



UADY

**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
EN UN CASO DE ANSIEDAD INFANTIL
DESDE UNA MIRADA GESTÁLTICA**

TESIS

PRESENTADA POR

LIC. EN PSIC. MARIO ALBERTO CRUZ ALCOCER

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA
INFANTIL**

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. JESÚS ESTEBAN SOSA CHAN

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2021

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 711798 durante el periodo agosto 2018-julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Dedicatoria

“A mis pacientes, que pagaron por enseñarme”

- Winnicott

Agradecimientos

A mis padres, por darme la vida.

A Jesús, mi director, y mis sinodales Estrella, Elia y Paulina, por sus contribuciones a la producción de este trabajo.

A mis maestros, por sus enseñanzas. En especial a Estrella, Ana Ceci, Pau y Ricardo García.

A mis amigos de la maestría, por conocernos y compartir juntos este recorrido. En especial mención a Tovar y Octavio.

A mis amigos de la vida, por muchísimas cosas que no alcanzaría a expresar aquí. Dani, Diego, Ian, Sam.

A mis hermanitas, Bety y Mónica.

A mis terapeutas, Adriana, Julio, y Juan, que me han sostenido en los momentos difíciles.

A Karina, mi novia, porque si estiro mi mano en la oscuridad, sé que la alcanzaré.

Y a todas las demás personas que no alcanzo a mencionar, pero que me han ayudado en algún momento de este recorrido. Gracias.

Contenido

Resumen	9
Capítulo 1	10
1.1 Introducción	10
1.2 Planteamiento del problema	11
1.3 Justificación	13
1.4 Preguntas de investigación	14
1.5 Objetivo general	14
1.6 Objetivos específicos	15
1.7 Marco teórico	15
1.7.1 Definiendo la ansiedad	15
1.7.2 De la ansiedad hacia los trastornos de ansiedad	16
1.7.3 El desarrollo humano durante la niñez media	18
1.7.4 Psicoterapia gestáltica	19
1.7.5 Psicoterapia infantil gestáltica	26
Capítulo 2. Evaluación diagnóstica	32
2.1 Descripción del escenario y participantes	32
2.1.1 Motivo de consulta	32
2.1.2 Datos generales	33
2.1.3 Descripción del paciente	33
2.1.4 Conceptualización del caso	33
2.1.5 Objetivo general	34
2.1.6 Objetivos específicos	34
2.1.7 Definición de variables	35
2.2 Instrumentos	35
2.2.1 Test de la familia	36
2.2.2 Dibujo libre	36
2.2.3 Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)	36
2.3 Técnicas	37
2.3.1 Entrevista con los padres	37
2.3.2 Observación del juego familiar o relacional	37
2.3.3 Observación del juego libre	37
2.3.4 Resultados de la fase diagnóstica	38

Capítulo 3. Programa de intervención	40
3.1 Introducción	40
3.2 Objetivos del programa de intervención	41
3.3 Programa de intervención	42
Capítulo 4. Resultados de la intervención	49
4.1 Resultados de la evaluación psicológica	49
4.2 Evaluación de los efectos y/o proceso	58
4.3 El niño en la casa y escuela	58
4.4 Los padres en relación con el niño	59
4.5 La relación terapéutica	59
4.5.1 Bloque I: Estableciendo los primeros contactos (1-8).	62
4.5.2 Bloque II: Rivalidad y cocreación de la ansiedad (9-17).	64
4.5.3 Bloque III: Del conflicto a la cooperación (18-34)	68
4.5.4 Bloque IV: Proyección y comunicación (35-43).	74
4.5.5 Bloque V: Hacia una conexión humana en teleterapia (44-53).	80
Capítulo 5. Discusión y conclusiones	90
5.1 La relación terapéutica.	90
5.2 El trabajo con las proyecciones del niño.	92
5.3 Sobre la teleterapia.	93
5.4 Sobre el trabajo con padres.	95
5.5 Alcances y limitaciones de la intervención.	96
Referencias	99
Anexos	103

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Manifestaciones de la ansiedad	17
Tabla 2: Modos de relación	22
Tabla 3: Elementos clave en el tratamiento con el niño.....	28
Tabla 4: Resumen de la intervención implementada	44
Tabla 5: Aspectos más relevantes del proceso	60
Figura 1: Familiograma	50

Resumen

Los trastornos de ansiedad son uno de los motivos más frecuentes de consulta psicoterapéutica en niños. Es importante su atención oportuna, ya que de no ser tratados estos pueden influir significativamente en el desempeño escolar, en las relaciones sociales y en otros ámbitos que comprometen la calidad de vida. Aquellos trastornos que no son atendidos durante la niñez pueden volverse crónicos y persistir en la adultez.

Es necesario contar con métodos de intervención acordes a la edad del desarrollo del niño y que estos sean vigentes. Por ello, esta investigación presenta el estudio de caso de un niño de 6 años con ansiedad y su intervención con éste a partir del enfoque de psicoterapia gestáltica con el fin de discutir los hallazgos del trabajo y la pertinencia de esta modalidad terapéutica en la actualidad.

Los resultados de la intervención indican una mejoría significativa en el desarrollo integral del niño, que se traduce en una disminución de la presencia del síntoma, así como el desarrollo de nuevas maneras para relacionarse en su medio.

Se concluye que la psicoterapia gestáltica es una alternativa viable para el tratamiento de la ansiedad infantil ya que a través de la relación terapéutica se apoya la relación del niño con su medio y el desarrollo de nuevas formas de interacción con éste.

Capítulo 1

1.1 Introducción

La ansiedad es uno de los mecanismos básicos para la supervivencia del ser humano, la cual consiste en una respuesta que incita a la persona a actuar, enfrentar o escapar de una situación que representa cierto grado de amenaza significativo. Es por ello que la ansiedad se encuentra orientada a adaptar y preservar al organismo ante la novedad que se presenta en el medio (Cárdenas, Feria, Palacios, y de la Peña, 2010).

Al igual que el resto de las funciones de los organismos vivientes, estas pueden verse alteradas, ocasionando respuestas desadaptativas en el entorno, y manifestando disfuncionalidad en las distintas esferas de la vida diaria, lo cual suele ser denominado trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los problemas más frecuentes de consulta en relación con la salud mental. Estos se caracterizan por un malestar significativo que produce sensaciones desagradables a nivel físico, cognitivo y emocional. El grado de desajuste que pueden llegar a causar en las personas es alarmante, ya que cuando este no es tratado, la persona puede verse severamente afectada en su calidad de vida.

Estudios han mostrado evidencia que sostiene la relación entre la presencia de trastornos de ansiedad en la niñez y problemas posteriores en la edad adulta (Copeland, Angold, Shanahan, y Costello, 2014). Sin embargo, si estos son detectados y atendidos tempranamente es posible disminuir los efectos negativos más adelante (Orgilés, Méndez, Carballo y Piqueras, 2012).

1.2 Planteamiento del problema

Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud apuntan que, a nivel internacional, más de 260 millones de personas viven con algún tipo de trastorno de ansiedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

En cuanto a niños y adolescentes, se estima que aproximadamente del 10 al 20% de la población mundial presenta algún trastorno mental, esto tiene como consecuencia una mayor vulnerabilidad a sufrir de aislamiento o algún tipo de discriminación, así como la falta de acceso a los servicios básicos de salud y educación (OMS, 2019).

La infancia es una etapa del ciclo vital en la que también pueden desarrollarse trastornos de ansiedad. Estudios internacionales sobre la prevalencia de ansiedad en la población infanto-juvenil la ubican entre los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de salud (Demir, Karacetin, Demir y Uysal, 2013; Ghandou, y otros, 2019; Zarafshan, Mohammadi, y Salmanian, 2015).

En México, investigaciones realizadas con estudiantes de nivel primaria indican la prevalencia de altos niveles de ansiedad en la infancia (Gaeta González y Martínez-Otero Pérez, 2014; Sánchez-Aguilar, Andrade-Palos y Lucio Gómez-Maqueo, 2019).

En el Estado de Yucatán, Marín-Ramírez, Martínez-Díaz y Ávila-Avilés (2015), señalan una prevalencia de sintomatología de ansiedad social en adolescentes del 15.4%, la cual tiende a convertirse en ansiedad crónica, con el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos.

Cuando los trastornos de ansiedad no son tratados oportunamente, estos pueden llegar a comprometer el bienestar de los niños en todas las áreas del desarrollo. Los trastornos de ansiedad producen dificultades en la vida cotidiana de niños y jóvenes, viéndose afectados en el desempeño académico, en las relaciones sociales, su vida familiar, durante las actividades de ocio y en su ciclo del sueño.

En el entorno escolar puede notarse cuando las calificaciones tienden disminuir, acompañadas por conductas que pueden llegar a ser desadaptativas en el medio en el que se encuentra el infante. Las dificultades en la interacción social también son frecuentes en los trastornos de ansiedad, tendiendo a aislarse del resto de las personas.

La ansiedad disfuncional no tratada es más propensa de volverse crónica y mantenerse incluso en la adultez (Hill, Waite y Creswell, 2016). El desarrollo emocional de la persona también se ve afectado, ya que la incapacidad que generan dichos sentimientos puede influir negativamente en la concepción que tiene el niño de sí mismo.

De no recibir tratamiento oportuno, los niños y adolescentes que presentan trastornos de ansiedad pueden recurrir al abuso de drogas, presentar intentos de suicidio y ser hospitalizados, poniendo en riesgo su vida y reduciéndose la calidad de esta (Kendall, et al., 2010).

De igual manera, la falta de acceso a los servicios de salud mental puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos mentales. Existe evidencia que señala una correlación significativa entre los trastornos de ansiedad no tratados en la niñez y síntomas depresivos posteriores en la adultez (Silk, Davis, McMakin, Dahl, y Forbes, 2012).

1.3 Justificación

Como ha sido mencionado previamente, los niños con ansiedad suelen evitar las situaciones que van acorde a su etapa de desarrollo y las interacciones sociales necesarias para su crecimiento adecuado. Cuando esta condición no es tratada, los síntomas tienden a empeorar a través del tiempo y se asocian con secuelas negativas como abuso de sustancias, ideación e intentos de suicidio. Es por ello que el diagnóstico temprano y el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes es importante para preservar el funcionamiento adecuado y fomentar factores de protección de la salud mental a largo plazo (Mychailyszyn, et al., 2011).

Es necesario contribuir al desarrollo de modelos actuales de atención psicoterapéutica que consideren las etapas del ciclo vital de los niños y adolescentes, y no solo concebirlas como adultos pequeños. Por ello, el tratamiento de la ansiedad también debe ser abordado desde esta perspectiva (Bui, Charney y Baker, 2020).

Partiendo de la necesidad de aplicar una intervención adecuada a esta población, el juego psicoterapéutico es una alternativa viable. Los beneficios del juego han sido estudiados y reportados cuidadosamente en la literatura. Se ha encontrado que el juego facilita la comunicación, fomenta el bienestar emocional, mejora las relaciones sociales y aumenta las fortalezas personales (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017).

El uso de recursos lúdicos en la clínica permite comprender mejor el funcionamiento del niño, su forma de expresarse y establecer contacto. Asimismo, el juego puede ser entendido como un facilitador de la terapia infantil, apoyando dicho proceso. La psicoterapia gestáltica comparte la perspectiva que el juego facilita la relación terapeuta-

cliente y se basa en estos recursos como experimentos que favorecen los objetivos terapéuticos (Campelo Noronha y Lincoln Barreira, 2016).

Pese a la escasez de literatura, sobre la clínica infantil desde la psicoterapia gestáltica, existen algunos autores que han evidenciado su utilidad en la práctica a nivel individual con niños y adolescentes e incluso en grupos de terapia albergados en instituciones públicas de salud mental (Gonçalves Campos, de Toledo y de Faria, 2011).

El presente trabajo pretende contribuir en tres niveles esenciales: desde lo práctico ya que los trastornos de ansiedad son un problema con alta prevalencia en la población, y los resultados permitirán describir posibles estrategias para su resolución. En cuanto a la pertinencia teórica, el realizar una intervención desde el abordaje gestáltico, aportaría a la discusión de la literatura con un estudio reciente del tema. Desde lo social, una intervención clínica permite satisfacer las necesidades de salud mental de un sector de la población.

1.4 Preguntas de investigación

¿Qué elementos de la intervención influyen en el desarrollo de la relación terapéutica?

¿Qué elementos del proceso limitan el desarrollo de la relación terapéutica?

1.5 Objetivo general

Describir los elementos del proceso terapéutico gestáltico y evaluar sus efectos en la mejoría de un paciente infantil con trastorno de ansiedad.

1.6 Objetivos específicos

1. Evaluar el proceso psicoterapéutico de acuerdo con los criterios de la terapia gestáltica en un paciente infantil con trastorno de ansiedad.
2. Describir de qué manera cuáles son los factores que contribuyen a la mejoría del paciente infantil con trastorno de ansiedad.
3. Describir aquellos elementos que limitan el avance del proceso terapéutico.

1.7 Marco teórico

1.7.1 Definiendo la ansiedad.

Según García et al. (2008) se puede definir la ansiedad como una anticipación del daño o amenaza futuros, la cual se acompaña de sentimientos desagradables y síntomas somáticos de tensión. La amenaza de daño puede ser interna o externa. La señal de alerta advierte sobre un peligro y permite que la persona tome las precauciones necesarias ante una amenaza.

Es importante tener en cuenta que la ansiedad es un estado emocional adaptativo en algunas situaciones estresantes de la vida cotidiana. Cierta grado de ansiedad es necesario para poder hacer frente a las exigencias del día a día. Solo cuando cierta intensidad es sobrepasada o supera la capacidad de la persona es cuando la ansiedad se considera patológica, provocando malestar significativo en diferentes áreas de la vida de un individuo.

De acuerdo con Freeman y Freeman (2012) las teorías con relación a la ansiedad abundan, pero la mayoría de estas concuerdan en que es una emoción. El miedo,

usualmente es denominado una de las cinco emociones básicas junto a la tristeza, la felicidad, la ira y el asco; denominadas básicas debido a que se desarrollan durante los primeros seis meses de vida. Los términos miedo y ansiedad suelen ser usados generalmente como sinónimos, sin embargo, existen diferencias sutiles entre sí. El miedo es una reacción emocional a una amenaza percibida de forma inminente o a un peligro asociado con impulsos de huir o luchar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según Dunsmoor (2015) el miedo posee una función adaptativa, ya que nos ayuda a defendernos de peligros potenciales. Los modelos clásicos del comportamiento nos plantean que aprendemos a partir de asociación de estímulos y, por otro lado, las teorías contemporáneas del comportamiento sugieren que los seres humanos también podemos desarrollar temor incluso vicariamente, como puede ser a través del lenguaje o la observación.

