Algunas piezas de la granja que estaba armando se cayeron, y esto le provocó mucha risa al niño. Lo acompañé en esta risa, que iba acompañada de sonidos diferentes. Héctor comenzó a hacer algunos gestos, debido a ello empezó a reír, y yo reí con él. Me dijo "¡No te rías!", entonces mantuve una cara seria. A Héctor le causó gracia esta cara y me imitó.
	Percepción realista	Sesión 4 T: Ahora el policía se ha convertido en bombero. ¿Será que también va a atropellar personas? H: Sí T: Me imagino que está muy molesto, porque quiere atropellar a esas personas. En su juego, Héctor me vacunó contra el COVID. Le agradecí que me estuviera cuidando y mencioné que me sentía contenta por ello. T: Todo lo que necesitas, lo estás encontrando tú solo, ¿no quieres un poco de ayuda? H: No. T: A veces, podemos necesitar ayuda.

		Sesión 6 Durante el juego le reflejé a Héctor que le gustaba mucho competir con los demás. Me respondió que no era así.
	Dificultad del terapeuta	Sesión 1 Intentaba preguntar más sobre un plan que Héctor tenía para el fin de semana, pero se negó a responderme. Sesión 4 H: Me puse feliz (cuando encontró un juguete que le gustó) T: ¿Qué otras cosas te ponen feliz? H: No sé Sesión 5 Héctor tomó su "guardaespaldas" y estiró sus brazos. T: ¿Para qué servirán esos brazos tan largos? H: ¿No ves cómo los guardaespaldas quitan a los que están a un metro de distancia? T: Entonces es para quitar a los que se acerquen. Sesión 6 ¿Has intentado ya no pelear tanto con tu hermano? No se obtuvo respuesta por parte del niño.
Alianza de trabajo	Alianza	Sesión 4 El niño me daba piezas que podían servir para armar la granja: "Mira, ¿este te sirve? ¿No te sirve este que hice? Yo lo quiero poner". Entre los dos armamos la granja. Sesión 5 Le mostré a Héctor que, como habíamos acordado, lo que él construyó la sesión pasada no había sido tocado por nadie más y seguían ahí para él.

	Sesión 6 Al preguntarle si dormía con su hermano, me respondió entre risas que dormía en la cama de su mamá. T: ¿Tú sueñas cuando duermes? H: Sí, una vez tuve un sueño que me dio mucho miedo… (Héctor me contó a detalle la pesadilla que tuvo, y al final me dijo que para dejar de sentir miedo acude con su mamá para dormir con ella). T: Entonces, si tu hermano se burla de ti, ¿te enojas? H: Sí, porque me llevo mal con mi hermano. T: ¿Te llevas mal con tu hermano? H: Sí, bueno… nos peleamos.
Acuerdo en metas	Sesión 1 Le propuse a Héctor que tomara una carta por cada vez que se burlara de mí, ya que en el espacio terapéutico debemos mantener el respeto hacia los demás. Al inicio dudó en hacerlo, pero finalmente aceptó. Ambos seguimos este nuevo acuerdo. Posteriormente, le propuse que cada que alguien dijera un apodo tomaría dos cartas. A lo largo de la sesión fue disminuyendo la frecuencia de los apodos y al final de la sesión se refería a mí únicamente por mi nombre.
Consenso en tareas	Sesión 4 Al inicio, Héctor me dijo que quería estar en el otro consultorio, ya que eso habíamos acordado la sesión pasada. Le agradecí por recordarme y llevamos a cabo la sesión en este otro espacio. A partir de este día las sesiones restantes se llevaron a cabo en este consultorio. Héctor mencionó que quería llevarse lo que había armado al final de la sesión. Le recordé que no era posible llevarse los juguetes del espacio, pero le di la alternativa

		de guardar sus creaciones en un lugar donde nadie los toque. El niño aceptó sin problemas.
	Ruptura	Sesión 5 Héctor desarmó una barrera de bloques que había creado para separar su espacio del mío. Cuando se percató de que lo estaba observando, dijo que no quería que lo viera. "Es un secreto". Debido a que no tenía claro a qué se refería con "secreto", le mencioné que en este espacio se guardaban secretos. Me respondió "ajá…" a manera de incredulidad. Para finalizar esta sesión, el niño quiso jugar fútbol con unas pelotas pequeñas. Durante este juego, Héctor me empujó en una ocasión, le reiteré que no podíamos lastimarnos en el espacio y me dijo que no había medido su fuerza, ya que solo me quería tocar. Un par de minutos después chocó contra la pared, provocando que esta se quebrara. Cuando esto sucedió le dije que debíamos detener inmediatamente el juego, me aseguré de que no se hubiera lastimado y me dijo que eso pasó porque "la pared está muy delgada".
	Resolución de la ruptura	Sesión 6 Le recordé a Héctor que debíamos hacer algo para reparar la pared que se dañó la sesión pasada. Exploró el material que había disponible en ese momento para tapar la grieta, y finalmente decidió que la taparía pegando unos pañuelos en la pared. En esta misma sesión, cuando Héctor me contó lo relacionado con sus pesadillas, el dormir con su mamá y las peleas con su hermano, le agradecí la confianza que había tenido en mí para poder contarme estas situaciones.
Transferencia-Contratransferencia	Transferencia	Sesión 4 En un juego de esconder y encontrar objetos en el arenero, Héctor me llamó "tramposa" cuando yo iba encontrando los títeres. Cuando pregunté por qué, me dijo "estás viendo". En realidad, yo mantuve los ojos tapados todo el tiempo mientras él escondía los juguetes.

		Sesión 5 Héctor me llamó “tramposa” porque creyó que yo me había adelantado a construir la granja sin él. “Tramposa, ahí tienes tus consecuencias, por no esperar”, dijo cuando se desarmó lo que estábamos haciendo. Construyó una barrera entre él y yo, me llamó “invasora”, no respondió cuando le pregunté de qué forma lo estaba invadiendo. H: No te rías, es de mala educación reírse de alguien cuando se cae. T: ¿Crees que me estaba riendo de ti? H: Sí, te estás riendo porque me caí
	Contratransferencia	Sesión 1 Cuando Héctor empezó a referirse a mí con apodos, le mencioné que no podía hablarme de esa manera. Respondió que sus apodos “son de cariño”. Yo le mencioné que puede existir cariño sin necesidad de apodos. *(La reacción contratransferencial en esta interacción puede estar asociada a que en un primer instante yo asumí que el comentario del niño era una burla hacia mi persona, a pesar de que pudo haber sido algo diferente. Lo relaciono con experiencias tempranas de mi propia infancia en la que estuve expuesta a la burla por parte de los pares).* Sesión 4 T: Creo que a veces, está bien rendirse y pedir ayuda. Todo lo que necesitas, lo estás encontrando tú solo. ¿No quieres ayuda? H: No. T: A veces podemos necesitar ayuda. *(Durante esta etapa, a nivel personal estaba atravesando por una serie de situaciones que probablemente influyeron en que yo insistiera en que el niño debía solicitar mi ayuda, cuando en realidad era yo misma quien requería de apoyo).*

Sesión 5

Debido a los ruidos que hacía Héctor y a su risa estruendosa, de forma inconsciente tomé lo que estábamos armando y lo puse en mis piernas para continuar la actividad por mi cuenta. Poco tiempo después el niño me reflejó lo que estaba haciendo:

"Oye, tramposa, ¿por qué te la llevas?"

(Nuevamente esta reacción puede remontarse a mis experiencias tempranas, ya que solía preferir el juego solitario y era común que me aislase del resto para llevar a cabo mis actividades, sobre todo en entornos sensorialmente estimulantes -con mucha luz o con mucho ruido-)

Fase intermedia: “*Hoy me sentí enojado porque mi amigo no sigue las reglas*”

Para el análisis de la fase intermedia se seleccionaron las sesiones 14, 17, 19 y 26. Se decidió categorizarla como intermedia debido a que en el espacio terapéutico se presentaron cambios importantes en la conducta y en las actitudes del menor; sin embargo, en el contexto familiar y escolar existían múltiples quejas sobre su comportamiento. El siguiente paso dentro de la terapia sería, entonces, la generalización de lo observado en sesión a los diferentes contextos en los que el niño se desenvuelve.

En esta fase, la autenticidad destacó por ser el factor de la relación real que más se hizo presente. Además, hubo una disminución drástica de las conductas desafiantes y se identificaron tanto verbalizaciones como conductas del niño que corresponden a indicadores de cambio relacionados con la educación afectiva y la transformación del esquema de las reglas.

Gráfica 2

Frecuencia de códigos durante la fase intermedia del tratamiento

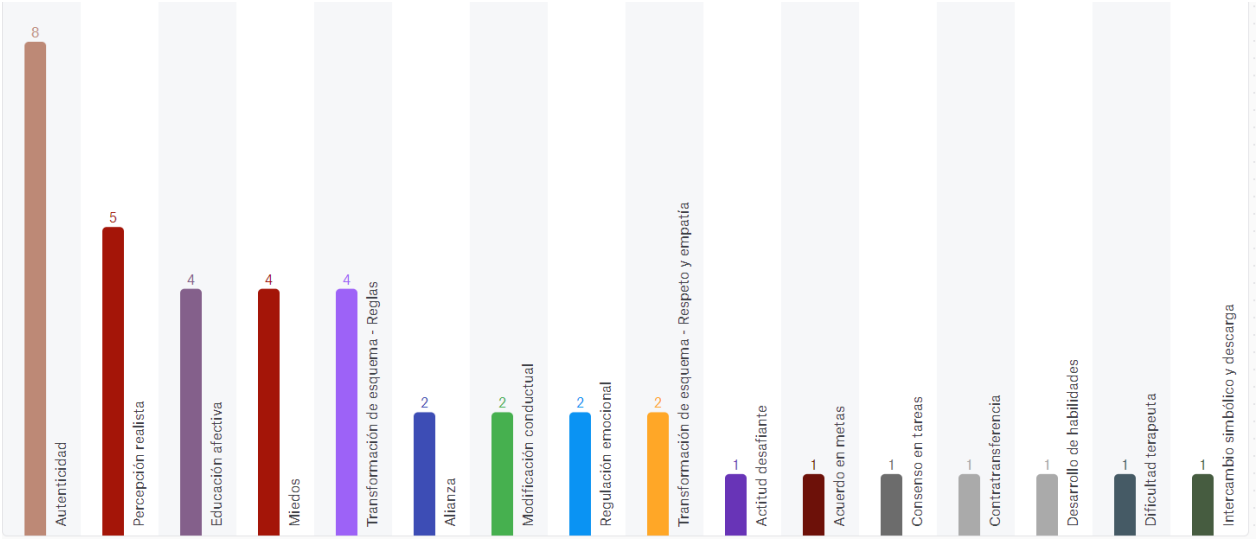


Tabla 8

Análisis de la fase intermedia

Grupo de código	Código	Cita
Conducta desafiante	Actitud desafiante	Sesión 19 Hicimos una segunda ronda del juego UNO, en la cual sí respetaba las reglas, pero se notaba la intención de hacer trampa en algunas ocasiones (por ejemplo; ponía una carta del color que no correspondía, pero después corregía lo que había hecho, mencionando "no es cierto").
Relación real	Autenticidad	Sesión 17 Tuvimos un breve juego en el que sacaba su dedo por un espacio de la casita y yo intentaba tocarlo. Ambos disfrutamos de este juego; nos reímos y nuestra participación fue total. Le comenté a Héctor: "me estoy divirtiendo mucho contigo en este momento". Sesión 26 Intentamos poner nuestros dinosaurios de pie, pero no lograban sostenerse. Y también Héctor intentaba derribar a mi dinosaurio. En este momento del juego me reí porque los dinosaurios se veían graciosos, esto hizo que el niño se riera conmigo. Sesión 26 Retomé la historia que Héctor me contó minutos antes: "Yo creo que la miss también se sintió triste. Es triste cuando los demás no te hacen caso. A veces yo me sentía así en las primeras sesiones contigo, cuando de repente no me hacías caso".
	Percepción realista	Sesión 14 Después de que Héctor me narrara lo sucedido con uno de sus amigos, le reflejé que cuando alguien no sigue las reglas del juego, se pueden perder las ganas de seguir jugando con esas personas: "Yo creo que para eso sirven las reglas, ¿tú qué piensas?"

		Sesión 17 Mientras Héctor estaba adentro de la casita que había construido, yo reflejaba las posibles emociones de relajación al estar en un ambiente silencioso y con poca luz. También pregunté ¿para qué nos servirá escondernos? Respondió que "solo era por diversión". Sesión 26 El niño se reía de las poses de los dinosaurios, y también de cómo se caían. H: Mira, a mí me va a quedar mejor que el tuyo. T: Entonces, ¿es un concurso de dinosaurios? H: No, pero mira cómo te quedó de la cabeza, está aplastado. T: Ah, es que a veces no nos salen las cosas a la primera. Pero siempre podemos intentar hacerlo otra vez.
	Dificultad del terapeuta	Sesión 26 Tras hacer una autorrevelación Héctor empezó a reírse y yo no sabía el por qué. T: ¿Qué fue eso? H: Es un… No me entendiste, ¿verdad? T: No, porque yo estaba hablando de una cosa y de repente empezaste a reír. H: Es por el dinosaurio. Parece gangoso.
Alianza de trabajo	Alianza	Sesión 19 Hubo momentos en los que ambos nos reíamos fuerte de algunas bromas que mencionábamos, pero era una risa compartida que no apuntaba a la burla. Sesión 26 Héctor mostró confianza para contarme lo que sucedió ese día en su escuela. H: Hoy hicieron llorar a la miss… T: ¿Tu grupo? H: Sí… o sea sí fue de mi salón, pero no fue de nosotros.

		T: ¿Pues qué le hicieron? H: Es que no le ponían atención… la miss pone música, entonces este niño no ponía atención. la miss le dijo que se parara a lado de él, el niño se empezó a reír, y la miss le dijo "no se vale, desde la mañana se están portando así…" entonces dijo, "no se vale, vengo a hacer mi trabajo y ustedes se ponen a jugar, ya no voy a dar la clase". Empezó a llorar y se fue al baño. Dejó un chorro de tarea.
	Consenso en tareas	Sesión 14 El objetivo de esta sesión fue que Héctor lograra identificar situaciones que le ocurrieron en la semana asociadas con cada una de las emociones básicas (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, enojo). Al mencionarle el tema de este día, Héctor evadía lo que le estaba diciendo: "Emociones no me gustan, bueno sí, pero…" Para llegar a un acuerdo, le comenté que trabajaríamos con la emoción que él quisiera y no iba a presionarlo para que me diera una respuesta. Finalmente estuvo de acuerdo y la sesión cumplió con su objetivo.
Transferencia-Contratransferencia	Transferencia	Sesión 26 Cuando terminó el tiempo de la sesión y le comenté a Héctor que era hora de despedirnos, me dijo que antes de irnos quería "matar al changuito", es decir, aplastar la figura de plastilina que yo había hecho. Por lo tanto, me dijo que debía "regenerar" al changuito para que él lo pudiera matar. Lo anterior puede deberse a la frustración del niño por tener que finalizar la sesión, la cual fue dirigida hacia mí de forma indirecta a través de la figura que yo había realizado.
	Contratransferencia	Sesión 17 En unos momentos de la sesión, el niño empezó a reírse de forma estruendosa. Me explicó el por qué se estaba riendo ya que las caras que él mismo estaba haciendo le parecían muy graciosas. Durante esta situación mis reacciones iniciales fueron de molestia debido a que no comprendía el motivo de su risa y lo atribuí a que se burlaba de mí. *(Situación similar a lo ocurrido en la Fase inicial, sesión 1)*

Indicadores de cambio	Transformación de esquema – Reglas	Sesión 14 H: Hoy me sentí enojado, justamente cuando estaba jugando, porque mi amigo no sigue las reglas. Tú dime si esto es justo…" Héctor me explicó las reglas que había acordado con su amigo al inicio del juego pero al final no las aplicó para que él ganara. Juan no siguió las reglas y eso le enojó. También mencionó que no siguió las reglas en el juego de piedra, papel o tijera H: Son tres rondas, y si tú ganas las primeras dos, ganas, pero si el otro equipo no ha ganado ahí vas bien. Si ganas la última se completan las tres, y terminas ganando, y Juan dijo no, si ganas la última se vuelve a reiniciar… no sabe jugar. Héctor le dijo que no eran así las reglas pero él insistió en que sí. Le pregunté a Héctor qué hubiera hecho diferente en esa situación, y dijo "no hay nada que hacer", porque él le dijo que estaba mal pero su amigo insistió en que estaba en lo correcto.
	Transformación de esquema – Respeto y empatía	Sesión 26 T: ¿Por qué crees que la miss haya dejado tanta tarea? H: Porque… estábamos por irnos, pero aún sobraba tiempo, entonces nos dió mucha tarea porque es lo que íbamos a hacer en ese tiempo. No íbamos a hacer tarea, pero pasó lo que pasó. T: ¿Qué opinas de que esos niños hayan hecho llorar a la miss? H: Pues mal T: ¿Por qué mal? H: Porque hicieron llorar a la miss, y eso está mal.
	Intercambio simbólico y descarga	Sesión 26 H: Hay que hacer guerra. T: ¿Guerra de qué? H: Voy a hacer una pelea. Tú, tus dinosaurios y yo, mis dinosaurios. T: ¿Cómo va a ser esa pelea?

		H: Los tenemos que aplastar. El primero que aplaste el dinosaurio del otro, gana. El que aplaste primero a todos, gana.
	Educación afectiva	Sesión 14 Siguiendo la actividad propuesta, Héctor identificó las situaciones que le provocan diferentes emociones: "Me siento alegre cuando juego al fútbol" "Hoy me sentí enojado, justamente cuando estaba jugando, porque mi amigo no sigue las reglas". "Me sorprendí cuando la miss nos dejó subir al patio durante dos días seguidos" "Siento miedo cuando estoy solo, o cuando está oscuro. Cuando estoy solo en la oscuridad. Cuando se cae algo sin saber su origen. A veces en mi casa, y en la escuela los baños de los niños están todos oscuros… no le tengo miedo al baño de la escuela, solo te estoy diciendo que está oscuro".
	Expresión del miedo	Sesión 14 H: Me da miedo dormirme, porque me dormí en mi cama y al día siguiente amanecí en la cama de mi mamá. Mi cama está a lado de mi mamá por… cualquier cosa. H: A veces pienso que alguien me está mirando por atrás, me da miedo mirar atrás. Siempre siento que alguien está mirándome. H: "Un día soñé que si veías un zapato rojo colgado en los cables de luz iba a pasar algo malo, pero había un puesto que en mi escuela había puesto las maestras y nos habían dicho si podíamos ir a ayudar. Entonces fui con mi papá (mi abuelito), entonces mi papá lo ve y dice "métete rápido" y me meto rápido y en eso que viene como un perro, lobo, malo… ¿si has visto Harry Potter, donde el maestro de Harry Potter se convierte en lobo? algo así pero más peludo en la cara, la cara un poco humana, más como… no le encontraba cara de lobo ni perro, era más como fusión, como… una hiena o zorro. Entonces nos viene persiguiendo y las maestras nos jalan para entrar y cierran la esa,

		entonces el lobo se va, la puerta tenía un hoyito por donde se veía, mi papá me carga para ver y ahí estaba el ese. Se fue, bueno no estaba ahí, no vimos nada, bueno, cerraron, el ese se fue, abrieron otra vez, nos fijamos si venía, volvimos a cerrar y que en eso tumba la puerta el ese, y que nos persigue, entra y tira las cajas y todo eso, y ahí acabó".
	Modificación conductual	Sesión 14 Héctor comentó en esta sesión que había empezado a dormir solo en su cama desde hace tres días. Mencionó que se sentía "cómodo, relajado, sin sueño". Sesión 17 Tomó una pelotita y quiso jugar fútbol. Durante unos minutos estuvimos en esta actividad, la cual le causó mucho disfrute y estuvo interesado en ganar pero en ningún momento hubo burlas hacia mi persona ni rompió las reglas del espacio. Sesión 19 El niño eligió jugar al UNO porque tenía mucho tiempo que no lo jugábamos. Héctor separó todos los comodines para que al momento de repartir las cartas también tuviéramos cantidades iguales de comodines. Repartió siete cartas "normales" y cuatro comodines a cada uno. Durante la primera ronda Héctor respetó adecuadamente las reglas que él mismo ponía y también cuidaba que yo hiciera caso de estas reglas. Hubo alto nivel de disfrute cuando sus estrategias salían de acuerdo a lo planeado y no mostraba molestias cuando tenía que comer cartas. Héctor ganó la primera ronda y lo felicité, reflejando que siempre estuvo siguiendo las reglas adecuadamente y no hizo ninguna trampa para ganar.
	Regulación emocional	Sesión 14 T: Cuando tienes esos sueños, ¿qué haces tú? H: Cuando tengo pesadillas, despierto a mi mamá y le pido que me abrace. T: ¿En caso de que tu mamá no estuviera, ¿qué podrías hacer tú?