1.7.2 De la ansiedad hacia los trastornos de ansiedad.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la quinta edición define que los trastornos de ansiedad son aquellos que comparten tanto las características de miedo y ansiedad excesivos, como alteraciones conductuales relacionadas a los mismos.

Asimismo, distingue al miedo como una respuesta emocional ante una amenaza inminente, de carácter real o imaginario y, por otro lado, la ansiedad como una respuesta anticipatoria ante una amenaza que se encuentra en el futuro. También menciona que el miedo y la ansiedad suelen presentarse de manera simultánea, pero puede distinguirse al primero por su activación autonómica para la defensa, fuga y pensamientos de peligro

inminente, mientras que la ansiedad está más relacionada con tensión muscular, vigilancia ante el futuro y conductas cautelosas o de evitación.

Bleichmar (2005), plantea las principales manifestaciones, psíquicas y de comportamiento presentadas a continuación en la Tabla 1:

Manifestaciones de la ansiedad
Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: babeo, náuseas, vómitos, diarreas, dolor epigástrico, cólicos, incontinencia fecal. • Respiratorias: laringitis aguda, llanto entrecortados, ahogo, opresión en el pecho, asma psicógena, tos nerviosa, hiperventilación, tics respiratorios • Genitourinarias: retención de orina, micciones frecuentes, enuresis, tenesmo vesical, erecciones frecuentes, masturbación compulsiva • Trastornos del sueño: insomnio, sueño entrecortado, pesadillas, terrores nocturnos • Hiperactivación neurovegetativa: trastornos vasomotores como palidez y enrojecimiento en cara y cuello, sensaciones de hipo o hipertermia, pruritos, urticarias • Músculo esquelético: torpeza o atolondramiento motriz, languidez, apagamiento, calambres, contracturas, cefaleas, bruxismo. Tensión muscular sostenida y cansancio crónico. • Neuroendocrinas: bajo nivel de crecimiento pondoestatural
Manifestaciones psíquicas y de comportamiento de la ansiedad

- Balanceo o golpes en la cabeza, tricotilomanía, retorcimiento de dedos, mordisqueo de la ropa o de los labios
- Inquietud
- Agitación motriz desordenada
- Pataletas y berrinches
- Hiperkinesis
- Reacciones impulsivas con matiz agresivo
- Falta de concentración, distracción, olvidos
- Desorden, dispersión cognitiva
- Pseudorretraso, bajo rendimiento escolar, dificultades de aprendizaje

1.7.3 El desarrollo humano durante la niñez media

De acuerdo con Papalia y Martorell (2017) la niñez media es el periodo de vida que comprende de los 6 a los 11 años. A continuación, se presentan las características principales de esta etapa:

Área	Características
<i>Desarrollo Físico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sucede a menor velocidad que en años anteriores. • Es uno de los periodos de mayor salud en el ciclo vital. • Las actividades informales en el recreo ayudan al desarrollo de las habilidades físicas y sociales.
<i>Desarrollo Cognitivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entre los siete y los doce años el niño se encuentra en la etapa de las operaciones concretas. Son más

	<p>competentes en tareas que requieren razonamiento lógico, como pensamiento espacial, comprensión de la causalidad, categorización, razonamiento inductivo y deductivo y conservación. Sin embargo, su razonamiento se limita en gran medida al aquí y ahora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las creencias de autoeficacia de los niños influyen en el logro escolar.
<i>Desarrollo Psicosocial</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El autoconcepto adquiere mayor realismo. • De acuerdo con Erikson, la fuente principal de autoestima es la opinión que tienen los niños de su competencia productiva. • El ambiente familiar tiene dos componentes importantes: la estructura y la atmósfera familiar. • El tono emocional del hogar, la manera en que los padres manejan el conflicto y las cuestiones de disciplina, los efectos del trabajo de los padres y lo adecuado de los recursos financieros son aspectos que contribuyen a determinar la atmósfera familiar.

1.7.4 Psicoterapia gestáltica

Fundamentos y conceptos clave

La terapia gestalt es un modelo de psicoterapia desarrollado por Fritz Perls a mediados del siglo veinte, en conjunto con su esposa Laura Perls. Este enfoque surge en sus orígenes como una revisión de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, influida por conceptos de la Psicología de la Forma y por las aportaciones de Friedlander, Korsybski y Smuts, así como de la fenomenología y el existencialismo, el psicodrama de Moreno y el teatro de Reindhart, entre otros (Peñarrubia, 2008).

En palabras de Brownell (2010), este modelo de terapia se distingue por ser de corte experiencial, existencial, fenomenológico y centrado en la conducta presente. Se dice que es experiencial en la medida que el terapeuta está atento a aquello que el paciente vivencia en la sesión; existencial puesto que concibe a cada persona como única y con cierto margen de decisión dentro de su propio entorno. Es fenomenológica porque se centra en la descripción y el entender a partir del momento presente, dicha actitud en el terapeuta es clave momento a momento en la sesión.

Para comprender la teoría de la psicoterapia gestáltica es necesario abordar la concepción que tiene del ser humano y definir los siguientes conceptos clave: la díada organismo-entorno, el campo, la autorregulación orgánica y la frontera-contacto.

Cada enfoque de psicoterapia tiene una visión particular del ser humano, en el caso de la gestalt, esta lo concibe como un organismo que tiende hacia el crecimiento en un medio denominado entorno donde busca satisfacer sus necesidades. El entorno implica todo aquello que es diferente del organismo y que es potencialmente contactable (Delacroix, 2008).

Seguendo a Robine (2011), a la unión del organismo y el entorno se le conoce como campo. De acuerdo con la perspectiva holística de este enfoque, el organismo y entorno constituyen una sola unidad, ya que no existe un ser vivo que se encuentre sin un medio que le albergue. Por ello, para la psicoterapia gestáltica es importante centrarse en la relación que tiene el paciente con su entorno, las conductas disfuncionales se producen en un medio y solo encuentran sentido en el mismo.

De acuerdo con Perls, Hefferline y Goodman (2002), la interacción entre el organismo y el entorno es denominada contacto. El contacto ocurre en un lugar denominado frontera, que hace referencia a los límites entre el organismo y entorno, el cual constituye simultáneamente un lugar de encuentro y de separación. Sobre el contacto, añaden que este implica la consciencia inmediata y la conducta motora hacia el elemento del campo próximo a ser asimilado que permitirá el crecimiento del organismo.

La autorregulación orgánica hace referencia a la búsqueda de balance entre el ser humano y el entorno. Puede decirse que esta es sana cuando ocurre de manera fluida, de esta manera el organismo interactúa con el ambiente obteniendo lo que necesita del mismo sin mayor dificultad o interferencia, la necesidad se cubre y es asimilada para pasar a una nueva tarea vital (Robine, 2011).

Modos de relación

De acuerdo con Muñoz Polit (2014), los modos de relación se definen como las maneras que tenemos de interactuar con el entorno, las cuales pueden ser funcionales o disfuncionales; a partir de su frecuencia, intensidad y flexibilidad.

Cuando estos se tornan rígidos se les denomina modos de evitación, ya que se caracterizan por evitar la novedad en las experiencias actuales. Asimismo, estos producen respuestas que afectan al entorno o a la propia persona, careciendo de congruencia entre la situación y la respuesta dada.

De acuerdo con la autora, se presenta la Tabla 2 para resumir el concepto anteriormente presentado:

Modos de relación	
Eje temático	Extroversión-Introversión
<p style="text-align: center;"><i>Información</i></p> <p>La relación con el entorno supone un intercambio de información verbal y no verbal, produciendo ideas y aprendizajes. Podemos recibirla (introyección) y verterla en el entorno (proyección).</p>	<p style="text-align: center;">Proyección-Introyección</p> <p>Proyección: la persona observa o asigna al entorno ciertos aspectos de sí mismo. Permite conocerse a través de la relación con el otro. Cuando esta es disfuncional produce odio, exceso de admiración, rechazo exagerado, etc. Aspecto por trabajar: reidentificación.</p> <p>Introyección: hace referencia al proceso por el cual tomamos información del entorno y la incorporamos a nosotros. Permite el aprendizaje, pero cuando se rigidiza da lugar a los deberías que limitan la experiencia. Aspecto por trabajar: el criterio.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Relación</i></p> <p>Hace referencia al grado de proximidad o distanciamiento en las relaciones interpersonales.</p>	<p style="text-align: center;">Confluencia-Aislamiento</p> <p>Confluencia: la persona busca unirse a las demás, permitiéndole adquirir un sentido de pertenencia, ayuda a la vinculación y la cooperación. Cuando se torna disfuncional la identidad y la autonomía se ven afectadas. Aspecto por trabajar: la diferenciación.</p> <p>Aislamiento: es el retiro del entorno, permite la individualidad y permite adquirir una armonía interna. Cuando este se prolonga, la persona puede perder las habilidades de interacción con los demás y sentirse vacío. Aspecto por trabajar: la semejanza.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Energía</i></p> <p>Es la manera en la que la persona gestiona su energía, dirigiéndola hacia el entorno o hacia sí misma.</p>	<p style="text-align: center;">Exoflexión-Retroflexión</p> <p>Exoflexión: es la expresión verbal o física de la energía del organismo hacia el entorno. Permite comunicar sus necesidades, relacionarse con los otros, tomar un papel activo en las situaciones. Es disfuncional cuando hay poca reflexión de sí mismo, traspaso de límites, daño a otros. Aspecto por trabajar: la reflexión.</p> <p>Retroflexión: consiste en la inhibición de cualquier tipo de expresión, sea verbal o física, la energía que va encaminada al entorno se vierte hacia sí mismo. Es apropiada cuando es peligroso expresarse, permite la independencia cuando el entorno no está disponible etc. Es disfuncional cuando la persona se daña a sí misma, o prescinde excesivamente del ambiente. Aspecto por trabajar: la expresión.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Atención</i></p> <p>La capacidad del individuo para centrar su atención o</p>	<p style="text-align: center;">Deflexión-Fijación</p> <p>Deflexión: consiste en distraer la atención de aquellos estímulos que pudieran ser sumamente placenteros o dolorosos. Es apropiada cuando la persona no puede</p>

desviarla hacia otros elementos acorde a la situación.	enfrentarse a la situación. Se torna disfuncional cuando no pueden hacerse frente a los conflictos cotidianos. Aspecto por trabajar: la concentración. Fijación: se refiere al grado en que la persona se concentra en un solo elemento específico. Permite aprender y desarrollar hábitos, cumplir metas, etc. Se torna disfuncional cuando la persona no obtiene novedad de sus experiencias, le es difícil ser flexible con su manera de hacer las cosas, etc. Aspecto por trabajar: la dispersión.
--	--

Salud y psicopatología

De acuerdo con Latner (1999), en la terapia gestalt la conducta normal y sana no necesariamente tiene como referente lo que es común en la vida diaria de la mayoría de las personas, la ausencia de traumas o el éxito en todo momento de la vida. Más bien el criterio de la salud va orientado hacia la espontaneidad, que el ser humano se encuentre presente en todos sus sentidos y despliegue su potencial creativo en la situación.

La conducta sana es una conducta integral, el ser humano se encuentra en contacto tanto con sus pensamientos, como con sus emociones y conductas. Estas son congruentes entre sí y funcionan como un todo. La integración es aquello que permite que la persona sea consciente de sus necesidades y se haga cargo de estas. Se entrega al proceso y se desenvuelve de lleno en la situación. Es capaz de movilizar sus propios recursos y se reconoce a sí misma como parte del ambiente.

Por otro lado, Peñarrubia (2008) señala que en la neurosis la autorregulación orgánica se ha visto afectada. Esto implica que la persona se encuentra incapaz de mantener el equilibrio entre sus necesidades y la relación con el entorno, debido a que no percibe sus propios recursos recurre a diversas estrategias de manipulación para afrontar la situación. Ha perdido parte de su espontaneidad y desarrolla respuestas rígidas que en un momento fueron adaptativas, pero ya no lo son más (Robine, 2011).

Sobre el origen de la neurosis, Latner (1999) añade que esta consiste en una respuesta normal del organismo sano cuando las dificultades del entorno han sido prolongadas significativamente. Por lo general ocurren en la niñez y, ante la amenaza de algún peligro, se recurre al repertorio de conductas que se encuentran al alcance para proteger al organismo. Como se menciona previamente, estas respuestas que en un momento fueron adaptativas se rigidizan y tienden a permanecer en el presente, aun cuando la amenaza original ya no se encuentra. Por ello la gestalt menciona que en la neurosis la autorregulación orgánica se ha visto afectada, puesto que se responde con una conducta estereotipada, y no con base en la situación.

La terapia gestáltica busca que a través de la relación terapeuta-paciente, éste último desarrolle un nuevo sentido de sí mismo, que le permita adaptarse en su interacción con el entorno de manera dinámica. La salud consistirá entonces en este constante fluir de las interacciones durante el contacto con el ambiente, interiorizando aquello que le permite establecer relaciones complejas que amplían la concepción de sí mismo y su capacidad para relacionarse intersubjetivamente (Díaz Calderón, 2015).

Ansiedad desde la gestalt

Ceballos Montalvo (2014, 2017) menciona algunas perspectivas sobre la ansiedad a partir de la obra de Fritz Perls y otros autores relevantes:

La ansiedad como interrupción de la excitación creativa. Esta hipótesis se basa en el ciclo de la experiencia de la terapia gestalt, la cual consiste en una secuencia de pasos donde el organismo busca satisfacer una necesidad en el entorno y cuando ésta se ve

frustrada, la energía destinada a la acción se queda estancada en el organismo, dando como resultado la sensación de ansiedad.

La ansiedad como tensión entre el ahora y el después. Este argumento plantea que la ansiedad surge cuando las personas se centran excesivamente en el futuro, buscando actualizar el autoconcepto con base en aquello que se considera deseable en la sociedad en lugar de actuar conforme a la autorregulación orgánica. Los roles y papeles preestablecidos reducen la espontaneidad ante la situación, convirtiendo la excitación en conductas de enfrentamiento y generando ansiedad.

La ansiedad como excitación menos apoyo. Este postulado hace alusión a aquellas situaciones donde la persona percibe la falta de apoyo ante una tarea vital. El apoyo se refiere a cualquier elemento que fomenta el establecimiento del contacto del organismo con su entorno, cuando falta apoyo se interrumpe el ciclo experiencial y se produce ansiedad.

Perspectivas contemporáneas sobre la ansiedad. Autores como Yontef y Jacobs (2011) plantean que la ansiedad en su dimensión cognitiva surge a partir del proceso de centrarse excesivamente en el futuro y no situarse en el momento presente. Por ello, las ideas negativas sobre el futuro, las generalizaciones excesivas, entre otras manifestaciones cognitivas de este tipo pueden desencadenar los síntomas ansiosos.