		H: Dormirme con ella. Como nuestras camas están pegaditas, la despierto y le pido que me de su mano. Le propuse a Héctor que buscáramos soluciones que pudieran servir en caso de que su mamá no esté disponible: H: Dormirme, bueno, taparme. Porque las cobijas son anti-monstruos…. Es que de ahí ya no puedo hacer nada. No me puedo parar, irme a la cama de mi hermano, él me corre o se queja de que lo despierto. Entonces me quedo acá y vigilo a los lados. Le pregunté si ha intentado respirar para calmar su miedo. H: No, porque para respirar tengo que cerrar los ojos y justo ese es el problema. No quiero cerrar los ojos.

Fase final: *¿Notas algo diferente? Todo*

El análisis de la fase final se llevó a cabo con el contenido de las sesiones 38, 41, 42 y 48 del tratamiento. Durante esta etapa se observó que los cambios conductuales y de actitud de Héctor se generalizaron a los contextos escolar y familiar, manteniéndose estables durante varias semanas. Las actividades terapéuticas de la fase final tenían el objetivo de reconocer los cambios que Héctor había tenido desde que inició su proceso de terapia hasta este punto.

Es importante mencionar que, conforme se acercaba el día de la última sesión psicoterapéutica, Héctor empezó a presentar conductas similares a las del motivo de consulta, tales como el colecho. Esto sorprendió a la madre del niño ya que llevaba bastante tiempo durmiéndose solo. Sin embargo, se le explicó que podría tratarse de un fenómeno recurrente en los niños que finalizan un proceso de psicoterapia debido a que se resisten a dejar el espacio y en un intento por mantenerlo, recurren de forma inconsciente a mostrar conductas similares a las del motivo de consulta

Gráfica 3

Frecuencia de códigos durante la fase final del tratamiento

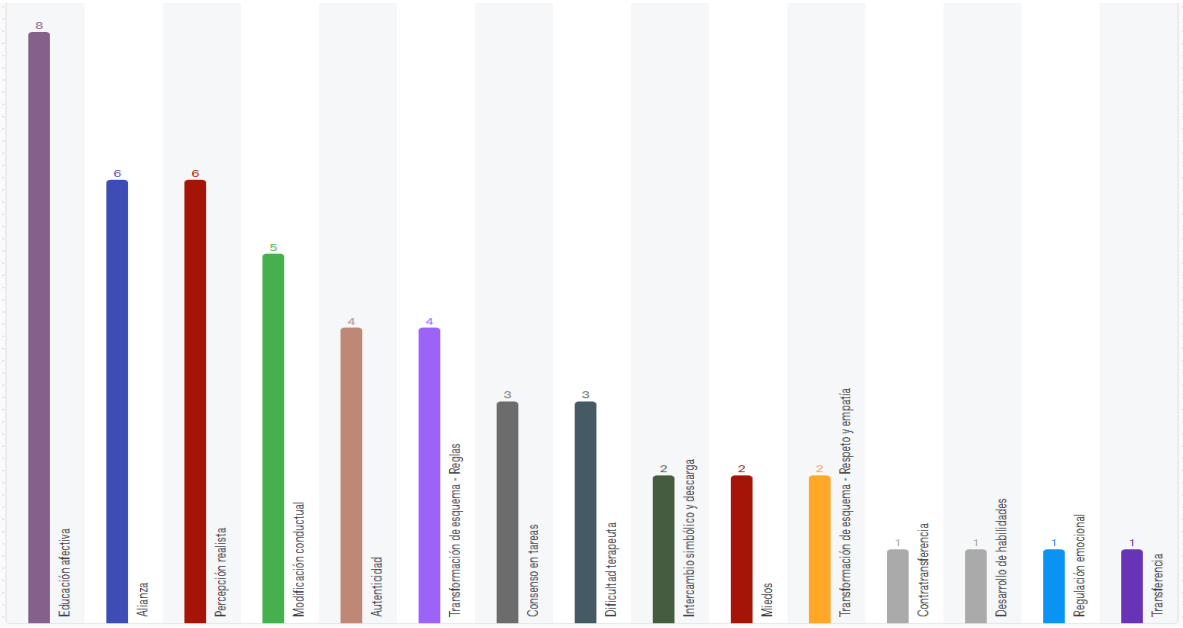


Tabla 9

Análisis de la fase final

Grupo de código	Código	Cita
Relación real	Autenticidad	Sesión 41 Héctor volvió a hacer otro truco de magia para que viera cómo desaparece un plumón. T: ¿Dónde aprendiste tus trucos de magia? H: En magia. Siguió con los trucos y ambos nos reímos mientras yo me mostraba sorprendida por lo que el niño estaba haciendo. Sesión 42 H: ¿Quieres un sandwichito? Héctor jugó a que me regalaba su sándwich. Le causó mucha risa que estuviera aplastado de una parte. T: ¿A ti te gusta compartir? H: No… bueno, a veces. Por ejemplo, este sandwichito te lo invito… No es cierto. Después, Héctor le dio una mordida a su sándwich y lo guardó. Mientras jugábamos dominó, le pregunté al niño: T: Oye, Héctor, ¿esta ficha sí es del mismo color? H: Sí, ésta es color verde caca de perro. Ambos nos reímos por el comentario espontáneo de Héctor.
	Percepción realista	Sesión 38 T: Mira, estos son los dibujos que realizaste cuando nos empezábamos a conocer, y este es el dibujo que hiciste ahora. Observa las diferencias. ¿Qué habrá pasado? H: Cambié. T: ¿Qué fue lo que cambiaste? H: Todo.

		T: Este es un dibujo, en el que también te pedí que dibujaras cómo te imaginas las reglas y los límites. ¿Recuerdas qué dibujaste aquí? Este dibujo es de hace más o menos un año, y este es el de ahorita. ¿Notas algo diferente? H: Todo T: ¿Habrá algo parecido? H: No… bueno, estoy yo en los dos dibujos. T: ¿Sabes qué noto yo de parecido? En los dos dibujos, parece que para ti, las reglas son algo a enfrentar. En el primer dibujo, me habías platicado que el reto era atravesar varios caminos peligrosos para poder llegar al bote de basura y sacarle punta a tu lápiz. Y ahora para ti, las reglas son estos seres que golpean, patean y te debes defender de ellos. Sesión 42 T: Veo que también sientes el miedo en los ojos ¿Algunas cosas que ves te dan miedo? T: ¿Será que a veces el enojo y la tristeza se juntan? H: Quién sabe… ahora voy a hacer otro truco de magia.
	Dificultad del terapeuta	Sesión 41 T: Tengo planeado algo, no son preguntas, no son dibujos. ¿Quieres saber qué es? Tengo dos opciones, en una ocuparemos el material que está aquí para hablar sobre las emociones de nuestro cuerpo. H: ¡No! T: Espera, tengo otra opción. La otra actividad sería leer un cuento muy pequeño, que habla sobre un tema muy especial. ¿Qué eliges? H: Ninguna de las dos. T: Héctor, hasta ahora no me has dicho qué te pone triste… H: No, no, no. Yo paso… entonces seguimos con el amor. T: Ok, me parece que no quieres hablar de la tristeza.

Alianza de trabajo	Alianza	Sesión 41 T: ¿Alguna vez te has enamorado? H: Sí T: ¿En serio? H: ¿Por qué te sorprendes? T: Porque nunca me habías hablado de eso. H: Ay, ¿ves? Ya te había dicho que era privado y me sacas la información. Sesión 42 Héctor se agachó para levantar una ficha pero sin querer se pegó con una colchoneta que estaba en la pared. Esto le causó mucha risa y se mantuvo riendo hasta el final de la sesión. Empezó a hablar en un "idioma" que yo no entendía, lo cual le reflejé. H: Me dio harta risa lo que te dije. T: ¿Cómo dijiste que tenía que buscarlo (en Internet)? H: "Di cocodrilo". Así lo buscas, y ya para la próxima te ríes conmigo.
	Consenso en tareas	Sesión 38 T: ¿Qué prefieres, dibujar o responder preguntas? H: Ninguna Se le mencionó a Héctor que debía elegir una de esas dos opciones. "No quiero hacer nada". El niño hablaba con un tono de voz que reflejaba desgano porque se observaba cansado. Le expliqué la finalidad de la actividad "necesito saber cómo vamos; sé que no te gusta responder preguntas, por eso te propongo hacer un dibujo. ¿Qué te parece si usamos cinco minutos para hacer la actividad y el resto del tiempo jugamos? Héctor accedió, pero decidió hacer el dibujo mientras estaba acostado en la colchoneta debido a que le dolía la espalda y no iba a aguantar estar tanto tiempo sentado. Sesión 39 T: ¿Qué prefieres hacer?

		H: Jugar T: Si hacemos la actividad, el tiempo que nos quede libre podemos jugar, ya sabes. H: El cuento… no, mejor elijo la cartulina, ¿es más corto, no? T: Nos vamos a tardar el mismo tiempo en los dos, elige la que más te guste hacer. El niño eligió realizar la actividad de identificación de emociones MATEA.
Transferencia-Contratransferencia	Transferencia	Sesión 41 T: Nos quedan cinco minutos de la sesión H: ¿Ya casi nos vamos? Qué mala T: ¿No quieres irte? H: No Héctor se distrajo poniéndole una "capa" a un plumón para que ahora sea un plumón mago. Me hizo algunos trucos de magia en los que desaparecía el plumón, poniéndolo en la manga de su chamarra. H: ¿Quieres ver en verdad magia? Pásame el plumón. H: ¿Quieres ver magia? Héctor quiso desaparecer un pañuelo. Lo observé con atención mientras hacía sus trucos de magia. H: Dime una letra del abecedario, la que sea. Héctor recitó el abecedario desde la A a la Z en lo que ocultaba el pañuelo. Volvió a recitar, ahora desde la A hasta la M, para reaparecer el pañuelo.
	Contratransferencia	Sesión 41 Héctor se reía escandalosamente de algo que no lograba comprender.

		H: Te estoy diciendo algo y no te ríes… T: Porque me estás hablando en otro idioma y no te entiendo… Héctor hacía sonidos similares a los de algún animal y se reía mientras lo hacía. T: ¿Qué es ese idioma? No te entiendo… *(Mis reacciones emocionales al no lograr comprender al niño fueron de frustración y molestia debido a que no lograba distinguir si era una burla hacia mi persona, o bien era otro elemento importante para el desarrollo de la psicoterapia. No obstante, se observa un cambio importante en mi reacción hacia el niño, ya que mientras fui sincera con él y le mencioné mi falta de entendimiento, permití la libre expresión del comportamiento y pude comprender que no era algo personal hacia mi)*
Indicadores de cambio	Transformación de esquema – Reglas	Sesión 38 Héctor comenzó a hacer su dibujo relacionado con los límites. H: Esta es la regla. T: ¿Qué nombre le pondrías? H: Juan. T: Platícame más de Juan. H: La regla y yo (señalando su dibujo). T: ¿Por qué tú estás acá? H: Porque me dio una patada, para que dejara de correr. T: ¿Cuando no cumples con una regla, la regla te patea? H: Cuando yo corro me regañan, y la regla hace eso. Cuando me regañan, ¡pum! T: ¿Tú crees que las reglas sirvan de algo? H: Sí, una vez un niño se cayó de las escaleras por andar corriendo. Es que fue como, una pelota que fue cayendo, y no me reí porque no… pero se cayó. T: ¿Para eso sirven las reglas, para que no nos pase lo mismo que a ese niño? H: Sí.

	Transformación de esquema – Respeto y empatía	Sesión 42 Ambos nos ayudábamos mutuamente cuando no teníamos fichas para continuar. H: Te ayudé a tí y me perdí a mí Héctor se dio cuenta que por ayudarme se había quedado sin fichas para tirar. T: Acuérdate que puedes poner tu trenecito para que alguien te ayude. Le dije a Héctor que lo colocara para que yo pudiera apoyarlo. Tras unos turnos me volvió a apoyar. H: Te voy a ayudar, te voy a ayudar. Sesión 48 T: ¿Qué juegos tienes en Xbox? H: Fall Guys… no me acuerdo de otros. T: Sí lo he jugado, pero no le entendí mucho… llegué en último lugar H: Es que ese no lo he jugado, pero el que sí he jugado, se organiza así… 16 en una ronda, el primero ya llegó acá, y tú estás aquí, se forman grupos de tres, tres y tres… Héctor me explicó a detalle la forma de jugar para que yo comprendiera mejor la modalidad de ese videojuego.
	Intercambio simbólico y descarga	Sesión 48 Héctor moldeó al muñeco de tal forma que su cabeza quedara oculta. T: ¿Y su cabeza? H: Está muerto T: ¿Qué le pasó? H: Se murió. Lo empujaron tanto al pastel que … su cabeza quedó así Héctor hizo un hueco en la arena para poder enterrar el monstruo, con ayuda de la regla para que fuese más rápido. H: Hemos decidido, enterrar al supuesto sujeto… ¡húndete!

		Enterró el monstruo totalmente, incluyendo sus ojos “para que no pudiera sentir” H: ¿Recuerdas la bola que le salió hace rato? Era su cerebro T: Entonces su cerebro se fue hasta abajo H: Sí, ya no tiene cerebro, entonces ya no tiene sensibilidad T: ¿La sensibilidad está en el cerebro? H: Sí
	Educación afectiva	Sesión 38 T: ¿Cómo te sientes cuando te regañan? H: Bien… no, me siento triste. Sesión 41 T: ¿En qué parte del cuerpo, tú sientes la felicidad? Por ejemplo, ahorita que te dio risa cómo me iba a caer, ¿en qué parte lo sentiste? Héctor coloreó los ojos, la cabeza y la boca. T: ¿La felicidad la sientes en los ojos? H: Sí, cuando veo las cosas. T: ¿Qué cosas te hacen feliz? H: Casi todo… T: Por ejemplo… ¿La escuela te hace feliz? H: Sí T: ¿Tu familia te hace feliz? H: Sí T: ¿En qué otra parte del cuerpo sientes la felicidad? Héctor coloreó uno de los pies. T: ¿También la felicidad la sientes en los pies? H: Sí, ¿te digo por qué? Mi dedo chiquito parece un Among Us.

	Expresión del miedo	Sesión 41 T: ¿Hay algo ahorita que te de mucho miedo? H: No, bueno… sí. Estar solo. T: ¿Qué es lo que te da miedo de estar solo? H: Pues todo. T: ¿Sientes que algo te puede pasar? H: Sí T: ¿Como qué? H: No sé, que me pase algo malo… T: ¿Recuerdas alguna vez que te hayan dejado solo, y sentiste mucho miedo? H: Ajá, antes, yo practicaba taekwondo, y un día llegó cuando te daban la cinta, y pues yo me quedé dormido, y no me llevaron porque cuando yo me desperté no había nadie. T: ¿Se habían ido todos? H: Sí, no había nadie. Ni la mínima persona. T: ¿A dónde se fueron? H: A recoger la cinta T: ¿Y cómo le hicieron para ir a recogerla si tú no ibas? H: Se la dieron a mi mamá T: ¿Cuántos años tenías cuando eso pasó? H: No sé, siete u ocho.
	Modificación conductual	Sesión 38 T: Por ejemplo, si te llegaran a regañar en tu casa, ¿por qué te regañarían? H: No, ya no me regañan T: ¿Cómo te ha ido en la escuela? H: Bien, no me han regañado. Héctor interrumpió de forma abrupta lo que le comenté respecto a sus dibujos para que jugáramos ajedrez el resto de la sesión. Me recordó algunas de las reglas que me enseñó

		la sesión pasada y me ayudó cuando yo no sabía cómo mover alguna pieza. Ambos disfrutamos el juego, Héctor hacía algunos chistes o comentarios ocurrentes pero que no resultaban ofensivos. Además, seguía las reglas del juego adecuadamente y me daba alternativas para mover mis piezas.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo un análisis cualitativo de la relación terapéutica a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico enfocado a la disminución de conducta desafiante en un niño de edad escolar.

Tras llevar a cabo la selección de fragmentos que ilustran las categorías de análisis, se identifican cambios importantes en las formas de interacción entre la terapeuta y el consultante a lo largo de las tres fases en las que se divide el tratamiento. Esto coincide con lo reportado en la literatura, respecto a que la relación terapéutica no es algo que se mantenga igual con el paso del tiempo (Gelso, 2014). A continuación, se describirán las características de las tres fases del tratamiento y su relación con investigaciones previas.

Fase inicial

La fase inicial del tratamiento en este caso se caracterizó por una mayor frecuencia de actitud desafiante por parte del niño, y una consecuente dificultad de la terapeuta para saber abordarlas. Durante el juego se pudo observar que el paciente buscaba poner a prueba los límites del espacio terapéutico a través del rechazo hacia la terapeuta y el uso de trampas durante el juego, lo cual hacía que tanto él como la terapeuta cayeran en una lucha por el control de las sesiones. Es probable que lo anterior haya sido realizado por el niño de forma inconsciente con la finalidad de saber la reacción que tendría la terapeuta y si esta sería parecida de algún modo a lo que vive en el entorno familiar; de forma similar, las reacciones de la terapeuta pueden deberse a la ansiedad por mantener el control de la situación y a la manera en la que buscaba lidiar con el rechazo por parte del niño. Se han reportado situaciones similares en casos de conducta desafiante durante las etapas iniciales de la terapia de juego centrada en el niño, en las que el terapeuta y el consultante suelen tener dificultades asociadas al rechazo, así como luchas de poder ocasionadas por infracciones menores

y sentimientos de frustración para ambos (Muir, 2020). Esto puede significar un obstáculo para el logro de los objetivos en la terapia, es por ello que la reflexión y la supervisión del terapeuta es un recurso fundamental, ya que de esa manera se logran esclarecer las dinámicas subyacentes, identificar posibles contratransferencias y ajustar las estrategias terapéuticas para fomentar una alianza más sólida y colaborativa (Mullen et al., 2007). La supervisión también permite al terapeuta mantener una postura empática y congruente, lo que es esencial para manejar las resistencias y facilitar el progreso del consultante en el proceso terapéutico (Donald et al., 2015).

A pesar de las dificultades mencionadas, se logran identificar momentos en los que el consultante y la terapeuta logran interactuar de forma armoniosa, gracias a la autenticidad por parte de ambos y la percepción realista que demostraba la terapeuta sobre los sentimientos y actitudes del niño; es decir, en lugar de intentar modificar de forma inmediata los pensamientos y conductas, resultó más útil mostrar curiosidad sobre sus emociones y ser receptivo a la crítica, con la finalidad de que el niño gradualmente comenzara a hablar sobre lo que sentía en lugar de actuarlo como un impulso. Esto constituye un promotor importante de la alianza y el cambio terapéutico (Muir, 2020), debido a que de esta manera el niño logra experimentar un trato diferente al rechazo que suele recibir de los adultos a su alrededor. Además, disminuyen los sentimientos de vergüenza asociados a compartir emociones displacenteras debido a que el espacio terapéutico representa un espacio en el que puede expresarse de forma libre a través de diferentes medios (juegos, creaciones artísticas, historias, entre otros).