El diagnóstico gestáltico

Como plantean Francesetti, Gecele, y Roubal (2013) en la labor psicoterapéutica se pueden encontrar dos formas de llevar a cabo el diagnóstico: el extrínseco y el estético o procesal. El primero se basa en los criterios establecidos en los manuales psiquiátricos, se le

denomina extrínseco porque la evaluación es comparativa y tiende a categorizar la experiencia del paciente dentro de etiquetas nosológicas bien definidas.

Tradicionalmente existe cierta tendencia por parte de los psicoterapeutas gestálticos a dejar de lado este tipo de evaluación, sin embargo, la teoría gestáltica contemporánea reconoce la utilidad del diagnóstico extrínseco y enfatiza la importancia que el terapeuta sea capaz de emplear ambas modalidades en su práctica.

De acuerdo con Díaz Calderón (2015), el diagnóstico en la terapia gestáltica es procesal, esto quiere decir que se elabora en el aquí y el ahora de la sesión con el cliente. Para esta tarea, la figura del terapeuta se apoya en los marcos teóricos del ciclo de la experiencia y los modos de relación que pertenecen a este enfoque. Al mismo tiempo que el terapeuta construye una relación con el cliente, se encuentra atento a la experiencia en curso para detectar en qué momentos la persona se retira del contacto pleno, entonces podrá ofrecer algún experimento con el fin que el cliente sea capaz vivir la experiencia que hasta el momento ha evitado.

El enfoque gestáltico se apoya de la evaluación estética, en la cual describe las características de la interacción entre terapeuta-paciente. La evaluación estética emplea la fenomenología como herramienta para llevarse a cabo. Durante la sesión, el paciente muestra en el proceso sus formas de relacionarse, es ahí donde el terapeuta evalúa qué tan fluida, congruente, espontánea, armónica y rítmica es la experiencia en curso.

1.7.5 Psicoterapia infantil gestáltica

Como ha sido mencionado previamente, la psicoterapia gestáltica inicia como una revisión del psicoanálisis por parte de sus fundadores Frederick Perls y su esposa y colega,

Laura Polsner. En la década de los 50 del siglo XX inicia el desarrollo teórico de esta corriente de psicoterapia, sin embargo, no fue sino hasta casi tres décadas posteriores que Violeta Oaklander publica el libro pionero de la psicoterapia infantil gestáltica llamado *Ventanas a nuestros niños* (Spagnuolo Lobb, Levi y Williams, 2016).

El papel de Oaklander como pionera en el trabajo gestáltico con niños, ha sido fundamental ya que los desarrollos teóricos previos de este enfoque, si bien, pueden ser generales para todos los seres humanos, no presentaron un modelo terapéutico preciso que considerara las particularidades de su aplicación en la infancia (Mortola, 2014; Spagnuolo Lobb, Levi y Williams, 2016).

De acuerdo con Oaklander (2005), el desarrollo normal y el crecimiento del niño es parte del modelo de trabajo psicoterapéutico. Cuando el niño presenta alguna perturbación emocional, puede decirse que hay una disfunción en el equilibrio del organismo y su entorno. La terapia se enfoca en retroceder a ubicar y restaurar aquella función que se ha visto afectada. Se trabaja para construir el sentido del yo del niño, reforzar sus funciones de contacto y renovar su propio contacto con sus sentidos, cuerpo, sentimientos e intelecto.

Siguiendo a Fernández Rodríguez (2014), la figura del terapeuta es vista como un yo auxiliar que modela, guía y organiza aquellas experiencias que ocurren en el proceso de terapia, confía en la capacidad de autorregulación orgánica del niño y que, si se le proveen los medios adecuados para contactar con sus conflictos emocionales, podrá retomar su desarrollo integral de una manera más satisfactoria.

El proceso terapéutico. Amescua (1997), plantea que la conducta del niño en las sesiones va cambiando conforme pasa el tiempo, señalándonos en qué momento se

encuentra y las siguientes acciones a realizar en favor de sus avances. Se distinguen 3 etapas en el proceso, las cuales no son lineales ni absolutas, pudiendo estar presentes en la sesión más de una, sin embargo, lo que indica en qué fase del tratamiento se encuentra el niño es la que predomina más sobre las otras.

1. Contacto y juego repetitivo. Establecimiento del contacto entre el niño y el terapeuta, puede llevar de unos minutos a varias sesiones dependiendo de las habilidades del terapeuta y la personalidad del niño. Los niños extrovertidos establecen el contacto espontáneamente, por otro lado, los niños introvertidos pueden requerir de más tiempo para sentirse seguros en la terapia.

2. Juego creativo. El niño sale del comportamiento estereotipado y presenta un juego creativo y expresivo. Se vale de los juguetes en formas nuevas, su diálogo y expresión son fluidas. Se manifiesta una confianza plena y natural con el terapeuta.

3. Autoexpresión e integración del yo. En esta etapa el niño ha resuelto su conflicto original y se encuentra a sí mismo a través del juego, integrando sus potencialidades, redescubriéndose, buscando afirmación y aceptación exterior.

Antes de centrarnos en las técnicas que suelen caracterizar a la terapia Gestalt, es importante retomar una serie de conceptos que brindan el sustento al tratamiento con niños. Oaklander (2008), distingue una serie de conceptos esenciales que serán presentados a continuación en la Tabla 3:

Elementos clave en el tratamiento con niños	
Relación	Es el requisito indispensable para el proceso terapéutico. Es la conexión establecida de persona a persona entre el terapeuta y el niño. Consiste en aceptarlo tal y como es, poniendo en pausa las expectativas y buscando formas creativas y respetuosas de llegar

	a él. Contempla aspectos como transferencia y contratransferencia.
Contacto	Es la capacidad del niño para estar presente en la sesión, haciendo pleno uso de sus sentidos. Con frecuencia la terapia puede centrarse en apoyar al niño a que pueda sentirse cómodo en establecer contacto con la figura del terapeuta.
Resistencia	La resistencia es vista como una estrategia que le permite al niño sobrevivir en un entorno difícil. Suele manifestarse en la sesión de manera pasiva como distracciones, ignorando, fingiendo que no escuchan, o activamente al negarse a alguna actividad. Es importante respetarla y en el momento adecuado animarlo a probar con una nueva experiencia en la sesión.
Los sentidos	Ofrecer diversas experiencias sensoriales en la sesión a través de materiales como pinturas, arcilla, plastilina y juguetes con diferentes texturas ayuda a fortalecer el sí mismo del niño.
El cuerpo	Se ofrecen diferentes actividades al niño como ejercicios de respiración o juegos que requieren del trabajo con la motricidad gruesa, dependiendo de las necesidades de cada paciente.
Fortalecimiento del yo	Además de las experiencias sensoriales y corporales, el yo puede fortalecerse cuando el niño puede comenzar a definirse, a tomar decisiones dentro del proceso, a experimentar logros en el juego, al reconocer sus proyecciones y también a través de los límites de la sesión.
Energía agresiva	La energía agresiva es aquella que le permite al niño tomar un papel activo en su vida cuando es necesario. Se fortalece cuando la relación ya está consolidada a través de juegos donde se propicia la descarga y la expresión exagerada para llegar posteriormente a la regulación.
Expresión emocional	Con técnicas creativas como dibujos, imaginación, dramatización, juegos, la bandeja de arena, entre otras, se fomenta la proyección del niño de aspectos de sí mismo para ser expresados de manera segura durante la sesión.
Autocuidado	Una de las metas del proceso es apoyar al niño a ser más receptivo, comprensivo y activamente nutrirse consigo mismo.
Procesos inapropiados persistentes	Se explora la conducta persistente cuando en el proceso el niño se ha vinculado con el terapeuta, ha sido capaz de mantener el contacto, ha sido receptivo y avanzado en el proceso y en su vida.
Finalización de la terapia	Se considera pertinente la finalización de la terapia cuando el niño presenta mejoría dentro de la sesión y también se manifiesta en su vida cotidiana.
Trabajo con padres	Los padres deben estar informados sobre cómo funciona la terapia y se trabaja con ellos para hacer los cambios necesarios en el entorno del niño.

Las técnicas. Antes de enunciar las técnicas más conocidas de la terapia gestáltica infantil es importante mencionar qué se entiende por técnica en este enfoque. La técnica es entendida como toda acción que nos permite avanzar en el proceso de vinculación con el niño durante la sesión. Algunas de estas acciones se convierten en técnicas “clásicas” cuando se han repetido muchas veces y por lo tanto se hace evidente su utilidad en la práctica (Cornejo, 2016). La técnica conlleva un uso responsable, no ha de ser utilizada meramente para llenar espacios, sino ser aplicada cuando el terapeuta determine su pertinencia a partir de lo que ocurre en la sesión (Cornejo, 2010).

Algunas de las técnicas más habituales según Oaklander (2005), son las siguientes:

El dibujo y la fantasía. En el trabajo con niños el dibujo es una herramienta esencial, ya que permite profundizar en la experiencia del infante y adolescente. Las temáticas para explorar son variadas y adaptables, puede ofrecerse el ejercicio de realizar un dibujo libre, de la familia, de sí mismo, entre otros temas. La característica esencial en la aplicación consiste en que el trabajo con dibujos no es interpretativo, sino descriptivo, solicitando que se identifique con ciertos elementos de su obra, por ejemplo, darle voz a un árbol y hablar como si fuera éste, o con los colores de un paisaje, etc. Esto permite la toma de consciencia sobre sí mismo y la expresión de sus conflictos internos.

Dramatización. La actuación permite que los niños amplíen su repertorio de conductas y amplíen sus funciones de contacto, ya que en la actuación no dejan de ser ellos, sino que ensayan otras posibilidades de ser. La dramatización potencia la toma de consciencia del yo, del cuerpo, de la imaginación, de los sentidos, dando expresión a las partes ocultas y perdidas del sí mismo. En el trabajo con niños la dramatización puede llevarse a cabo desde simples ejercicios con gestos para representar ciertos acontecimientos

hasta obras o representaciones más elaboradas haciendo uso de disfraces y otras caracterizaciones.

Experiencia sensorial. En la psicoterapia gestáltica, se toma en cuenta el énfasis que la cultura tiene sobre los aspectos racionales del ser humano y cómo se otorga suma importancia a las habilidades de razonamiento abstracto, resolución de problemas, etc. Lo anterior es útil y relevante en el contexto del niño, como la escuela, no obstante, se corre el riesgo de quedar relegados los aspectos sensoriales del niño, los cuales son los que permiten contactar con su entorno. Ofrecer al niño experiencias para fortalecer los sentidos de la vista, gusto, olfato, tacto y oído es un recurso frecuente en la psicoterapia gestáltica. Como ejemplo de ello, puede ser el trabajo con masa, arcilla, describir sensaciones al tocar objetos, mirar y dibujar, observar a través de diferentes lentes de colores, escuchar, describir y reconocer sonidos, probar sabores, olor aromas, etc.

Capítulo 2. Evaluación diagnóstica

2.1 Descripción del escenario y participantes

El proceso psicoterapéutico fue llevado a cabo en una clínica de atención psicológica ubicada en la ciudad de Mérida, Yucatán. Dicho escenario pertenece al sector público y se encarga de brindar psicoterapia a niños, adolescentes y adultos a un costo accesible para las personas. Sus principales usuarios provienen de los diversos sectores de la ciudad de Mérida, los cuales varían en nivel socioeconómico y también recibe a personas provenientes de otras localidades cercanas a Mérida.

El primer contacto con la clínica se da generalmente por vía telefónica, después se llena una solicitud a partir de una entrevista psicológica breve y un estudio socioeconómico. Posteriormente la clínica coordina la asignación de un terapeuta para atender las necesidades particulares de dicho usuario.

En el caso presentado en este trabajo, dado que el paciente es un menor de edad, la madre fue quien solicitó el servicio a la clínica por recomendación de la escuela, así mismo, brindó el consentimiento legal para la intervención psicológica. Previamente uno de los hermanos había sido atendido en la misma clínica, un par de meses antes de la solicitud del paciente.

2.1.1 Motivo de consulta. La madre acude a solicitar el servicio de psicoterapia por sugerencia de la directora de la primaria. Los problemas manifiestos comienzan cuando el curso escolar comienza a tornarse difícil para el niño, la madre comenta en la solicitud que su hijo era muy feliz hasta que las tareas se elevaron de dificultad y entonces comenzó a

llorar diciendo que no quería hacerla, a chuparse los labios y a masturbarse con mucha frecuencia en la casa. Durante la entrevista con el terapeuta, ella menciona que su preocupación ronda en torno a que su hijo se lastime. Mientras la madre narra el motivo de consulta, su lenguaje no verbal denota cierto grado de ansiedad.

2.1.2 Datos generales. Los datos de los participantes son los siguientes:

Seudónimo: Marcos	Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán
Edad: 6 años	Escolaridad: 1° de primaria
Sexo: Hombre	Escuela: Pública
Fecha de nacimiento: 18 de agosto de 2012	Nivel socioeconómico: medio-bajo
Motivo de consulta: Ansiedad, presentada a través de la masturbación frecuente	Vive con: ambos padres, abuela paterna y sus 3 hermanos mayores

2.1.3 Descripción del paciente. Marcos es un niño de 6 años, de complexión ligeramente delgada, piel morena y de estatura aproximada entre 1.20 y 1.30 metros, como el promedio de los niños de su edad. Suele llegar a la consulta vestido con camisa polo o playera, pantalón de mezclilla y tenis, luciendo bien peinado y aseado. Su actitud frente al terapeuta es principalmente silenciosa, responde al llamado para entrar a la sala de juegos alentado por su hermano mayor y en ocasiones por su madre quien lo anima a entrar.

2.1.4 Conceptualización del caso. Según los modos de relación planteados por Muñoz Polit (2014), en las sesiones de la fase diagnóstica se observa un patrón relacional caracterizado por la retroflexión, aislamiento, introyección y fijación.

La retroflexión en Marcos es observada principalmente en la conducta sintomática planteada por la madre. El mordisqueo de los labios, la masturbación y el retraimiento

denotan una vuelta hacia sí mismo de sus ansiedades como estrategia de regulación a nivel emocional.

El aislamiento del entorno puede apreciarse en las sesiones donde se presenta de manera cautelosa y reservada, jugando principalmente en silencio. Por otra parte, la confluencia con la madre se traduce en un apego notorio a la misma, mostrándose frustrado cuando ésta debe ausentarse para salir a comprar y hacer otras actividades. La fijación se manifiesta en su atención destinada a los temas de las tareas, en los cuales su pensamiento está enfocado en si la tarea será mucha o poca, difícil o sencilla.

2.1.5 Objetivo general. Describir desde la perspectiva gestáltica, las características del entorno familiar, escolar y social que sostienen el síntoma del niño, asimismo, determinar aquellos recursos que pueden servir como alternativas al síntoma en el niño y aquellos que el ambiente puede brindarle, con el fin de proponer una intervención que permita flexibilizar su respuesta sintomática.