La construcción de la alianza terapéutica fue gradual, debido a que en un inicio fue complicado que ambos hicieran un trabajo en conjunto, derivado de la lucha de poder que se presentaba en las interacciones. Sin embargo, a través de la paciencia, la empatía y la consistencia por parte de la terapeuta, se logró crear un espacio seguro donde el niño pudo sentirse escuchado y

comprendido, lo que permitió que la alianza terapéutica se fortaleciera con el tiempo. Este proceso gradual fue fundamental para que el niño comenzara a confiar en la terapeuta y a participar activamente en el proceso terapéutico.

Fase intermedia

El indicador encontrado con mayor frecuencia en el análisis de la fase intermedia fue la autenticidad. Lo anterior se relaciona con la importancia de que el terapeuta haga uso de sí mismo como un agente activo de las sesiones; de acuerdo con Le Vay y Cuschieri (2016), el uso del self en psicoterapia va más allá de que el terapeuta sea consciente de su importancia como "herramienta terapéutica" (p. 3), debe además reconocer que su mera presencia permea y se expande a través de la relación terapéutica, siendo consciente de que la forma en la que entabla la comunicación, tanto verbal como no verbal, tendrán una influencia en esta relación. Del mismo modo, las experiencias de los niños pueden tener un impacto emocional en él, y debe contar con recursos para lidiar con las emociones displacenteras que puedan surgir. Un uso del self adecuado permite que el terapeuta comunique de forma exitosa las condiciones necesarias para el cambio propuestas por Rogers (1965): empatía, congruencia y aceptación incondicional.

Es evidente que el uso del self no suele ser fácil o cómodo en todos los casos. En ocasiones, los terapeutas pueden sentirse desafiados por niños que ponen a prueba los límites de la terapia; además, algunos consultantes pueden llegar a provocar sentimientos desagradables (Le Vay & Cuschieri, 2016). Lo anterior puede comprometer la autenticidad expresada a lo largo de las sesiones debido a que el terapeuta debe ser capaz de mostrar de forma honesta las emociones que experimenta, cuidando que su discurso y conducta no verbal sean congruentes (Gelso, 2014).

Otro aspecto relevante de la fase intermedia fue la disminución considerable de conductas desafiantes dentro de las sesiones. Este cambio puede explicarse por el hecho de que la terapeuta

y el niño lograron entablar una relación y alianza sólidas tras la fase inicial, lo cual les permitió tener un trato más genuino y colaborar de forma recíproca en la psicoterapia (Lavik et al., 2022). De esta manera, el niño fue capaz de expresar sus emociones -específicamente el miedo-, por medio de la palabra y del juego, en un entorno en el que lograba sentirse escuchado y validado (Schaefer & Drewes, 2014).

Si bien la aceptación incondicional fue un elemento clave para el avance en torno a las metas terapéuticas, otro elemento fundamental para que el niño modificara gradualmente el esquema que tenía de las reglas fue el establecimiento terapéutico de los límites. De acuerdo con Landreth (2002), establecer límites en un contexto de terapia de juego puede resultar complicado debido a que debe existir un equilibrio entre la aceptación hacia el niño y la protección de sí mismo, del terapeuta y del material utilizado para llevar a cabo las sesiones. Es por ello que el terapeuta debe ser capaz de distinguir entre el comportamiento destructivo que tiene una carga simbólica, reconocer el deseo del niño por llevar a cabo acciones destructivas y, además, identificar su propio nivel de comodidad respecto a los comportamientos de esta naturaleza (Cochran et al., 2023).

Los límites en el espacio terapéutico permiten que el niño adquiera sentido de responsabilidad, autocontrol, y le proporciona una sensación de seguridad tanto física como emocional. Si la relación terapéutica en la psicoterapia infantil fuese totalmente permisiva, no existiría la predictibilidad que le permite a los niños sentirse seguros, valorados o aceptados (Kottman & Ashby, 2024; Landreth, 2002). En el caso presentado, a lo largo de las sesiones el niño logró experimentar límites consistentes que resguardaban su integridad y que le permitieron sentirse responsable de sus propias acciones. Esta nueva forma de experimentar los límites y las reglas permitió que el niño asimilara que, si bien los límites pueden llegar a provocar frustración,

resultan indispensables para una convivencia armoniosa y para resguardar la integridad de las personas.

Fase final

Durante la fase final, el indicador presentado con mayor frecuencia fue la educación afectiva, seguida de la alianza y la percepción realista. La educación afectiva como indicador de cambio resulta indispensable para corroborar que el niño había mostrado un avance en el proceso terapéutico, pero además deja ver que en la relación terapéutica ya existían elementos que permitían la reflexión y la disposición del consultante a expresarse de forma libre dentro del espacio. Por otra parte, la alianza entendida como relación de confianza construida entre la terapeuta y el niño funcionó como un vínculo seguro que le permitió al consultante explorar sus emociones y comportamientos sin miedo al rechazo o al castigo (Cochran et al., 2023). Este vínculo facilitó la desaparición de las conductas desafiantes dentro del espacio terapéutico y, además, permitió que el niño concibiera los límites y normas de una forma diferente a la que estaba acostumbrado.

Durante esta fase, las verbalizaciones del niño permitieron observar que reflejaba a través del juego las situaciones que eran parte de su malestar; por ejemplo, al mencionar “te ayudé a ti y me perdí a mi”, refleja que en ocasiones puede abandonar sus propias necesidades con tal de intentar cubrir las necesidades de sus seres queridos, lo cual puede desencadenar parte de su enojo que a su vez lo expresa a través de conductas disruptivas.

Se ha reportado que, durante las etapas finales del tratamiento psicológico en niños con conductas desafiantes, estos últimos tienden a manifestar una mayor comprensión y regulación de sus emociones, lo cual es un reflejo directo del trabajo realizado en la educación afectiva (Núñez et al., 2022). Este proceso no solo implica que el niño aprenda a identificar y nombrar sus emociones, sino también a gestionarlas de manera adecuada, lo que reduce la frecuencia e

intensidad de las conductas desafiantes. La alianza terapéutica, por su parte, juega un papel crucial en este avance, ya que proporciona un contexto de seguridad emocional donde el niño se siente aceptado y comprendido, lo que a su vez refuerza su disposición a colaborar y a participar activamente en el proceso terapéutico.

La percepción realista, otro indicador clave, se refiere a la capacidad de los participantes de la psicoterapia para percibirse tanto a sí mismos como al otro, de tal forma que contribuya al desarrollo de la psicoterapia. En la fase final del tratamiento, la terapeuta y el consultante han logrado encontrar un equilibrio que permita comprender los comportamientos del otro no como un desafío, sino como una forma de comunicación que permite construir una relación sólida. Los beneficios de esta característica de la relación no solo se limitan al ámbito terapéutico, sino que también se extiende a otros contextos de la vida del niño, en los que logra comprender que puede relacionarse de maneras diferentes con las personas que lo rodean (Schaefer & Drewes, 2014).

Es importante destacar que la relación terapéutica en estos casos no solo beneficia al niño, sino que también tiene un impacto positivo en su entorno. Los padres y cuidadores, al observar los cambios en el comportamiento del niño, suelen experimentar una reducción en sus niveles de estrés y una mayor sensación de competencia parental (Cooley et al., 2014; Ray, 2008). Esto, a su vez, puede mejorar la dinámica familiar y crear un círculo virtuoso donde el apoyo y la comprensión mutua refuerzan los avances terapéuticos.

Además, el rol de la terapeuta resultó fundamental en la consolidación de estos logros. Su capacidad para mantener una actitud empática, consistente y no punitiva es esencial para que el niño internalice las normas y límites de manera positiva (Chethik, 2001; Landreth, 2002, 2012). La terapeuta también debe ser hábil en la identificación de los momentos clave en los que el niño está

listo para dar un paso adelante en su proceso de cambio, lo que requiere una gran sensibilidad y conocimiento de las etapas del desarrollo emocional y cognitivo (Linville et al., 2024).

Recomendaciones para la práctica clínica

La atención a niños que presentan conductas desafiantes representa una oportunidad clínica valiosa que requiere de una alta sensibilidad y reflexión constante. Con base en el análisis realizado, se presentan a continuación una serie de recomendaciones dirigidas a terapeutas que enfrentan por primera vez este tipo de casos:

Construcción de una relación terapéutica sólida con el niño

- Priorizar el vínculo antes de intervenir directamente en la conducta. Resulta fundamental crear un espacio en el que el niño se sienta seguro, escuchado y comprendido, libre de etiquetas y señalamientos que vive cotidianamente en su entorno inmediato.
- Fomentar la libre expresión a través de medios apropiados para su edad (juego, dibujo, diálogo), evitando interpretaciones prematuras o juicios.
- Validar sus emociones y reconocer que muchas conductas desafiantes responden a intentos de comunicar necesidades no satisfechas o emociones no reguladas.

Manejo de límites y contención emocional

- Establecer límites claros, coherentes y respetuosos dentro del espacio terapéutico como una forma de brindar estructura y contención.
- Ser consistente en las intervenciones, sin caer en respuestas punitivas ni excesivamente permisivas.
- Reconocer los propios límites del terapeuta y atender al autocuidado emocional, evitando la sobreimplicación o la frustración acumulada.

Reflexión sobre la contratransferencia

- Observar con atención las emociones que el niño genera en el terapeuta, ya que pueden ser indicadores valiosos de las dinámicas vinculares de ambos.
- Reflexionar sobre la contratransferencia permite evitar respuestas impulsivas o de escaso valor clínico, y favorece una intervención más empática y ajustada.
- Contar con supervisión clínica y espacios de análisis personal, ya que son herramientas fundamentales durante este proceso.

Colaboración con los padres o cuidadores

- Establecer una relación de confianza y cooperación con los cuidadores del niño, evitando actitudes críticas o culpabilizadoras.
- Ofrecer psicoeducación sobre el desarrollo emocional infantil, la función de las conductas desafiantes y estrategias de acompañamiento en casa.
- Escuchar activamente a los cuidadores, reconociendo sus dificultades y esfuerzos, involucrándolos como agentes activos del proceso terapéutico.
- Acompañar a la familia en la implementación de cambios que favorezcan un entorno más contenedor, seguro y predecible para el niño.