2.1.6 Objetivos específicos. A partir del objetivo general, se derivan los siguientes objetivos:

- Determinar los elementos del entorno familiar, escolar y social que sostienen el síntoma del niño.
- Definir los recursos que pueden servir como alternativas al síntoma en el niño.
- Determinar los recursos que el entorno familiar, escolar y social puede ofrecer como apoyo a las necesidades psicológicas del niño.

2.1.7 Definición de variables

Sujeto: El sujeto es considerado un organismo con tendencia al desarrollo a partir de la interacción con el entorno. Cada persona es tratada como un otro separado, como un fin en sí misma.

Ansiedad: mecanismo básico para la supervivencia del ser humano, el cual consiste en una respuesta que incita a la persona a actuar, enfrentar o escapar de una situación que representa cierto grado de amenaza significativo (Cárdenas, Feria, Palacios, y de la Peña, 2010).

Intervención psicoterapéutica gestáltica: Proceso en el que se trabaja desde la relación *yo-tú*, desde el cual, el sujeto es una entidad separada (organismo) que a su vez pertenece a un medio (entorno). Se hace énfasis en lo que se está pensando, sintiendo o haciendo en lugar de lo que puede o debería ser. Por medio del diálogo, una persona sabe y confirma que el otro es una conciencia separada e igualmente importante. Diálogo significa una relación basada en el compromiso y el surgimiento, más que una relación para dirigir al paciente hacia algo o retener presencia o gratificación al servicio del fomento de la neurosis de transferencia (Yontef, 2018).

2.2 Instrumentos

Historia clínica psicológica. Ramos Pozón (2015) la define como el conjunto de datos biopsicosociales vinculados a la salud de un paciente, cuyo objetivo está orientado a recopilar la información necesaria para brindar un servicio de salud mental. Esta ha de contener cuatro apartados: signos, síntomas, anotaciones subjetivas y cuestiones éticas. Todo lo anterior ha de estar centrado para y en el paciente.

2.2.1 Test de la familia. Se aplicó el dibujo de la familia de acuerdo con los criterios de Lluís, Porot y Korbman presentados en Esquivel Ancona, Heredia y Ancona y Gómez-Maqueo (2007). El dibujo de la familia permite conocer las dificultades de adaptación al medio familiar, conflictos edípicos y rivalidad fraterna. Evalúa cómo el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye en este sistema al que se considera como un todo. Permite investigar acerca de los aspectos de la comunicación con otros miembros de su familia, y de los miembros restantes. Se toma en cuenta la etapa de desarrollo cronológico en la que se encuentra, así como la fase de desarrollo emocional, desde la perspectiva psicoanalítica.

2.2.2 Dibujo libre. De acuerdo con Amaya (2007) el dibujo libre es una técnica que permite al niño expresar de manera indirecta su propio motivo de consulta que puede coincidir o no con el de los padres o adultos que lo refieren. Las técnicas gráficas permiten que el niño cuente con un espacio de simbolización más allá de las palabras. En este caso se le pidió a Marcos que dibujara en la primera sesión lo que el deseara.

2.2.3 Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI). La ENI se utiliza para la evaluación neuropsicológica de 13 dominios divididos en 3 secciones: funciones cognitivas, ejecutivas y signos neurológicos blandos. Dicha prueba permite evaluar áreas como la atención, memoria, lenguaje, lectura, escritura, habilidades metalingüísticas, entre otras (Rosselli, Matute y Ardila, 2010).

Se utilizaron las escalas referentes a lectura y escritura para evaluar el desempeño del niño, puesto que en el motivo de consulta se describió la ansiedad a la hora de hacer las tareas.

2.3 Técnicas

2.3.1 Entrevista con los padres. Para iniciar la fase diagnóstica es imprescindible llevar a cabo una entrevista con los padres en la cual se define el motivo de consulta y se discute sobre los antecedentes de desarrollo del niño, así como información de su contexto, con quiénes vive, las relaciones entre ellos, etc. Los padres suelen ser las principales fuentes de información, es importante también brindar atención a cómo interactúan entre ellos, y cómo se sienten respecto al motivo por el cual solicitan el servicio (Perpiñá, 2012). En el caso de los padres de Marcos, la primera sesión solo estuvo presente la madre, ya que el padre no pudo asistir por motivos de trabajo.

2.3.2 Observación del juego familiar o relacional. Esta modalidad hace uso de las propiedades estructurales y psicosociales del juego, de las cuales se elabora el diagnóstico, al mismo tiempo que permite hacer precisiones con fines terapéuticos. El juego entre los miembros de la familia aporta información significativa a lo largo de todo el proceso de intervención (Shlomo, 2003).

2.3.3 Observación del juego libre. Este tipo de juego sirve para crear un ambiente de confianza en las sesiones permitiendo que el niño elija el juego que desea jugar. Durante esta fase permite observar patrones de conducta y de pensamiento (Gamboa en Esquivel, 2010).

Sesiones de psicoterapia. Consiste en la intervención por medio de técnicas e instrumentos psicoterapéuticos como el juego, que implican una mediación junto con el sujeto, provocando el desarrollo de mecanismos que permitan visualizarse a sí mismo, redefinir su

proyecto de ser y, salir de la situación de impasse en la dinámica psicológica (Peres Geremias, de Barros de Souza, Ferreira Portela, Paiva dos Santos y Barcelos Pereira, 2020).

2.3.4 Resultados de la fase diagnóstica. A partir de la entrevista clínica, la observación y las pruebas aplicadas se plantea que el principal modo de relación de Marcos es la retroflexión, la cual es observable a través de conductas asociadas al retraimiento y timidez, así como un desempeño por debajo de lo esperado para su edad en cuanto al desarrollo del lenguaje y la lectoescritura.

Asimismo, se observó un modo de relación confluyente respecto al vínculo con su madre, en situaciones que por la edad cronológica se esperaría que pueda hacer con menor o ningún apoyo, como ir al baño o hacer la tarea, así como la necesidad de proximidad física en lugares nuevos.

En la interacción madre-hijo durante las sesiones de juego se observa una tendencia a la sobreprotección por parte de ella hacia el niño y por lo tanto la falta de apoyo al desarrollo de la autonomía de éste. De igual manera, esta pauta es encontrada también a lo largo de las descripciones que hace la madre sobre la vida en casa con su hijo.

Respecto a la conducta sintomática, esta consiste en actos de masturbación compulsiva y mordisqueo de los labios cuando el niño se encuentra en casa. En la escuela se reportó que éste suele llorar cuando no puede concretar las tareas asignadas y evita copiar el contenido de la pizarra ya que le es difícil seguir el ritmo de la clase.

A partir de estos elementos se tomó la decisión de canalizarlo a un centro psicopedagógico para estimular el lenguaje y apoyarlo a consolidar la lectoescritura con el fin de mejorar el desempeño y que contara con recursos que le hicieran sentir más seguro

en la escuela. Respecto a lo observado en la díada madre-hijo se intervino haciendo recomendaciones que favorecieran el darle más autonomía al niño, en congruencia con el trabajo durante las sesiones con el niño donde se favorecía su toma de decisiones y la expresión de sus sentimientos a partir de diversas estrategias.

Capítulo 3. Programa de intervención

3.1 Introducción

La metodología de este trabajo está basada en el modelo de estudio de caso clínico propuesto por González Núñez (2014), el cual tiene como características la individualidad del sujeto de estudio, profundidad y exhaustividad en el estudio de la personalidad humana. Dicho método surge debido a que en la investigación clínica no siempre puede llevarse a cabo la misma sistematización que en otras disciplinas o fenómenos a estudiar. Entre las ventajas de este enfoque se encuentra el estudiar un fenómeno cuyas variables, en este caso, la experiencia ansiosa en el infante es difícil de operacionalizar y controlar.

Siguiendo a Gallo (2012), la construcción del caso expone la lógica seguida en el trabajo, no describe lo ocurrido sesión a sesión, sino busca hacer una reducción de lo evidente para destacar el elemento lógico. Enfatiza el autor que en la presentación del caso no se tiene como objetivo hacer un recuento de la biografía del paciente como en los historiales clínicos, sino de plantear aquello que lo convierte en un caso particular.

A pesar de las críticas de este método y, para propósitos de este trabajo, el estudio de caso se considera justificado en una serie de postulados referentes a la filosofía de la ciencia resumidos por Zanotti (2003) en Yacuzzi (2005). Dichos postulados hacen referencia a que toda actividad científica requiere de presupuestos metafísicos, es decir, parte de una concepción de la realidad y los fenómenos los cuales guían el método; aborda los hechos desde alguna postura interpretativa desde la cual busca comprobarse la hipótesis planteada, asimismo, sugiere la pluralidad y la relatividad de los paradigmas empleados en el quehacer científico.

La presente intervención tiene como guía el enfoque gestáltico, que parte de la fenomenología aplicada a la psicoterapia, por lo tanto, se concede prioridad a la descripción del proceso de aquello que ocurre en la sesión, el terapeuta busca establecer un diálogo horizontal con el paciente, asumiendo una actitud yo-tú en la cual acepta al paciente tal y cómo es, procurando que tome consciencia de sus modos de relación e invitarlo a tener nuevas experiencias que amplíen su sentido de sí mismo dentro del proceso.

La finalidad de la intervención es que el niño fortalezca el sentido de sí mismo, aumentando su capacidad de autoapoyo fuera del espacio terapéutico, lo cual conlleva una disminución de la ansiedad y la conducta sintomática. Asimismo, que los padres sean capaces de ofrecer los apoyos congruentes con la etapa de desarrollo que atraviesa.

3.2 Objetivos del programa de intervención

3.2.1 Objetivo general: establecer una relación de confianza con el niño, que facilite la expresión emocional en el espacio terapéutico. Asimismo, fomentar en el entorno familiar el desarrollo de la conciencia de dichas necesidades y generación de nuevas estrategias para la crianza, con el fin de disminuir la presencia de la conducta sintomática.

3.2.2 Objetivos específicos:

- Establecer la relación terapéutica con el niño.
- Apoyar la expresión emocional del niño en las sesiones de terapia.
- A partir del contenido expresado, determinar las necesidades psicológicas del niño.
- Que los padres desarrollen mayor consciencia respecto a las necesidades de su hijo y nuevos patrones de crianza.

3.3 Programa de intervención

3.3.1 Diseño de intervención. La intervención fue diseñada a partir de la información recopilada en el motivo de consulta, en las entrevistas iniciales con la madre, en el diagnóstico elaborado a partir de las sesiones con el niño. Se utilizó el enfoque gestáltico para su conceptualización y desarrollo de la intervención acorde a sus postulados.

El proceso psicoterapéutico presentado, inicia el 22 de febrero del 2019 y se reporta hasta el 8 de julio del 2020 con un total de 53 sesiones.

Debido a la contingencia sanitaria por el coronavirus las sesiones fueron interrumpidas entre el 14 de marzo del 2020 y el 28 de abril del 2020. A partir del 29 de abril en adelante, las sesiones fueron llevadas a cabo en modalidad en línea a través de videoconferencia y llamadas telefónicas.

3.3.2 Fases de intervención. El programa de intervención fue dividido en tres partes para su planeación: diagnóstico, intervención y evaluación.

El diagnóstico comprende las sesiones iniciales de la psicoterapia donde se entrevista a los padres, se evalúa al niño desde los primeros contactos y se conceptualiza el caso. El diagnóstico empleado es de carácter dinámico, es decir, se elabora desde el inicio, pero es susceptible de modificarse durante la fase de intervención cuando aparece información relevante. Dura alrededor de 3 a 5 sesiones.

La fase de intervención inicia cuando se ha dado término al diagnóstico inicial del niño y se han establecido los objetivos terapéuticos. Esta parte del proceso contempla evaluaciones de la conducta del niño en entrevistas con los padres y de lo ocurrido en las sesiones para verificar la efectividad de la terapia. A lo largo de las sesiones se trabajarán

las necesidades del niño expresadas a través del juego y otros medios como los dibujos, narraciones, creaciones con diversos materiales; ésta concluye cuando el objetivo terapéutico ha sido alcanzado y se aprecia un cambio en la relación en el espacio terapéutico y una mejoría significativa en la vida cotidiana. No tiene una duración exacta, ya que es variable.

La fase de evaluación es realizada al final del proceso psicoterapéutico cuando se han alcanzado los objetivos y el niño ha presentado mejoría. Se prepara el seguimiento del proceso, abordando el tema en la sesión con el paciente y también en las entrevistas con los padres para hacer las devoluciones respectivas que mantengan los efectos de la intervención a largo plazo. Dura 2 sesiones, una con el niño y otra con los padres.

3.3.3 Proceso de psicoterapia. El proceso de la terapia gestáltica considera las tres fases de intervención descritas previamente, por lo que integra dentro de las sesiones la aplicación de instrumentos de evaluación, entrevistas y el juego como medio para un diagnóstico inicial con el niño.

Desde este modelo de trabajo las principales tareas del terapeuta son establecer una relación de confianza con el paciente y facilitar el fortalecimiento del sí mismo a través de las experiencias co-creadas durante la sesión a través del juego y la palabra.

A continuación, se presenta un resumen de las sesiones, donde se describe el objetivo, recursos implementados y aspectos relevantes de la sesión:

Tabla 4

Resumen de las sesiones				
Fase diagnóstica				
Sesión	Objetivo	Instrumento	Técnica	Dinámica
1	Recopilar información y formular primeras hipótesis clínicas.	Formato de historia clínica	Entrevista semiestructurada	Entrevistar a la madre, definir motivo de consulta e investigar aspectos relevantes.
2	Establecer alianza terapéutica con el niño	Juegos de mesa de carreras	Juego libre Dibujo libre	Presentación, jugar con el niño, pedirle que dibuje.
3	Explorar la dinámica familiar	Test de la familia Cuestionario con preguntas	Evaluación psicológica	Aplicación del test de la familia
4	Observar conflictos en el juego	Figuras de miniaturas	Juego libre	Se fomenta el juego espontáneo en el niño. Éste crea una historia.
5	Observar conflictos en el juego	Juegos de mesa de adivinanzas, comesolos, resolución de problemas.	Juego libre	Se fomenta el juego espontáneo en el niño. Éste elige juegos estructurados que suponen retos.
6				No asistieron (cancelaron para estudiar en casa)
Fase de intervención				
7	Facilitar la autoafirmación Realizar seguimiento con la madre	Figuras de animales Muñecos armables Espadas de juguete	Juego libre y agresivo Entrevista semiestructurada	Acompañar al niño en la expresión de su fuerza a través del juego. Se entrevistó a la madre para obtener información en casa.
8	Fortalecer la alianza terapéutica con el niño	Memoramas	Juego libre Entrevista semiestructurada	Revisar con el niño su propio motivo de consulta: la relación con sus hermanos.
9	Facilitar la autoafirmación	Bolicho Pistolas Espadas	Juego libre	Acompañar al niño en la expresión de su fuerza a través del juego.
10	Facilitar experiencias de logro	Memoramas Laberinto	Juego libre	Acompañar al niño en la resolución de los problemas a través del juego.
11	Sostener la actitud dialogal en la sesión	Trompo de juguete Señores cara de papa	Juego libre Entrevista no estructurada	Compartir con el niño la experiencia común del juego. Muestra pautas de rivalidad.
12	Realizar seguimiento con la madre	Apuntes	Entrevista semiestructurada	Entrevisté a la madre y en el contenido se observó sentimientos de culpa y preocupación respecto a la crianza de sus hijos.