Conclusiones

El presente análisis permite comprender algunas de las particularidades que rodean a la relación terapéutica establecida durante los casos de conducta desafiante. Esto contribuye a que los terapeutas que trabajan con esta población sean conscientes de las dinámicas que se presentan durante las diferentes etapas del tratamiento, y logren adquirir herramientas tanto a nivel teórico como práctico que les permitan ejercer un rol adecuado dentro de la psicoterapia. Otro alcance importante es la identificación de indicadores de cambio que se presentan en estos casos; si bien cada caso es único, es fundamental comprender la forma y el momento en el que los cambios empiezan a surgir dentro de la psicoterapia con la finalidad de ajustar las estrategias de intervención de manera oportuna y eficaz. De este modo, los terapeutas pueden optimizar el proceso terapéutico, favoreciendo el desarrollo de habilidades adaptativas en los consultantes a través de la relación que establecen con estos últimos.

A pesar de los alcances que la presente investigación consiguió, se identifican también algunas limitaciones que pueden ser consideradas para futuros trabajos. Una limitación importante fue la falta de inclusión de la relación terapéutica que se estableció con los familiares del menor, ya que como se reportó en los antecedentes teóricos, la relación terapéutica en la psicoterapia infantil está constituida por una triada conformada por el niño, sus cuidadores principales y el terapeuta. Se tomó la decisión de excluir este componente de la relación debido a que las sesiones con familiares se realizaron de forma muy esporádica debido a la falta de disponibilidad de tiempo de la cuidadora principal del menor; por lo tanto, el contenido para el análisis fue escaso. Con base en lo anterior, se sugiere que para futuras investigaciones se analice también la relación terapéutica establecida con la familia del consultante para conocer su evolución y sus posibles efectos en el tratamiento del niño.

Otra limitación se relaciona con las características propias del estudio de caso, ya que por tratarse del análisis de un solo proceso, los resultados deben ser considerados de forma cuidadosa para evitar una generalización incorrecta. Se espera que el presente trabajo sirva como punto de partida para el análisis de una mayor cantidad de casos y de esa manera se puedan identificar similitudes y diferencias entre los mismos.

Se concluye que la relación terapéutica es el elemento fundamental de toda psicoterapia, y que su mera presencia contribuye a que niñas, niños y adolescentes logren expresarse libremente en un entorno seguro, facilitando el desarrollo de un vínculo basado en la empatía, el respeto y la comprensión. La conexión entre el consultante y el terapeuta favorece la exploración de las emociones, los pensamientos y los comportamientos, permitiendo abordar las dificultades y, finalmente, promoviendo cambios que se reflejan en su bienestar psicológico y social.

Referencias

Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Hasfura-Buenaga, C., & Navarro-Luna, E. (2016). Consistencia interna y validez de criterio de la versión mexicana del Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL/1.5-5). *Revista Chilena de Pediatría, 87*(6), 455–462. https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.05.009

Amari, N. (2022). Trust, acceptance, and power: A person-centered client case study. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 21*(1), 16–30. https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2028662

Azeredo, A., Moreira, D., & Barbosa, F. (2018). ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. *Research in developmental disabilities, 82,* 10-19. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.12.010

American Psychiatric Association. (1985). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*.

American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.

Axline, V. M. (1975). *Terapia de juego*. Diana.

Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2013). *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. Guilford Press.

Barkley, R. A., & Robin, A. L. (2014). *Defiant teens: A clinician's manual for assessment and family intervention* (Second edition). The Guilford Press.

Bate, J., & Tsakas, A. (2022). Facilitative interpersonal skills are relevant in child therapy too, so why don't we measure them? *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *25*(1). https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.595

Baylis, P. J., Collins, D., & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *28*(2), 79–95. https://doi.org/10.1007/s10560-011-0224-2

Bellak, L., & Bellak, S. S. B. (1959). *Test de apercepción infantil con figuras animales*. Paidós.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, *32*(2), 155–163.

Bernal, M. E., Duryee, J. S., & Pruett, H. L. (1968). Behavior modification and the brat syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *32*(4), 447–455. https://doi.org/10.1037/h0026109

Bhatia, A., & Gelso, C. J. (2018). Therapists' perspective on the therapeutic relationship: Examining a tripartite model. *Counselling Psychology Quarterly*, *31*(3), 271–293. https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1302409

Blanco, P. J., Muro, J. H., & Stickley, V. K. (2014). Understanding the concept of genuineness in play therapy: Implications for the supervision and teaching of beginning play therapists. *International Journal of Play Therapy*, *23*(1), 44–54. https://doi.org/10.1037/a0035478

Bonovitz, C. (2009). Countertransference in child psychoanalytic psychotherapy: The emergence of the analyst's childhood. *Psychoanalytic Psychology*, *26*(3), 235–245. https://doi.org/10.1037/a0016445

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252–260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Bruch, H. (2021). The Role of the Parent in Psychotherapy with Children. *Psychiatry*, *84*(2), 110–116. https://doi.org/10.1080/00332747.2021.1924566

Burke, J. D., Evans, S. C., & Carlson, G. A. (2022). Debate: Oppositional defiant disorder is a real disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, *27*(3), 297–299. https://doi.org/10.1111/camh.12588

Burke, J. D., & Romano-Verthelyi, A. M. (2018). Oppositional defiant disorder. En *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* (pp. 21–52). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811323-3.00002-X

Burke, J. D., Rowe, R., & Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(3), 264–272. https://doi.org/10.1111/jcpp.12150

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, *55*(4), 384–398. https://doi.org/10.1037/pst0000173

Caraveo-Anduaga, J. J., & Martínez-Vélez, N. A. (2019). Salud mental infantil: Una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, *61*(4, jul-ago), 514. https://doi.org/10.21149/9727

Casey, S., Moss, S. A., & Wicks, J. (2020). Exploring the Accessibility of Child-Centered Play Therapy for Australian Muslim Children. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *51*(3–4), 241–259. https://doi.org/10.1177/0022022120913117

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., Boswell, J. F., & Kraus, D. R. (2010). The Therapeutic Alliance: Research and Theory. En *Handbook of Interpersonal Psychology* (pp. 509–518). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118001868.ch29

Chethik, M. (2001). The Play Relationship and the Therapeutic Alliance. En *Psychoanalytic Approaches to the Treatment of Children and Adolescents*. Routledge.

Cochran, N. H., Nordling, W. J., & Cochran, J. L. (2023). *Child-centered play therapy: A practical guide to developing therapeutic relationships with children* (2nd ed., pp. xx, 441). John Wiley & Sons Inc.

Cole, P. M., Ram, N., & English, M. S. (2019). Toward a Unifying Model of Self-regulation: A Developmental Approach. *Child Development Perspectives*, *13*(2), 91–96. https://doi.org/10.1111/cdep.12316

Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., & Epstein, J. N. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(4), 257–268. https://doi.org/10.1023/A:1022602400621

Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., & Mullis, A. K. (2014). Parent–Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal of Family Social Work*, *17*(3), 191–208. https://doi.org/10.1080/10522158.2014.888696

Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*.

Cornell, W. F. (2019). *Self-examination in psychoanalysis and psychotherapy: Countertransference and subjectivity in clinical practice*. Routledge.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed). SAGE Publications.

Dahl, A., & Baxley, C. P. (2020). Early Moral Development. En *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (pp. 495–503). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.06490-7

Deakin, E., Gastaud, M., & Nunes, M. L. T. (2012). Child psychotherapy dropout: An empirical research review. *Journal of Child Psychotherapy*, *38*(2), 199–209. https://doi.org/10.1080/0075417X.2012.684489

Demmer, D. H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J. A., & Lum, J. A. G. (2017). Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*(2), 313–325. https://doi.org/10.1007/s10802-016-0170-8

DeVet, K. A., Kim, Y. J., Charlot-Swilley, D., & Ireys, H. T. (2003). The Therapeutic Relationship in Child Therapy: Perspectives of Children and Mothers. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *32*(2), 277–283. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3202_13

DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—Adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, *5*(2), 85–100. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80002-3

DiLalla, L. F., Elam, K. K., & Smolen, A. (2009). Genetic and gene–environment interaction effects on preschoolers' social behaviors. *Developmental Psychobiology*, *51*(6), 451-464. https://doi.org/10.1002/dev.20384

Dimic, T., Farrell, A., Ahern, E., & Houghton, S. (2023). Young people's experience of the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(6), 1482–1511. https://doi.org/10.1002/cpp.2885

Dobson, K. S. (2022). Therapeutic Relationship. *Cognitive and Behavioral Practice*, *29*(3), 541–544. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.006

Donald, E. J., Culbreth, J. R., & Carter, A. W. (2015). Play therapy supervision: A review of the literature. *International Journal of Play Therapy*, *24*(2), 59–77. https://doi.org/10.1037/a0039104

Dose, C., Thöne, A.-K., Del Giudice, T., Görtz-Dorten, A., Faber, M., Benesch, C., Hautmann, C., Lindenschmidt, T., & Döpfner, M. (2023). Child-therapist and parent-therapist alliances and outcome in the treatment of children with oppositional defiant/conduct disorder. *Psychotherapy Research*, *33*(4), 468–481. https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2138791

Duppong Hurley, K., Van Ryzin, M. J., Lambert, M., & Stevens, A. L. (2015). Examining Change in Therapeutic Alliance to Predict Youth Mental Health Outcomes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *23*(2), 90–100. https://doi.org/10.1177/1063426614541700

Easterbrook, C. J., & Meehan, T. (2017). *The therapeutic relationship and Cognitive Behavioural Therapy: A case study of an adolescent girl with depression*. https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.2046

Edman, K., Gustafsson, A. W., & Cuadra, C. B. (2024). Facilitating children's in-session involvement in child and family therapies: A dynamic framework of clinical practices. *Psychotherapy*, *61*(1), 55–67. https://doi.org/10.1037/pst0000511

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, *55*(4), 508–519. https://doi.org/10.1037/pst0000185

Faramarzi, F. (2021). The Effectiveness Of Child-Centered Play Therapy In Aggression Of Children With Oppositional Defiant Disorder. *International Journal of Medical Investigation*, *10*(4), 83–93.