13				Cancelé la sesión porque tenía que viajar a exponer un trabajo.
14	Facilitar la expresión de necesidades y emociones	Hojas en blanco Pelota Palitos chinos	Técnica MATEA	El niño expresa temor a estar solo y estar molesto porque sus hermanos le pegan.
15	Evaluar la lectoescritura en el niño	Prueba ENI	Evaluación psicológica	Administración de la prueba al niño.
16	Evaluar la lectoescritura en el niño Seguimiento con la madre	Prueba ENI	Evaluación psicológica Entrevista semiestructurada	Se administró el resto de la prueba al niño y la madre expresó algunas cuestiones relacionadas con la crianza del niño.
17	Contención de la ansiedad del niño	Helicóptero de juguete	Juego libre Entrevista no estructurada	El niño hacía preguntas relacionadas a sus temores a través del juego, le respondía que los helicópteros serían rescatados. Despedida por vacaciones.
18	Fortalecer la alianza terapéutica	Juegos de mesa	Juego libre	Se retomó el contacto después de las vacaciones y el juego se orientó a crear un clima cálido.
19	Observar pautas de interacción madre-hijo	Juegos de mesa	Observación del Juego relacional	Se observa el juego y se retroalimenta a la madre sobre su papel en la sesión.
20	Facilitar experiencias de logro	Juego de mesa	Juego libre	El niño compite conmigo jugando cartas y se muestra satisfecho al ganar. Se entrega el informe a la madre para derivarlo a apoyo psicopedagógico.
21	Facilitar la expresión de necesidades y emociones	Figuras de miniatura (muñecos, muebles)	Juego libre	A través de la fantasía, el niño presenta una escena relacionada con el afecto y su familia.
22	Facilitar la expresión de necesidades y emociones	Figuras de miniatura (muñecos, muebles, autos)	Juego libre Entrevista semiestructurada	A través de la fantasía, el niño presenta una escena relacionada con el afecto y su familia. Su madre habla sobre su propia infancia, a partir de indagar sobre el manejo de emociones.
23				No se atendió porque llegaron tarde.

24				Faltaron sin avisar.
25	Facilitar experiencias de logro	Juegos de mesa	Juego libre	El niño compite conmigo jugando cartas y juegos de carreras y se muestra satisfecho al ganar.
26	Facilitar experiencias de logro	Juegos de mesa	Juego libre	El niño compite conmigo jugando cartas y juegos de carreras y se muestra satisfecho al ganar.
27	Facilitar experiencias de logro	Juegos de mesa	Juego libre	El niño compite conmigo jugando cartas y se muestra satisfecho al ganar.
28	Trabajar la tolerancia a la frustración	Juegos de mesa	Juego libre	El niño juega a Laberinto, se enoja al perder y la sesión se desarrolla a partir de esta experiencia.
29	Facilitar la expresión de necesidades y emociones	Figuras de miniatura (muñecos, muebles)	Juego libre	A través de la fantasía, el niño presenta una escena relacionada con el afecto y su familia.
30				No asistieron, se fueron de viaje, avisaron con anticipación.
31	Facilitar la expresión de necesidades y emociones	Figuras de miniatura (muñecos, muebles)	Juego libre	A través de la fantasía, el niño presenta una escena relacionada con el afecto y su familia.
32				No asistieron. Avisaron que no podrían llegar.
33	Resolución de conflictos, cooperación.	Ranas saltarinas	Juego libre	Establecimos una meta común en el juego en lugar de competir.
34	Trabajar la relación con los hermanos.	Hojas y colores	Dibujo libre	A través de la fantasía del dibujo, el niño elabora sus conflictos respecto a sus hermanos y el ambiente familiar.
35	Trabajar la relación con los hermanos.	Hojas y colores	Dibujo libre	A través de la fantasía del dibujo, el niño elabora sus conflictos respecto a sus hermanos y el ambiente familiar.
36	Trabajar la relación con los hermanos.	Hojas y colores	Dibujo libre	A través de la fantasía del dibujo, el niño elabora sus conflictos respecto a sus hermanos y el ambiente familiar.
37	Facilitar la expresión de necesidades y emociones	Figuras de miniatura (muñecos, muebles)	Juego libre	A través de la fantasía, el niño presenta una escena relacionada con el afecto y su familia.

	Realizar seguimiento con la madre.			Refiere mayor autonomía en casa.
38	Observar pautas de interacción madre-hijo	Juegos de mesa	Observación del Juego relacional	Se observa el juego y se retroalimenta a la madre sobre su papel en la sesión.
39	Observar pautas de interacción madre-hijo	Juegos de mesa	Observación del Juego relacional	Se observa el juego y se retroalimenta a la madre sobre su papel en la sesión.
40	Facilitar la expresión de necesidades y emociones	Plastilina	Juego libre	A través del trabajo con la plastilina el niño presenta inquietudes respecto a la sexualidad.
41	Hablar respecto a la sexualidad acorde a su edad.	Muñecos sexuales	Psicoeducación	Le enseñé los muñecos, hablamos sobre las partes del cuerpo y me preguntó algunas diferencias respecto a los hombres y mujeres. Última sesión presencial.
42	Sostener la relación a distancia.	Videoconferencia Juguetes	Teleterapia	Compartimos algunas cosas de nuestros hogares y jugamos a las adivinanzas.
43	Sostener la relación a distancia.	Videoconferencia Plastilina	Teleterapia	Compartimos aspectos de nuestros hogares, hicimos creaciones con plastilina.
44	Sostener la relación a distancia	Videoconferencia Juguetes	Teleterapia	Me comparte sus juguetes y hace preguntas sobre mi vida en casa.
45	Sostener la relación a distancia	Videoconferencia Juguetes	Teleterapia	Me muestra nuevos juguetes y me comparte algunas creaciones que hizo fuera de la sesión, me da la impresión que no las hizo él. Me invita a jugar Free Fire en la siguiente sesión.
46	Observar necesidades a través del diálogo	Videoconferencia	Teleterapia	Me hacía preguntas como “¿qué haces cuando llueve? ¿y si estás en la calle?” que expresan su ansiedad, respondo para modelar alternativas. Hablamos sobre videojuegos.

47	Resolución de problemas	Videoconferencia Miniaturas de juguete	Teleterapia	Tratamos de jugar Free Fire, pero debido a dificultades técnicas usamos el juego de fantasía para jugar nuestro propio Free Fire.
48	Observar necesidades a través del juego	Videoconferencia Juego en línea Free Fire	Teleterapia	El niño proyecta sus deseos de ser protegido a través de “cuidarme” en el juego.
49	Acompañar en las experiencias de logro	Videoconferencia Juego en línea Free Fire	Teleterapia	Acompaño al niño durante las partidas, mientras habla sobre como él tiene dominio en sus habilidades de juego.
50	Trabajar la relación con los hermanos a través del juego	Videoconferencia Juego en línea Free Fire	Teleterapia Juego con el hermano	Acompaño al niño durante las partidas junto con su hermano, éste me mata por ser el nuevo, como probablemente hace con su hermano en la vida cotidiana.
51	Trabajar la relación con los hermanos	Videoconferencia Hojas en blanco y colores Juego en línea	Teleterapia Dibujo libre	El niño expresa sus conflictos con sus hermanos (sentirse menos hábil y en rivalidad) a través del dibujo.
52	Trabajo con proyecciones	Videoconferencia Hojas en blanco y colores	Teleterapia Dibujo libre	El niño expresa conflictos a través del dibujo.
53	Realizar seguimiento con los padres	Videoconferencia Hojas en blanco y colores	Entrevista semiestructurada Dibujo libre	Se dialogó con los padres respecto a las necesidades emociones del niño, se contrastaron avances y puntos a trabajar en el futuro.

Capítulo 4. Resultados de la intervención

La mayor parte del proceso se plantea la intervención en función de las necesidades presentadas por el niño a través del diálogo, que en el caso de la terapia infantil se manifiesta en el juego. Asimismo, es importante aclarar, que la mayoría de los aspectos a trabajar son atendidos de manera no lineal en la terapia. Es decir, que el contenido de las sesiones no suele planearse, salvo en algunas ocasiones que el terapeuta lo considere pertinente. Gran parte de los elementos que el niño necesita trabajar se repiten ocasionalmente a lo largo de las sesiones hasta consolidarse.

4.1 Resultados de la evaluación psicológica

4.1.1. Historia clínica.

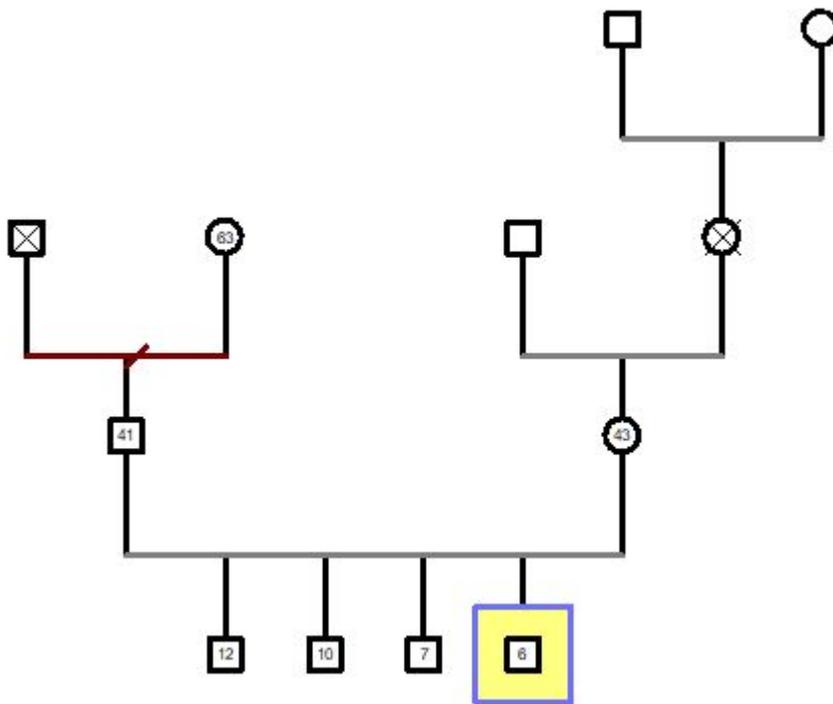
Descripción del paciente. Marcos es un niño de complexión ligeramente delgada, piel morena y de estatura aproximada entre 1.20 y 1.30 metros, en el promedio de los niños de su edad. Llega vestido a la consulta con camisa polo, pantalón de mezclilla y tenis, luciendo peinado y aseado. Su actitud frente al terapeuta es principalmente silenciosa y sonriente, responde al llamado para entrar a la sala de juegos alentado por su hermano mayor quien le afirma que se divertirá.

Motivo de consulta. La madre viene a solicitar el servicio de psicoterapia por sugerencia de la directora de la primaria. Los problemas manifiestos comienzan cuando el curso escolar comienza a tornarse difícil para Marcos, la madre comenta en la solicitud que el niño era muy feliz hasta que las tareas se elevaron de dificultad y entonces comenzó a llorar diciendo que no quería hacerla, a chuparse los labios y a masturbarse con mucha frecuencia en la casa. Durante la entrevista con el terapeuta, ella menciona que su

preocupación ronda en torno a que su hijo se lastime. Mientras la madre me cuenta esto, noto que agita su pierna rápidamente.

Estructura familiar. La estructura del hogar de Marcos está conformada por la abuela paterna Genoveva (63) su madre Elizabeth (43), su padre José Marcos (41), sus hermanos Bernardo (12), Benito (10), Benjamín (7) y él (6) como el último de los hijos. La estructura familiar se presenta gráficamente a continuación en la Figura 1:

Figura 1. Familiograma



Antecedentes prenatales, perinatales y posnatales. Marcos es el último hijo de cuatro hermanos varones. Su madre describe el embarazo como *tranquilo*, ya que en ese momento hacía tiempo que dejó de trabajar para dedicarse de lleno a la crianza de los niños. Su penúltimo hijo tenía 1 año y 2 meses cuando nace Marcos. Al hablar sobre si fue

deseado o no, ella menciona que no fue planeado pero que tampoco lo tomó drástico, sino que fue bienvenido.

Debido a que seguía teniendo sangrado durante los primeros meses del embarazo, no fue sino hasta que comenzó a tener náuseas que fue al médico, ella explica que cuando consultó no pensaba estar embarazada porque las náuseas no eran comunes en sus embarazos anteriores. En el momento que consultó llevaba casi 2 meses embarazada.

En su historial de embarazos, hubo un desprendimiento parcial de la placenta en el segundo hijo, guardó reposo y logró volver a adherirse para continuar el embarazo. En el caso de Marcos, la madre presentó presión alta alrededor del octavo mes. Estuvo ingresada 3 semanas en el hospital hasta concretar el embarazo. Al explorar cómo se sentía estando ingresada, menciona que estaba tranquila porque la visitaba su esposo y su suegra, asimismo, no era su primer internamiento, ya que con el penúltimo hijo fue cesárea, por lo que pasó 2 días en el hospital.

En el caso de Marcos, describe que su hijo venía *atravesado*, es decir en posición horizontal, presionando las costillas de la madre, por lo que tuvieron que hacerle una cesárea para que pudiese nacer. Durante el parto hubo desgarro de matriz, no hubo complicaciones para el bebé, pero la madre no se encontraba en condiciones para sostener a su hijo, ni amamantarlo por los medicamentos, sino hasta el día siguiente fue la primera vez que lo sostuvo.

Alimentación. Como ha sido mencionado previamente, el primer día de vida no fue amamantado, sino hasta el siguiente. A partir del segundo día, la lactancia transcurrió con

normalidad hasta el destete en el sexto mes, menciona que el niño dejó el pecho por su cuenta.

Sobre este punto, replica la madre que planeaba dárselo hasta que éste lo dejara voluntariamente, al preguntarle hasta qué edad pensaba que ocurriría esto, ella dijo que tal vez a los 2 o 3 años.

Por otra parte, comenta que desde el 5 mes le comenzó a dar probaditas de papilla, galletas humedecidas y algunas frutas. Lo describe con buen apetito.

Sueño. En esta área, menciona que su sueño ha sido normal durante la mayor parte de su vida. Cuando era bebé lloraba cuando tenía hambre y luego de alimentarlo seguía durmiendo, lo describe como tranquilo. Marcos dormía toda la noche hasta que inició la primaria y comenzó a manifestar ansiedad, a partir de este punto estuvo despertándose durante la noche para pasar a dormir a la hamaca con su mamá. Actualmente esto ha disminuido y los patrones de sueño volvieron a la normalidad.