Fernández Sanz, S., Fernández Gonzalez, O., Krause Jacob, M., Fernández Sanz, S., Fernández Gonzalez, O., & Krause Jacob, M. (2021). Expectativas de niños y padres consultantes frente a la psicoterapia infantil. *CES Psicología*, *14*(2), 48–70. https://doi.org/10.21615/cesp.5355

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). Alliance in Adult Psychotherapy. En C. Flückiger, A. C. Del Re, B. E. Wampold, & A. O. Horvath, *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 24–78). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0002

Freud, S. (2008). *Obras completas. Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)—Tres ensayos de teoría sexual y otra obras (1901-1905) / Sigmund Freud* (2. Aufl. 15. nd). Amorrortu editores.

Friedlander, M. L., Escudero, V., Welmers-van De Poll, M. J., & Heatherington, L. (2018). Meta-analysis of the alliance–outcome relation in couple and family therapy. *Psychotherapy*, *55*(4), 356–371. https://doi.org/10.1037/pst0000161

Friedman, L. (1969). The therapeutic alliance. *The International Journal of Psychoanalysis*, *50*(2), 139–153.

Frost, N. (2021). *Qualitative Research Methods in Psychology: Combining Core Approaches 2e*. McGraw-Hill Education (UK).

Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(8), 983–991. https://doi.org/10.1002/jclp.1065

Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, *24*(2), 117–131. https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920

Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research*, *19*(3), 253–264. https://doi.org/10.1080/10503300802389242

Gelso, C. J., & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, *49*(3), 384–390. https://doi.org/10.1037/a0028802

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(3), 296–306. https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296

Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2019). The sister concepts of the working alliance and the real relationship: On their development, rupture, and repair. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *22*(2). https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.373

Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2022). Some directions for research and theory on countertransference. *Psychotherapy Research*, *32*(1), 46–51. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1968529

Gelso, C. J., & Samstag, L. W. (2008). A tripartite model of the therapeutic relationship. En *Handbook of counseling psychology, 4th ed* (pp. 267–283). John Wiley & Sons, Inc.

Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: Current insight. *Psychology Research and Behavior Management*, *10*(null), 353–367. https://doi.org/10.2147/PRBM.S120582

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2009). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge.

Gilpin, D. C., & Maltz, P. (1980). The oppositional personality in childhood. *Child Psychiatry & Human Development*, *11*(2), 79–86. https://doi.org/10.1007/BF00707925

Glazer, H. R., & Stein, D. S. (2010). Qualitative research and its role in play therapy research. *International Journal of Play Therapy*, *19*(1), 54–61. https://doi.org/10.1037/a0017933

Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A Review of Parent Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *18*(2), 133–150. https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x

Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Burke, J. D., & Fairchild, G. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *9*(1), 31. https://doi.org/10.1038/s41572-023-00441-6

Heimann, P. (1950). On countertransference. *Int. J. Psycho-Anal*, *31*, 81–84.

Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, *30*(4), 417–432. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366

Herres, J., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S., Creed, T. A., & Diamond, G. S. (2023). Combining attachment-based family therapy and cognitive behavioral therapy to improve outcomes for adolescents with anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1096291. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1096291

Heshmati, R., Esmailpour, K., Hajsaghati, R., & Barenji, F. A. (2023). The effect of child-centered play therapy (CCPT) on the symptoms of oppositional defiant disorder in preschool children. *International Journal of Play*, *12*(2), 193–205. https://doi.org/10.1080/21594937.2023.2209240

Hill, E. M., An, M., Kivlighan, D. M., & Gelso, C. J. (2024). A tripartite model of the psychotherapy relationship: Interrelations among its components and their unfolding across sessions. *Psychotherapy*, *61*(2), 151–160. https://doi.org/10.1037/pst0000521

Hood, B. S., Elrod, M. G., & DeWine, D. B. (2015). Treatment of Childhood Oppositional Defiant Disorder. *Current Treatment Options in Pediatrics*, *1*(2), 155–167. https://doi.org/10.1007/s40746-015-0015-7

Janin, B. (2019). *El sufrimiento psíquico en los niños: Psicopatología infantil y constitución subjetiva* (1ª edición, Vol. 24). Noveduc.

Jenkins, R. L., & Glickman, S. (1946). Common syndromes in child psychiatry: I. Deviant behavior traits. *American Journal of Orthopsychiatry*, *16*(2), 244–254. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1946.tb05378.x

Jongsma, A. E., Peterson, L. M., McInnis, W. P., & Bruce, T. J. (2023). *The Child Psychotherapy Treatment Planner*. John Wiley & Sons.

Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 50–65. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001

Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, *55*(4), 341–355. https://doi.org/10.1037/pst0000176

Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2019). Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. En M. S. Karver, A. S. De Nadai, M. Monahan, & S. R. Shirk, *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 79–116). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0003

Kline, K. V., Hill, C. E., Lu, Y., & Gelso, C. J. (2023). Transference and client attachment to therapist in psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, *60*(4), 467–476. https://doi.org/10.1037/pst0000492

Klitzing, K. V. (2011). Rivals or partners? The role of parents in psychoanalytical work with children. En *Technique in Child and Adolescent Analysis*. Routledge.

Kottman, T., & Ashby, J. S. (2024). *Play Therapy: Basics and Beyond*. John Wiley & Sons.

Koyama, E., Kant, T., Takata, A., Kennedy, J. L., & Zai, C. C. (2024). Genetics of child aggression, a systematic review. *Translational psychiatry*, *14*(1), 252. https://doi.org/10.1038/s41398-024-02870-7

Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, *33*(6), 529–535. https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.6.529

Landreth, G. L. (2012). *Play therapy* (3rd ed). Routledge.

Landy, S., & Bradley, S. J. (2014). *Children with multiple mental health challenges: An integrated approach to intervention*. Springer Publishing Company.

Laplanche, J., Lagache, D., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

Lavik, K. O., McAleavey, A. A., Kvendseth, E. K., & Moltu, C. (2022). Relationship and Alliance Formation Processes in Psychotherapy: A Dual-Perspective Qualitative Study. *Frontiers in Psychology*, *13*, 915932. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.915932

Le Vay, D., & Cuschieri, E. (2016). *Challenges in the Theory and Practice of Play Therapy*. Taylor and Francis.

Leadbeater, B. J., Merrin, G. J., Contreras, A., & Ames, M. E. (2023). Trajectories of oppositional defiant disorder severity from adolescence to young adulthood and substance use, mental health, and behavioral problems. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*(4), 224–235.

Levine, L. E., & Munsch, J. (2018). *Child development: An active learning approach* (Third edition). SAGE.

Lin, X., He, T., Heath, M., Chi, P., & Hinshaw, S. (2022). A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(17), 10866. https://doi.org/10.3390/ijerph191710866

Linville, D., Ruff, S., Morgan, K., & Zilberstein, K. (2024). Skills and knowledge therapists need to work with foster youth and families: According to key stakeholders in child welfare. *Journal of Marital and Family Therapy*, *50*(4), 953–974. https://doi.org/10.1111/jmft.12727

Lucio, E., Durán, C., Romero, E., & Heredia, M. C. (2019). *Batería de Evaluación Infantil BEI*. Manual Moderno.

Malti, T., & Dys, S. P. (2018). From being nice to being kind: Development of prosocial behaviors. *Current Opinion in Psychology*, *20*, 45–49. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.036

Marmarosh, C. L. (2012). Empirically supported perspectives on transference. *Psychotherapy*, *49*(3), 364–369. https://doi.org/10.1037/a0028801

Maroda, K. J. (2021). *The analyst's vulnerability: Impact on theory and practice*. Routledge.

Matos, M., & Dimaggio, G. (2023). The interplay between therapeutic relationship and therapeutic technique: "It takes two to tango". *Journal of Clinical Psychology*, *79*(7), 1609–1614. https://doi.org/10.1002/jclp.23500

Maxwell, J. A. (2021). Why qualitative methods are necessary for generalization. *Qualitative Psychology*, *8*(1), 111–118. https://doi.org/10.1037/qup0000173

McCabe, K. M., Yeh, M., & Zerr, A. A. (2020). Personalizing Behavioral Parent Training Interventions to Improve Treatment Engagement and Outcomes for Culturally Diverse

Families. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 13*, 41–53. https://doi.org/10.2147/PRBM.S230005

McCarthy, J. B. (1989). Resistance and countertransference in child and adolescent psychotherapy. *The American Journal of Psychoanalysis*, *49*(1), 67–76. https://doi.org/10.1007/BF01248397

McGillivray, L., Rheinberger, D., Wang, J., Burnett, A., & Torok, M. (2022). Non-disclosing youth: A cross sectional study to understand why young people do not disclose suicidal thoughts to their mental health professional. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 3. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03636-x

McKinney, C., & Renk, K. (2007). Emerging research and theory in the etiology of oppositional defiant disorder: Current concerns and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *3*(3), 349–371. https://doi.org/10.1037/h0100811

McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. SAGE Publications Ltd. https://www.torrossa.com/en/resources/an/4913041

Medina Vera, R. E. (2023). *Estrategias de intervención psicológica en niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante: Una revisión sistemática* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/113037/Medina_VRE-SD.pdf?sequence=1

Meehan, K. B. (2019). An Empirical Perspective on the Transference in Psychotherapy: Commentary on Kernberg. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *67*(6), 987–997. https://doi.org/10.1177/0003065119899326

Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, *11*(1), 1–4. https://doi.org/10.1023/A:1026619423048

Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis1: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy*, *30*(1), 89–111. https://doi.org/10.1080/0075417042000205814

Monsalve Robayo, A., Mora Caro, L. F., Ramírez López, L. C., Rozo Hernández, V., & Rojas Puerto, D. M. (2017). Intervention Strategies Used in the Treatment of Children with Oppositional Defiant Disorder, a Review of Literature. *Revista Ciencias de la Salud*, *15*(1), 105–127. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384

Moorey, S. (2014). "Is it Them or is it Me?" Transference and Countertransference in CBT. En A. Whittington & N. Grey (Eds.), *How to Become a More Effective CBT Therapist* (1a ed., pp. 132–145). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781394266487.ch9