Motricidad. La madre procuró estimular la motricidad de su hijo, desde el segundo mes de vida hacían ejercicios juntos donde ella le hablaba y cantaba, movía sus piernas y brazos para estimularlos después de la hora del baño. Comenzó a gatear a los 5 meses de edad y al año comenzó a caminar.

Autonomía. Sobre el desarrollo de la autonomía de Marcos, su madre describe que se desenvuelve de manera satisfactoria en casa y la escuela. Se comenzó a vestir solo desde los 4 años y medio y a los 6 ya lo hacía sin ayuda prácticamente. En algunas ocasiones, cuando la madre despertaba, él ya se estaba cambiando porque el hermano mayor también

se levantaba. Actualmente el escoge su ropa, la dobla y en algunas ocasiones su mamá se la escoge.

Asimismo, también se baña solo. Sin embargo, durante los periodos de ansiedad se observó un retroceso en este aspecto, pedía que lo volvieran a bañar otra vez. De igual manera, en las tareas de la escuela es donde le ha sido difícil hacerlas por cuenta propia y su mamá le ayuda en ocasiones porque se pone a llorar y dice que no puede.

Lenguaje. En el desarrollo del lenguaje, comenta que entre los 3 y 4 meses de edad ya observaba que éste intentaba hablar con algunos balbuceos. La madre menciona que a los 6 meses comienza a decir su primera palabra “papá”, posteriormente adquiere más claridad y vocabulario entre los 7 y 8 meses.

En la actualidad, el desarrollo de la lectoescritura se ve por debajo de lo esperado para su edad, por ello, ha asistido a clases de regularización y ejercicios en casa para apoyarlo.

En el espacio terapéutico se observa que su lenguaje aún es limitado en vocabulario, sin embargo, sus preguntas denotan un razonamiento más acorde a su edad.

Esfínteres. El entrenamiento para el control de esfínteres procedió de la siguiente manera: entre el año y medio y los dos años le quitó el pañal. A partir de este momento, comenzó a avisar que lo llevaran al baño a hacer pipí o popó. Cuando llegó a los 3 años ya podía ir solo al baño con la supervisión del adulto.

Al iniciar la manifestación de la ansiedad tuvo algunos periodos en los que se orinaba mientras dormía, menciona la madre que esto ocurría aproximadamente 1 vez cada

3 meses. Esto cesó y actualmente lleva 6 meses sin que esto suceda. Algo que es observado es que el niño se levanta en la noche a orinar.

Salud. Actualmente el niño goza de buena salud física. En su historial médico, comenta la mamá que al año y medio de edad padeció de asma y fue llevado al hospital para nebulizarlo en dos ocasiones, pero nunca tuvo que pasar la noche ahí, aclara. Esto cesó alrededor de los dos años, comenzó a darle productos de Omnilife y tés naturales. Actualmente lleva 4 años sin síntomas asmáticos.

Sexualidad e identificación de género. En esta área, puede observarse que Marcos se identifica a sí mismo como varón, lo cual es congruente con su vestimenta, conducta e intereses manifestados en los juegos que elige, de acuerdo con las convenciones de la masculinidad en nuestra cultura.

A partir de los 6 años, su madre comenzó a notar que se tocaba los genitales constantemente a la par que comenzó su ansiedad por las tareas. Recientemente, la madre comenta que platicó con el niño sobre esta conducta y él le contó que lo hace porque vio que su hermano mayor y su primo veían unos vídeos en el celular donde salía gente desnuda. Es importante mencionar cierta incomodidad aparente de la madre cuando habla sobre estos temas con su hijo.

Conducta y personalidad. Es descrito como un niño bien portado y tranquilo por sus padres, en contraste con su hermano mayor. Esta descripción es congruente con la imagen que tienen de él en la escuela, donde también mencionan que es tranquilo y no da problemas. Se observa en el consultorio como introvertido, obediente y el habla espontánea es reducida.

Socialización y patrones de juego. En la escuela, Marcos se relaciona con los niños de su edad con los que convive en su salón y con algunos más. En casa, convive con sus otros hermanos y le gusta jugar con ellos, aunque a veces se ve frustrado, puesto que los mayores ya no quieren jugar tanto y algunas veces le pegan, ante lo cual se siente triste y enojado. Su mamá comenta que también suele pasar tiempo solo jugando mientras ella hace otras actividades en la casa. Durante el periodo de cuarentena, menciona a sus amigos y que los extraña.

Familia. Los padres de Marcos llevan 14 años de casados. Su padre solía trabajar como despachador en una gasolinera y posteriormente cambió a la venta de condimentos y especias donde también trabaja la abuela paterna y donde igual solía trabajar su madre, hasta que dejó de trabajar para dedicarse al cuidado de sus hijos.

El papel de la abuela paterna es evidente, quien comparte la casa con su hijo y su familia, los cuales duermen en la sala, denotando a la falta de un espacio propio para todos los integrantes de la familia. Por otro lado, comenta la mamá los planes de casarse por la iglesia con su esposo.

Los padres refieren haber tenido problemas para la disciplina con sus hijos mayores, por lo mismo, solicitaron un proceso psicoterapéutico para el tercero.

Escuela. A los 4 años entró al preescolar. Al preguntarle a la madre por qué a esa edad, responde que no entró antes porque tras el periodo de asma ella temía que se enfermara y por ende, no quiso arriesgarlo a contagiarse de las gripas que suelen ser frecuentes en los niños de su edad, explica.

Dice que el niño no lloró cuando se le llevó al jardín de niños por primera vez, sino que todo transcurrió con tranquilidad hasta que en la primaria comenzó a aumentar la carga de las tareas y ahí fue que comenzó a manifestar la ansiedad en casa.

Su madre añade que no se acuerda de haber estado en el kínder, sobre este punto aclara que suele preguntarle qué cómo era él en esta etapa, y que le cuente sobre ello.

4.1.2 Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI).

Lenguaje: repetición, expresión y comprensión. Es capaz de repetir palabras y oraciones de manera satisfactoria, en cuanto a la expresión, se observa un vocabulario limitado al momento de nombrar los elementos que se le indican. Respecto a la comprensión, es capaz de seguir instrucciones cuando se le indican en voz alta, incluso parece comprender más palabras que las que utiliza. Un aspecto a tener en cuenta es que al escuchar una lectura su comprensión puede verse afectada si el vocabulario es complejo.

Lectura: precisión, comprensión y velocidad. En esta área, se encuentra en un nivel promedio para su edad en cuanto a la capacidad para leer palabras sencillas y oraciones, por otra parte, parece experimentar cierta dificultad para leer sílabas aisladas. Respecto a comprensión lectora, su desempeño es mejor cuando se trata de oraciones simples. Al momento de leer textos compuestos de varias oraciones, muestra mayor comprensión de lo leído cuando es en silencio que en voz alta. Es necesario aumentar la velocidad de lectura ya que se encuentra debajo de lo esperado para su edad.

Escritura: precisión. De acuerdo con lo esperado para los niños de su edad, se observa un desempeño promedio en el dictado de sílabas y palabras. Por otra parte, el dictado de oraciones parece requerir de mayor esfuerzo.

4.1.3 Test de la familia.

Los resultados de esta prueba sugieren que Marcos podría experimentar sentimientos de inferioridad, retraimiento y una autoimagen de la personalidad insuficiente, así como una forma autocontrolada de responder a las presiones de su ambiente. Algunos indicadores plantean una posible tendencia a la regresión y es probable que perciba el ambiente familiar como incomunicado.

Otros indicadores presentados plantean que Marcos percibe a la figura materna como sumamente importante y dependiente hacia la misma, en contraposición a la figura paterna, la cual aparece desvalorizada. Respecto a la jerarquía familiar, se observan posibles conflictos entre los hermanos los cuales están relacionados con la rivalidad fraterna y la percepción de preferencias por parte de los padres hacia los hijos o necesidad de afecto por parte de estos.

4.1.4 Dibujo libre.

Los resultados de los dibujos elaborados en las sesiones de terapia muestran temas relacionados con la dinámica familiar, donde suele aparecer su hermano Benjamín, él y su mamá. Por lo general, los elementos del dibujo son la casa, el sol, la luna y la lluvia; así como la división entre el mar y la tierra. Se aprecian trazos reforzados y líneas remarcadas que denotan tensión, ansiedad e impulsos agresivos. A lo largo del proceso se observa cómo sus dibujos van adquiriendo mayor estabilidad, los personajes lucen más afianzados a la tierra, y parece haber menor caos (ver Anexos 1, 4, 5 y 6).

4.2 Evaluación de los efectos y/o proceso

La intervención fue evaluada tomando en cuenta los elementos obtenidos durante la fase diagnóstica, producto de la solicitud de atención psicológica, entrevistas iniciales, juego diagnóstico y pruebas psicológicas. El seguimiento de la conducta sintomática fue considerado a partir de las entrevistas con los padres, así como los criterios gestálticos para la evaluación del proceso de terapia.

Los efectos de la intervención son divididos en tres áreas para su evaluación: el niño en la casa y escuela, los padres en su relación con el niño y la relación terapéutica. Estos apartados permiten analizar los cambios en la relación del organismo (niño) con el entorno (padres o figura del terapeuta).

Las sesiones fueron divididas en 5 bloques para su análisis, teniendo como criterio aquellos sucesos significativos que influyeron en la intervención, tales como las interrupciones del proceso debido a vacaciones de invierno, semana santa o verano, así como el cambio del tratamiento presencial a una terapia en línea debido a la contingencia por el coronavirus.

4.3 El niño en la casa y escuela

De acuerdo con lo comentado por los padres en las entrevistas de seguimiento, como efecto de la intervención en este contexto se reportó una mejora del desempeño escolar, en la cual el niño aumentó el cumplimiento de las tareas tanto en escuela como en casa con menor angustia ante las mismas. El grado de autonomía del niño en las tareas de la

vida cotidiana es mayor y presenta más iniciativa para hacerlas, ya que antes permitía que le resolvieran más cosas y ahora él pide aquello que necesita y se interesa por aprender.

Asimismo, la conducta sintomática disminuyó significativamente durante la fase de intervención. No obstante, debe tomarse en consideración que apareció nuevamente cuando iniciaron las clases en línea, ante lo cual reaccionaba con ansiedad, explica la madre.

4.4 Los padres en relación con el niño

En las entrevistas de retroalimentación con los padres se reportó mayor flexibilidad en las normas en casa con el niño, más atención y actividades recreativas con éste, así como un interés notable en el área afectiva. La actitud de los padres ante la conducta sintomática cambió, ya que se mostraron menos angustiados y más tolerantes a la misma, aplicando las estrategias sugeridas para su manejo.

4.5 La relación terapéutica

En las sesiones de psicoterapia se contemplan los datos obtenidos a partir de las conversaciones con el niño, los elementos observados en el juego, elementos no verbales del lenguaje, así como los productos generados durante la sesión como los dibujos y objetos como el trabajo con plastilina. Asimismo, las entrevistas de seguimiento con los padres son incluidas dentro de este apartado, puesto que son consideradas como una extensión de las sesiones dada la relación con el proceso del niño.

Como fuente adicional de información, también son incluidos otros elementos como observaciones informales tales como aquello que ocurre fuera del consultorio como los intercambios en la sala de espera o los mensajes por teléfono, entre otros.

Durante las sesiones de psicoterapia se observó a lo largo del proceso el aumento de experiencias de logro y disfrute durante el juego, un indicador importante dentro del proceso, asimismo, aumentaron las interacciones más espontáneas con el terapeuta, el niño compartía comentarios sobre su vida cotidiana durante la sesión y después al salir de la sala de terapia. De comportarse retraídamente se observó mayor iniciativa en la interacción. El cambio a modalidad en línea permitió, contrario a lo esperado, que se establecieran intercambios lúdicos y espontáneos entre terapeuta y paciente.

A continuación, se presenta a manera de resumen en la Tabla 5 los aspectos más relevantes durante las sesiones del proceso psicoterapéutico con el niño y sus padres:

Tabla 5

Aspectos más relevantes del proceso		
Sesiones	Título del bloque	Contenido relevante del proceso
1-8	Estableciendo los primeros contactos	El objetivo principal en esta fase es el establecimiento de la relación terapéutica. Aparece la retroflexión como modo de relación predominante, se observa a un niño callado y retraído, las intervenciones se orientan a que se exprese. En el juego aparecen elementos agresivos, donde los personajes que viven en un lugar como casa o zoológico son atacados por fuerzas externas como ladrones o soldados. Los significados posibles son aspectos propios de la personalidad (agresión) o la percepción de su entorno como inseguro.
9-17	Rivalidad y cocreación de la ansiedad	Se busca la expresión del niño, dentro de una situación espontánea en la sesión. Ocurren momentos breves de encuentro durante el juego, así como también hay momentos de interrupción a esta espontaneidad. El niño presenta una conducta de rivalidad en el juego conmigo, la cual verbaliza en frases como "yo soy el jefe y a ti te destruyeron". Al mismo tiempo, también expresa sus propios temores y necesidad de contención "y si el helicóptero se cae al mar, ¿qué pasa? ¿lo ayudarán?". Los elementos biográficos de la madre nos permiten entender las dificultades para conectarse con su hijo,

		"leer" sus emociones y dar las respuestas que necesita en el momento para que este se sienta seguro en casa.
18-34	Del conflicto a la cooperación	<p>Se observan patrones de crianza que dificultan el desarrollo de la autonomía del niño, como la tendencia a resolverle las tareas o sus propios problemas.</p> <p>Durante esta fase del proceso se trabaja con los padres cómo hablar sobre temas de educación sexual y pautas generales para la disciplina en casa.</p> <p>Las intervenciones en la sesión con el niño estuvieron encaminadas a co-crear un clima de cooperación, para que pudiera sentirse validado y apoyado.</p> <p>En algunas ocasiones observo dificultades para responder creativamente a sus expresiones de enojo, lo cual suele ocurrir también en casa con sus padres. Este punto me sirve como guía para estar más pendiente de sus necesidades.</p>
35-43	Proyección y comunicación	<p>En este bloque se utilizan las artes expresivas como medio para facilitar la proyección y elaborarla en el proceso terapéutico. La intervención se queda en un nivel expresivo, ya que en el diálogo el niño niega relación alguna de estos elementos con aspectos de sí mismo.</p> <p>Durante las sesiones de juego con la madre se trabaja la puesta de límites, con el objetivo de poder trasladarlo a la dinámica en casa.</p>
44-53	Hacia una conexión humana en teleterapia	<p>Tras el inicio de la pandemia por coronavirus, la teleterapia es una herramienta que permitió darle seguimiento a proceso a pesar de la distancia física.</p> <p>La adaptación de la terapia con niños a esta modalidad es compleja, y pone a prueba la creatividad para que las sesiones de juego no se estanquen y se conviertan en una actividad aburrida.</p> <p>Asimismo, despiertan algunas dudas del niño en relación con mi vida personal, y al mismo tiempo también permite mirar otros aspectos de la suya.</p> <p>Jugar en una plataforma en línea como Free Fire, si bien, limita nuestra interacción en esta relación en particular,</p>

		<p>por otro lado, muestra aspectos de su vida emocional ya que suele hacer comentarios como "yo lo voy a matar" "los venceré a todos" donde el niño se siente en control de la situación, a diferencia de su vida cotidiana donde se enfrenta a las dificultades académicas o en la relación con sus hermanos.</p> <p>Los padres comentaron mejoras a lo largo de estos meses, ven al niño en un funcionamiento más autónomo y con menor presencia de conductas sintomáticas.</p>
--	--	---

4.5.1 Bloque I: Estableciendo los primeros contactos (1-8).

Descripción:

Este bloque comprende las primeras 8 sesiones del proceso que incluyen la entrevista con la madre y 7 sesiones con el niño entre las fechas del 22 de febrero al 12 de abril del 2019, posterior a la octava sesión hay un receso de 2 semanas debido a las vacaciones de semana santa.