Morshed, N., Babamiri, M., Zemestani, M., & Alipour, N. (2019). A Comparative Study on the Effectiveness of Individual and Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Disorder among Children. *Korean Journal of Family Medicine*, *40*(6), 368–372. https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0045

Muir, A. (2020). Humanistic and Psychoanalytic Play Therapy: A Child With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. En C. Knight & K. Wheeler (Eds.), *Case Study Approach to Psychotherapy for Advanced Practice Psychiatric Nurses* (1a ed.). Springer Publishing Company. https://doi.org/10.1891/9780826195043.0005

Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, *4*(12), 953–962. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1

Mullen, J. A., Luke, M., & Drewes, A. A. (2007). Supervision can be playful, too: Play therapy techniques that enhance supervision. *International Journal of Play Therapy*, *16*(1), 69–85. https://doi.org/10.1037/1555-6824.16.1.69

Muntigl, P., & Scarvaglieri, C. (2023). Discursive angles on the relationship in psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1198039. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1198039

Narges, N. (2017). *Effectiveness Of Individual Play Therapy On Oppositional-Defiant Disorder Symptoms Among Children*. 7–14. https://doi.org/10.15405/epsbs.2017.05.2

Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent Management of Attendance and Adherence in Child and Adolescent Therapy: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *8*(2), 149–166. https://doi.org/10.1007/s10567-005-4753-0

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of Psychotherapy Integration* (3a ed.). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.001.0001

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work* (Third edition). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(11), 1889–1906. https://doi.org/10.1002/jclp.22678

Núñez, L., Capella, C., Midgley, N., & Krause, M. (2022). The therapeutic relationship as a change mechanism in child psychotherapy: A qualitative study of children, parents', and therapists' views in different moments of the process. *Studies in Psychology*, *43*(3), 666–687. https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2127233

Organización Mundial de la Salud. (2022). *CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, Onceava Edición*. World Health Organization.

Palos, P. A., Betancourt Ocampo, D., & Vallejo Casarín, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, *9*(9), 37–44.

Panahian-Amiri, S., Akbar-Nataj, K., & Fakhri, M.-K. (2021). The Effectiveness of Play Therapy on Extraverted Problems among Children with Oppositional Defiant Disorder. *Community Health*, *8*(4), 43–54. https://doi.org/10.22037/ch.v8i4.31330

Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. En J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention.* (pp. 25–44). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10468-002

Pederson, C. A., & Fite, P. J. (2014). The Impact of Parenting on the Associations Between Child Aggression Subtypes and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*(6), 728–735. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0441-y

Portugal Fernández, R., & Araúxo Vilar, A. (2004). El modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender los trastornos de conducta. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, *4*(1), 54–64.

Potter, N. N. (2014). Oppositional Defiant Disorder: Cultural Factors That Influence Interpretations of Defiant Behavior and Their Social and Scientific Consequences. En H. Kincaid & J. A. Sullivan (Eds.), *Classifying Psychopathology* (pp. 175–194). The MIT Press. https://doi.org/10.7551/mitpress/8942.003.0010

Potter, N. N. (2016). *The virtue of defiance and psychiatric engagement*. Oxford University Press.

Prout, T. A., Chacko, A., Spigelman, A., Aizin, S., Burger, M., Chowdhury, T., Ramakrishnan, A., Peralta, S., Vardanian, M. M., Rice, T. R., & Hoffman, L. (2018). Bridging the Divide

Between Psychodynamic and Behavioral Approaches for Children with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, *17*(4), 364–377. https://doi.org/10.1080/15289168.2018.1519755

Ransley, R., Sleed, M., Baradon, T., & Fonagy, P. (2019). "What support would you find helpful?" The relationship between treatment expectations, therapeutic engagement, and clinical outcomes in parent–infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, *40*(4), 557–572. https://doi.org/10.1002/imhj.21787

Rasic, D. (2010). Countertransference in Child and Adolescent Psychiatry-A Forgotten Concept? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *19*(4), 249–254.

Ray, D. C. (2008). Impact of play therapy on parent–child relationship stress at a mental health training setting. *British Journal of Guidance & Counselling*, *36*(2), 165–187. https://doi.org/10.1080/03069880801926434

Robson, D. A., Allen, M. S., & Howard, S. J. (2020). Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *146*(4), 324–354. https://doi.org/10.1037/bul0000227

Roest, J. J., Welmers - Van de Poll, M. J., Peer Van der Helm, G. H., Stams, G. J. J. M., & Hoeve, M. (2023). A Three-level Meta-analysis on the Alliance-Outcome Association in Child and Adolescent Psychotherapy. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *51*(3), 275–293. https://doi.org/10.1007/s10802-022-00986-2

Rogers, C. R. (1965). The therapeutic relationship: Recent theory and research. *Australian Journal of Psychology*, *17*(2), 95–108. https://doi.org/10.1080/00049536508255531

Romero-Godínez, E., Gómez-Maqueo, E. L., & Durán-Patiño, C. D. (2016). Cuestionario de problemas internalizados y externalizados para niños con base en la clasificación dimensional. *Psicología Iberoamericana*, *24*(2), 8–16.

Rosenbluth, D. (2004). Transference in child psychotherapy1. En *Key Papers from the Journal of Child Psychotherapy*. Routledge.

Ryan, R., Berry, K., & Hartley, S. (2023). Review: Therapist factors and their impact on therapeutic alliance and outcomes in child and adolescent mental health – a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, *28*(2), 195–211. https://doi.org/10.1111/camh.12518

Sacco, R., Camilleri, N., & Umla-Runge, K. (2021). The prevalence of oppositional defiant disorders among young people in europe: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, *64*(S1), S639–S640. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1698

Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy, 51*(3), 381–387. https://doi.org/10.1037/a0036815

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 286–291. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286

Sánchez, F. S., Pinto, I. F., Santamaría, P., Ortiz, M. Á. C., & Gándara, M. V. del B. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 3*(2), 23–34.

Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2014). *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change* (Second edition). Wiley.

Schottelkorb, A. A., Swan, K. L., & Ogawa, Y. (2020). Intensive Child-Centered Play Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Study. *Journal of Counseling & Development*, *98*(1), 63–73. https://doi.org/10.1002/jcad.12300

Schuengel, C., & Oosterman, M. (2019). Parenting Self-Efficacy. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (3a ed., pp. 654–680). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429433214-19

Siegler, R. S., Saffran, J., Gershoff, E. T., & Eisenberg, N. (2020). *How children develop* (Sixth edition). Worth Publishers, Macmillan Learning.

Silva, T., Sandström, P., Silva, T., & Sandström, P. (2017). Parenting Difficult Children and Adolescents. En *Parenting—Empirical Advances and Intervention Resources*. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/67319

Stake, R. E. (2011). Qualitative research and case study. *Silpakorn Educational Research Journal*, *3*(1–2), 7–13.

Stavrou, P.-D. (2018). Psychoanalytic Psychotherapy as a Treatment for Depression in Adolescents: A Case Study. *Global Journal of Social Sciences Studies*, *4*(2), 91–101. https://doi.org/10.20448/807.4.2.91.101

Steindl, S. R., Matos, M., & Dimaggio, G. (2023). The interplay between therapeutic relationship and therapeutic technique: The whole is more than the sum of its parts. *Journal of Clinical Psychology*, *79*(7), 1686–1692. https://doi.org/10.1002/jclp.23519

Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 126–141. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246060.62706.af

Stewart, A. L., & Echterling, L. G. (2014). Therapeutic relationship. En C. E. Schaefer & A. A. Drewes, *The Therapeutic Powers of Play: 20 Core Agents of Change* (pp. 157–170). John Wiley & Sons.

Sullivan, H. S. (Ed.). (2013). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315014029

Suszek, H., Wegner, E., & Maliszewski, N. (2015). Transference and its usefulness in psychotherapy in the light of empirical evidence. *Roczniki Psychologiczne*, *18*(3), 363–380. https://doi.org/10.18290/rpsych.2015.18.3-4en

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*(3), 475–495. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9

Tishby, O., & Wiseman, H. (2020). Countertransference types and their relation to rupture and repair in the alliance. *Psychotherapy Research*, *32*(1), 16–31. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1862934

Tomaszewski, L. E., Zarestky, J., & Gonzalez, E. (2020). Planning Qualitative Research: Design and Decision Making for New Researchers. *International Journal of Qualitative Methods*, *19*, 160940692096717. https://doi.org/10.1177/1609406920967174

Torales, J., Barrios, I., Arce, A., & Viola, L. (2018). Trastorno negativista desafiante: Una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. *Pediatría (Asunción)*, *45*(1), 65–73. https://doi.org/10.31698/ped.45012018009

Tsiantis, J. (1996). Transference and countertransference issues in the in-patient psychotherapy of traumatized children and adolescents. En *Countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. Routledge.

Vaz, A. M., Ferreira, L. I., Gelso, C., & Janeiro, L. (2023). The sister concepts of working alliance and real relationship: A meta-analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 1–22. https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2205103

Walser, R. D., & O'Connell, M. (2021). Acceptance and commitment therapy and the therapeutic relationship: Rupture and repair. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(2), 429–440. https://doi.org/10.1002/jclp.23114

Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, *22*(1), 25–41. https://doi.org/10.1002/wps.21035

Weiss, H. (2023). The enigma of transference. Freud's discovery and its repercussions. *The International Journal of Psychoanalysis*, *104*(4), 679–690. https://doi.org/10.1080/00207578.2023.2230764

Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Counter-Transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, *30*, 69–74.

Wofford, J. R., & Ohrt, J. H. (2018). An Integrated Approach to Counseling Children Diagnosed With ADHD, ODD, and Chronic Stressors. *The Family Journal*, *26*(1), 105–109. https://doi.org/10.1177/1066480718756594

Wolfgang, A. (2018). *The Enduring Impact of the Childhood Therapeutic Relationship: A Qualitative Analysis* [Tesis de doctorado, Carlow University]. https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2117009066/fulltextPDF/F6571C24DF694DDAPQ/1?accountid=14598&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses

Zorzella, K. P. M., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, *50*, 171–181. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002