El contacto inicial es de manera indirecta, ya que el caso es asignado en la clínica como parte de la formación de la maestría, al ver el motivo de consulta relacionado con la ansiedad y la masturbación, decido aceptarlo. Tengo la entrevista con la madre el 22 de febrero donde platicamos sobre la conducta de su hijo y qué podría estar influyendo. Mi impresión de la madre es que se encuentra ansiosa por el síntoma que presenta su hijo. Menciona que el tercero de sus hijos también está concluyendo un proceso psicoterapéutico, lo cual llama mi atención.

Se normaliza la conducta del síntoma y se brindan estrategias para el manejo en casa, centrándose en cambiar el estímulo, distrayendo al niño e invitándolo a hacer

actividades en lugar de regañarle o decirle que se le untará chile, lo cual intensifica la ansiedad.

En las primeras sesiones con el niño la conducta observada es tímida y retraída, el habla espontánea es limitada; físicamente es de altura y peso bajos, lo cual le da un aspecto frágil. El silencio dentro de la sesión es tenso, al mismo tiempo se procura alentarle hablándole en un tono animado para que se sienta cómodo, se explican las funciones del psicólogo y se le invita a elegir un juego.

Los intercambios en estas sesiones guían el objetivo a establecer algún contacto más espontáneo con él, ya que la sesión tiene una atmósfera de ansiedad y retraimiento. Para ello permito que él elija algunos juegos y participó activamente. Noto que los juegos que más disfruta son aquellos donde hay algún tipo de competencia para ganar, como capturar fichas con extraterrestres, los memoramas, entre otros que involucren alguna destreza o el uso de fuerza física.

Durante este período también aparecen segmentos breves de fantasía donde Marcos presenta escenas de lucha entre personajes que representan el crimen como los ladrones y otros que representan la justicia como los policías y soldados. Estas figuras amenazan y protegen a los personajes que viven en un zoológico.

Hacia el final de este bloque aparecen intercambios lúdicos más directos, como los juegos de pelea con espadas y competencia como el memorama. Durante estas actividades Marcos es más efusivo con sus gestos, se emociona por ganar y sonrío. La atmósfera se torna distinta, más agradable como al jugar a los marcianos en la primera sesión.

Análisis del bloque:

Las primeras sesiones tienen en común el objetivo de establecer una relación terapéutica en la que el niño pueda sentirse aceptado y seguro. Para apoyar este proceso se procuró permitirle elegir los juegos y enfocarse en aquellos que le interesaran y estimularan su espontaneidad. Se hipotetiza que el modo de relación predominante es la retroflexión, es decir, el niño no percibe como seguro el entorno, por lo que se protege retirando su energía de este. Por lo tanto, las intervenciones realizadas en la sesión se orientan a que se exprese.

Esta timidez observada en la interacción directa entre paciente y terapeuta es la manifestación de un modo aprendido que le ha permitido sobrevivir en su entorno, en esta fase aun no me es claro para qué le ha servido, sin embargo, se parte de su funcionamiento adaptativo. Los elementos del juego de fantasía sugieren al menos dos posibilidades aparentes: elementos polares en su personalidad como pasividad vs. agresividad, y/o la representación de su percepción de un entorno amenazante en el que se siente inseguro.

4.5.2 Bloque II: Rivalidad y cocreación de la ansiedad (9-17).

Descripción:

Este bloque comprende las sesiones entre el 9 de mayo y el 26 de junio, que van desde el regreso de vacaciones de semana santa hasta la pausa debido a las vacaciones de verano. En este período, los temas que comienzan a desarrollarse en las sesiones con mayor claridad son la competencia, agresividad, angustia y ambivalencia.

La dinámica de las sesiones con Marcos consistió en permitirle elegir los juegos que deseaba, los cuales seleccionaba silenciosamente y compartíamos durante la sesión de terapia. Los intercambios verbales espontáneos eran reducidos, por ejemplo, al preguntarle qué hiciste esta semana y me respondía que “ayer fui al centenario”, le preguntaba qué

animales veía a lo que el respondía “un león”, y al tratar de indagar en qué otros animales habían visto respondía brevemente y dirigía la mirada hacia otro lado. Esto daba la impresión de breves intercambios verbales directos y más contenido en silencio o expresado a través del juego.

Por otra parte, también ocurren comentarios más espontáneos en los que se presenta cierta ambivalencia en nuestra relación:

En una sesión se acerca a un *beyblade* (un juguete similar al trompo), se atora y me pregunta “¿por qué se atora?”, le explico que tiene que accionarlo con fuerza para que el trompo pueda girar, luego me cuenta “en mi casa tenía uno, pero se rompió la punta” “entonces le puse la punta del otro”, le escuchaba atentamente asintiendo y reflejando que así fue como resolvió su problema. Esto da la impresión de un intercambio más fluido.

En una sesión donde apliqué la MATEA, el intercambio verbal es limitado. Sin embargo, la información es concisa y transmite contenido importante para el proceso: Marcos teme estar solo por peligro a ser robado y también expresa molestarse cuando sus hermanos le pegan. Las líneas de colores dan la impresión de formar una casa.

Minutos más adelante, aparece una experiencia novedosa, después de la aplicación de un MATEA, Marcos propone un juego con reglas durante la sesión, en el cual me explica que consiste en colocar palitos chinos, tirarlos con la pelota y correr alrededor de las bases, similar al beisbol, mientras el otro lanza la pelota para “quemar” al primer jugador.

Posteriormente observa unos muñecos de señores cara de papa que habíamos armado y dejado ahí una sesión anterior. Dado que la sala es compartida por otros niños, su

construcción permaneció elaborada y la que yo había realizado fue desarmada, por lo que al notar esto el niño dice “yo soy el jefe, a ti te destruyeron”. En ese momento, me limito a escuchar el comentario el cual me deja reflexionando, ya que en ese momento no sabía qué decirle.

Avanzando en la última sesión de este período, comienza a hacer preguntas en el que un tema posible puede ser el miedo o la angustia. Por ejemplo, en una sesión él elige unos helicópteros y los coloca en la mesa, los mira, sostiene y manipula en silencio. De repente, me pregunta “¿y si el helicóptero se cae al mar? ¿qué le pasa? ¿van a venir a ayudarlo?”, a lo que respondía que sí, que tienen unos radios en los que pueden pedir ayuda para que los rescaten.

En entrevista con la madre hablamos sobre varios temas que atañen al contexto del niño. En su relato revela datos importantes para el proceso. El primero es referente al contexto parental, ella menciona que se siente culpable por la manera en que crió a sus hijos, ya que cuando Marcos y los demás era pequeños ella necesitaba trabajar y los dejaba encargados con la vecina, por lo cual, ella atribuye que ahora uno de sus hijos mayores tiene problemas de conducta. Asimismo, se encuentra disgustada con su esposo, ya que lo describe como una persona pasiva, que depende de su madre y que se involucra poco en las tareas de crianza con los niños. En este punto la intervención fue validar los sentimientos de la madre y hacer énfasis en el interés que ella tiene por sus hijos y, al mismo tiempo, alentándola a incluir al padre en el proceso de crianza de los niños.

Como segundo aspecto, la mamá relata un episodio que sucedió en la escuela a la hora de la salida su hijo estaba llorando en el autobús y ella le preguntaba qué había pasado, además olía a pipí. Al llegar a casa, su hermano mayor le pregunta de forma más

espontánea ¿por qué hueles a pipí? y él le cuenta que se había orinado junto con otros compañeros a manera de juego y él le dice “qué asco, eso no se hace” mientras se ríe y le dice que se bañe, y el niño vuelve a jugar.

Contrario a esto, su mamá le había estado haciendo preguntas una tras otra como “¿por qué no me dices? ¿qué tal si te llevan a la dirección y...? etc., por lo cual, el niño recibe la ansiedad de la madre y se queda callado. Le expliqué que estos patrones de comunicación pueden ser ansiógenos y que se centrara en hacer preguntas más simples, respuestas concretas y mantener la calma al hablar con su hijo. Que posiblemente esto influye en que su hijo teme ser evaluado y se siente ansioso.

Análisis del bloque:

El pronóstico positivo del niño no se basa en la cantidad de expresiones verbales enunciadas, sino en la espontaneidad con las que estas ocurren dentro de la sesión. En este período del tratamiento ocurren breves momentos de encuentro que concuerdan con las características de una relación dialogal, en el sentido de la horizontalidad no necesariamente del intercambio hablado. La cual es vivida en el encuentro terapéutico como si fuese un baile en sincronía, el cual es un compás difícil de sostener cuando este tipo de contacto se ve interrumpido por mis intervenciones enfocadas en indagar o hacer que el niño exprese más de lo que en este momento se siente cómodo. La sincronía ocurre y luego se esfuma.

En esta altura del proceso se observan aspectos ambivalentes en la relación, donde el niño muestra la necesidad de ubicarse en lugar superior o de poder en la relación “yo soy el jefe y a ti te destruyeron” y al mismo tiempo en una posición donde necesitar ser

contenido y saber qué recibirá los cuidados cuando se sienta en peligro “¿y si el helicóptero se cae al mar? ¿qué le pasa? ¿van a venir a ayudarlo?”.

La necesidad de sentirse poderoso puede estar relacionada a los conflictos con sus hermanos, donde en su entorno se encuentra en una posición de desventaja por ser el más pequeño. En el espacio terapéutico la agresión expresada es una forma de reafirmar el sentido de sí mismo, la cual posteriormente ha de ser contenida y limitada.

Por otra parte, la necesidad de ser protegido puede deberse a la dificultad de su madre a conectarse con las necesidades del niño debido a su propia historia de carencia afectiva por la muerte de la madre y la falta de una figura que brindase los cuidados emocionales adecuados. Por ello, le resulta difícil sintonizarse en la díada madre-hijo y dar respuesta a sus ansiedades, las cuales se replican a través del juego con los helicópteros en la sesión.

La ansiedad se co-crea cuando el niño no encuentra en sí mismo los apoyos necesarios para enfrentarse a las situaciones de su contexto y, también cuando el entorno es incapaz de detectar y responder a las necesidades de éste. Esto se manifiesta en el entorno familiar y también en el espacio terapéutico.

4.5.3 Bloque III: Del conflicto a la cooperación (18-34)

Descripción:

Este bloque comprende las sesiones entre el 16 de agosto y el 13 de diciembre del 2019, que van desde el regreso de vacaciones de verano hasta la pausa por las vacaciones de invierno. En este período, los temas del proceso terapéutico están centrados en la competencia y el conflicto.

En esta parte del proceso destaca una de las sesiones en las que se incluyó a la mamá para trabajar la comprensión de las necesidades de su hijo. En este caso, el niño eligió un juego de comesolos llamado Hoppers, el cual le gusta mucho y ha mostrado interés previamente. Su madre estaba sentada en la mesa infantil junto a él, con su cuerpo rígido y atenta, sonriendo forzosamente ante los intentos frustrados de su hijo por resolver los retos en la tarjeta. Ante esta situación, intervengo haciendo algunos comentarios para que su madre se diera cuenta que Marcos desistía porque se frustraba y le alenté a que continuaran, con un apoyo más activo por parte de ella. Ejemplo de esta intervención: con los laberintos, ella lo armó completo y le desarmamos una parte a Marcos para que él pudiera hacerlo por su cuenta. Y en Hoppers, solo recordarle los movimientos permitidos y decirle que lo hiciera más despacio o decirle que esa jugada ya la había hecho. La frustración del niño aminora y completa las tareas sin apuros.

En otra sesión celebramos su cumpleaños atrasado con un pequeño pastel junto con su mamá. Después de la celebración su mamá se retira y jugamos a la cocinita, preparando la comida, sirviendo, limpiando. Al terminar esta parte, observa un refrigerador que tenía una cara animada y menciona “está triste”, le pregunto por qué y me dice “no sé”, pasan unos segundos y dice que está feliz “porque tiene cosas adentro”, entonces propone hacer una fiesta para el refrigerador y, al preguntarle cuál era el motivo, dice que no sabe.

Le doy algunas opciones como cumpleaños, boda, graduación y al final decide hacer una boda, donde luego se casan el hombre y la mujer, se besa y tienen 4 hijos, que coinciden en su número de hermanos, pero la más pequeña era una niña que decía que estaba enferma (la muñequita tenía manchas de varicela), desafortunadamente se acaba el tiempo, y en la siguiente sesión retomamos el tema y le propongo curar a la niña. Él la

inyecta, y después dice que va a darle una sorpresa, acto seguido la mete al horno, luego al refrigerador y por último al fregadero. Al final, coloca en los ositos de emociones que se sentía feliz.

En la entrevista con la madre se reportan mejorías en casa. Observo que la mamá experimenta una emoción en particular cuando habla de sus hijos y sobre cómo antes era menos organizada y que ahora es más flexible y disfruta el tiempo con ellos. Parece que esto le despierta una emoción porque sus ojos se humedecen y se ponen rojos, cuando le pregunto qué pasó me dice que es la falta de sueño, sin embargo, me da la impresión de que se contenía, ya que no los tenía rojos antes. Comienzo a pensar que la expresión de los afectos podría no estar siendo validada de ella hacia sus hijos por su propia historia y decido preguntarle cómo eran sus padres con ella en cuanto a sus sentimientos.

Esta pregunta le mueve muchísimo y comienza a llorar, narra que su madre murió cuando ella era una niña y que su padre se casó con su madrastra, era maltratada y por eso se fue a trabajar a Mérida y le iba bien. Actualmente su relación es mejor con ambos, pero reafirma diciendo que aún le mueve.

Los juegos de competencia también son un tema recurrente, a lo largo de las sesiones me dice frases como “la vez pasada ganaste, esta yo te ganaré” y lo dejaba ganar con la intención de reforzar su sensación de logro.

Se propone vencerme con cada mazo de cartas de diferente color y así nos la llevamos durante la sesión. Me reta constantemente y comienzo a sorprenderme de la intensidad y emoción que le invierte al juego. Me dice cosas como “yo te voy a ganar y tú vas a perder” “te la creíste, pero no voy a poner esa carta” “tu solo tienes una y yo tengo muchas”. Adapta

el juego para vencerme, yo respondo jugando en sus términos y las reglas van variando, el acepta el reto y parece disfrutarlo. Me mantengo en una posición donde le permito ganar y a veces también me atrevo a ganarle.

Esto le emociona y me dice “te crees muy chingoncito”, no deja que yo me lleve cartas, su tono de voz engrosa y cambia al de un niño más grande, que se defiende porque al llevarme unas cartas se resiste y me gruñe como león y también dice “el que diga Ratuki más fuerte” yo grito “¡Ratuki!” y el grita aún más fuerte “¡RATUKI!” y su grito despliega vitalidad por toda la sala.

En ese momento me da gusto ver la potencia expresada en su juego, me parece que hemos llegado a un punto importante en el proceso y cuando me derrota reacciono lúdicamente diciendo “¡ah, me venciste!” y elogio su capacidad de juego, sobre cómo es diferente ahorita al niño que entró al inicio. Al final vuelve a los ositos y me dice “ahora yo estoy feliz y tú estás molesto porque perdiste”, respondiéndole “ah, ¿sí?”. En la entrevista posterior a esta sesión, su mamá expresa mejoría significativa en casa, escuela y centro de asesorías para la lectoescritura.

En otra sesión, cuando estaba explicándole las instrucciones de un juego de mesa y haciendo énfasis en el orden de las fichas, él me responde “tú lo sabes todo”, con un tono de reclamo y frustración. Esto me deja perplejo y me quedo en silencio. Noto que se repite en la siguiente sesión, ya que el niño se muestra enojado cuando nuevamente trato de estructurar su juego (que acomode las fichas del laberinto).

Cuando pierde, golpea la mesa, presiona con dureza. Se arrastra por el suelo y guarda el juego en el estante, se pone a armar un rompecabezas en silencio y se frustra cuando no logra encajar las piezas. De repente trato de sugerirle probar en otro sitio con la

pieza, pero me toma varios intentos hasta que sigue la sugerencia. Al final le digo que se ha acabado el tiempo, le pido que me ayude a guardar las sillas y abraza a su mamá al salir.

En este bloque tuve una entrevista con el padre, después de una serie de dificultades asociadas a los horarios de trabajo pudimos coincidir. Durante el diálogo tocamos varios temas como su percepción sobre el progreso del tratamiento, donde comentó que nota la disminución del síntoma en la casa y describe a su hijo como tranquilo y responsable. Asimismo, comenta que le es difícil hablar con los niños de temas como las parejas homosexuales, ya que a veces no sabe cómo explicarles sin decirles de más, por lo que le compartí algunas recomendaciones como había hecho con la madre previamente. También comentó tener dificultades para establecer disciplina con sus hijos mayores, ya que a veces le resulta difícil que le hagan caso, hice algunas recomendaciones sobre dar las instrucciones con firmeza y que sean sencillas. También agradecí su asistencia e involucramiento, ya que la madre se encontraba de viaje y él trajo al niño a consulta durante 2 sesiones.

Este período de sesiones cierra con una en particular donde alcanzamos la cooperación y apertura, ya que como se ha visto previamente se habían caracterizado por una tendencia al orden de mi parte y a ganar para evitar la frustración por parte del niño. Nos centramos en jugar a las ranas saltarinas donde la meta consiste en lanzar ranas a la copa de un árbol, comenzamos a ponerle las ramas al árbol y le explicaba cómo lanzar las ranas utilizando la catapulta o lanzador.

Después, se me ocurrió proponerle que entre los dos pusiéramos las ranas, y poco a poco nos fuimos conectando a través de esta meta. El juego paso de lo individual a lo colectivo, teníamos una meta en común y nos pasamos las ranas, o decía “tu sube estas, yo

subo aquellas”, etc. Al final logramos subir todas las ranas antes que acabara la hora, chocamos los cinco por propuesta mía y Marcos dijo “vamos a tomarle una foto” y se la tomamos.

Por último, salimos de la sala, fue al baño y mientras yo platicaba con su mamá, ella me mostró sus bordados que hizo y cómo los armaron en Puebla. Después Marcos se acerca y me muestra las fotos de su viaje, lo cual sentí agradable porque el gesto fue espontáneo y una continuación del estilo de relación que tuvimos en la hora de terapia.

Análisis del bloque:

El trabajo con los padres a partir de las entrevistas de seguimiento y las observaciones en la sesión permitieron obtener información relevante como las dificultades que ellos experimentan como padres para conectarse y responder emocionalmente a las necesidades de apoyo de su hijo, lo cual se manifiesta claramente cuando en la sesión de juego conjunto la madre opta por resolver el reto de los comesolos en lugar de brindar un andamiaje más progresivo a su hijo.

Respecto al padre, éste comenta no saber cómo explicarles a sus hijos temas como las preferencias sexuales o como establecer disciplina en casa. Es por ello que mis intervenciones estuvieron dirigidas a brindar algunas herramientas para la crianza de sus hijos como ejemplos vivenciales de este andamiaje, o recomendaciones sobre cómo manejar los temas de educación sexual infantil.

En cuanto a la relación terapéutica con el niño, observo una pauta que capta mi atención, la cual consiste en que él, al expresarme su frustración y su enojo me deja perplejo, esta situación me parece muy similar a lo que ocurre en el entorno parental.

Parece que el niño se encuentra en un entorno donde en algunas ocasiones los adultos que están a su cuidado no saben cómo responder a sus necesidades, tanto sus padres como la figura del terapeuta.

Como análisis de este punto, llego a la conclusión que mis intervenciones pudieron haber sido más efectivas si me hubiese mantenido más tiempo en el diálogo, como cuando el niño dice “tú lo sabes todo” me limito a escuchar, cuando podría reflejar algo como: “creo que tú me ves como alguien que lo sabe todo, ¿eso te molesta?” “la verdad es que yo no lo sé todo...” o cuando expresa su disgusto al perder podría decir algo como “te ves frustrado cuando pierdes, descuida, estás aprendiendo, aquí te ayudo”.

Por otra parte, mis intervenciones con el niño se centraron en establecer una relación de cooperación a través del juego, de manera que éste se sintiera apoyado por mi parte, como un yo auxiliar que lo acompaña en los retos presentados durante la sesión.

De esta forma, el niño no se siente invalidado, sino por el contrario experimenta la sensación de un apoyo y que al mismo tiempo le permite desarrollarse de manera autónoma. Como ejemplo de esto, en la última sesión en la que jugamos a las ranas saltarinas donde cada uno hace una parte y al final llegamos a construir un árbol lleno de ranas como resultado de esta cooperación.

Considero que el niño recibe esto de manera favorable, ya que al salir de la sala el espontáneamente comparte una parte de sí, que fueron las fotos de sus vacaciones en Puebla como una manera en la que él comunica “la pasé muy bien y quiero compartirte algo más de mí”.

4.5.4 Bloque IV: Proyección y comunicación (35-43).

Descripción:

Este bloque comprende las sesiones entre el 10 de enero y el 13 de marzo del 2020, que van desde el regreso de vacaciones de invierno hasta la interrupción del tratamiento por la contingencia del coronavirus. Este período fue el último en la modalidad presencial, ya que a partir de la sesión 44 en adelante el tratamiento fue en modalidad en línea.

Las siguientes sesiones se caracterizan por utilizar el dibujo libre como herramienta para facilitar la proyección. A lo largo de estas sesiones, solicité al niño dibujar cómo se sentía y entonces él pintó una serie de dibujos cuyos elementos comunes eran la escena de una casa junto a la playa y varios personajes y recursos que se repetían o variaban ligeramente. El trabajo terapéutico se centró en que Marcos pudiera expresar a través del dibujo sus sentimientos, a continuación, se presentan algunos extractos de estas sesiones:

El niño entra a la sala, lo saludo y le explico que hoy haremos una actividad, entonces le doy la consigna “Marcos, dibuja cómo te sientes”. El niño comienza a dibujar en silencio sentado en la mesita. Estoy sentado a un lado observando cómo comienza a trazar el paisaje, preguntándole, por dentro, cómo representará sus sentimientos.

Conforme avanza se revela una casa en la playa frente al mar, lo cual había representado en la primera sesión que tuvimos. Un elemento que llama mi atención son las personas en el agua, como si estuviesen sumergidas. Cuando termina, le pregunto sobre su dibujo “¿de qué trata?” y él solo me responde “no sé”, entonces señalo al niño del dibujo (véase anexo 4) y le pregunto “qué hace” y me dice “están nadando”. Le pregunto “¿qué pasa después?” y dice “el niño pide que entren a la casa y sus hermanos lo siguen”. Luego le pregunto “¿qué le da miedo?” y dice “quedarse solo porque puede entrar un ladrón”.

Le pido que dibuje esa escena en otra hoja y que “ayudemos al niño” y entonces dibuja al papá que llega a matar al ladrón. Después le digo que actuemos esa escena con muñecos, la hacemos entre los dos, buscando muñecos y estructurando la narrativa y lo ayudo a darle un mensaje positivo a la historia. Después la represento para que él la vea y hago énfasis en las emociones y las expresiones de los personajes, que sea más vívido. El niño la observa en silencio.

En la sesión siguiente vuelve a pintar la misma escena, y aparece una mayor cantidad de elementos (véase anexo 5) donde existe una mayor presencia de amenazas en el ambiente como un tiburón que persigue a los niños, los cuales corren al interior de la casa donde está mamá cocinando y luego comienza a llover por lo que Marcos dibuja casas para sus mascotas con el fin de protegerlas de la lluvia, la cual termina matando al tiburón hostil. Esta narración se va construyendo a partir de preguntas qué le hacía como “¿qué ocurre con este niño” “¿y qué sucede luego?”, con el fin de ir facilitando el desarrollo de una historia y que pueda expresar lo que sucede.

En una sesión posterior con la misma consigna de pintar cómo te sientes, comienza a pintar de nuevo la escena, pero esta vez los trazos y la ubicación de los elementos luce más estructurada. La escena parece una tormenta que está concluyendo, la casa es más grande y las personas se encuentran resguardadas. La lluvia y los truenos aún están presentes, pero con menor intensidad.

Mientras el niño narra va modificando el dibujo, por ejemplo: “en esta otra casa no se pudo salvar porque el árbol tapaba la lluvia” y más adelante lo cambia y afirma “el agua apagó el fuego”. Los elementos hostiles son eliminados “aquí hay un malo” y luego “el pájaro hizo popó en su ojo y se murió”. Los rostros de las personas que habitan la casa

pasan de felices a tristes y nuevamente a felices según las dificultades de la historia se resolvieron.

De esta sesión se extrae el siguiente diálogo:

P: *este es un atardecer de esos amarillitos como los que veo en el centro con mi abuelita y mi mamá.*

T: *¿y cómo te sientes cuando lo ves?*

P: *mal.*

T: *¿por qué?*

P: *no sé.*

Posteriormente en una entrevista con la madre, llego a comprender que este diálogo estaba relacionado con el temor a la oscuridad y no alcanzar el transporte de vuelta a casa cuando salían de la consulta.

En las siguientes sesiones, cambiamos la dinámica del dibujo para el juego libre de nuevo del cual destacan dos momentos particulares. El primero es una escena donde representa una guerra entre dos grupos, el primero que defiende la casa y un segundo grupo que viene a invadirla. Lo observo armar el escenario de inicio a fin, del desarrollo de estas escenas se desprende el siguiente diálogo:

T: *“¿qué va a suceder?”*

P: *“ahorita vas a ver” (Marcos presenta la batalla)*

T: *“y yo, ¿qué hago?”*

P: “nada”

La historia termina con un torbellino representado por un trompo que había traído para compartirlo con él, dicho torbellino se lleva a los malos a la caja de juguetes y los habitantes de la casa se mudan a un nuevo lugar dentro de la sala del consultorio, terminando con Marcos exclamando un simple “fin”.

En las siguientes sesiones Marcos me pide invitar a su hermano a jugar, accedo a esta petición para observar la dinámica. En una sesión jugamos e incluimos también a su mamá a petición mía para observar cómo se comportan los 3 en conjunto. La presencia de su hermano Bernardo, dos años mayor que él, añade a la sesión cierto clima de impulsividad, el cual estresa a la madre ya que conforme avanza la sesión ella insiste más en las reglas y él se torna más travieso.

Mientras observo esta dinámica me siento abrumado. Intervengo proponiéndoles jugar a la pelota si guardan los juguetes que habían quedado repartidos por toda la sala, al cumplirlo, salimos al patio a jugar pelota y con unas cuantas reglas tuvimos una partida enérgica pero contenida en ciertos límites. Posteriormente, la madre y yo platicamos sobre lo sucedido para revisar aquello que funciona con sus hijos en cuanto a la disciplina.

Las últimas sesiones de este bloque consistieron en trabajo con plastilina, donde el niño podía representar lo que él quisiera. De estas sesiones aparecen en sus creaciones una figura humana con algo similar a un pene entre sus piernas y una moto con un *pito* en la parte posterior, similar al mofle. Ya que en ese momento me respondía “no sé” a preguntas como “¿qué tiene en sus piernas?”, opté por mostrarle los muñecos sexuales una sesión después, presentarle las partes del cuerpo y que hiciera las preguntas que quisiera.

Hablamos sobre la diferencia de los cuerpos entre hombres y mujeres, así como la vestimenta.

Análisis del bloque:

Las intervenciones basadas en el uso del dibujo libre para facilitar la proyección se utilizaron con tres objetivos:

El primero, permitir que el niño pese a sus limitaciones del vocabulario pudiese tener un medio en el cual representar su mundo interno.

El segundo objetivo fue elaborar los temas que planteaba en sus dibujos como en la escena en la que llega el ladrón, la cual una vez expresada en el dibujo se traslada al juego y el niño puede vivenciar la directamente ya sea participando en el juego y dándole un final positivo o viendo la representación como si mirase una película.

Un tercer objetivo es obtener información contextual del niño a través de los símbolos representados en sus creaciones que se complementan con información adicional. Por ejemplo, cuando Marcos habla de un malestar relacionado con el atardecer, en la entrevista con la madre se obtiene información que permite entender su experiencia.

Respecto al contenido de los dibujos se puede observar una evolución a medida que va desarrollando la temática, el niño presenta las historias y las modifica dándoles un final donde las figuras que representan el bien o son proveedores de cuidado triunfan sobre aquellos elementos que son hostiles.

El niño elabora silenciosamente, pero en mi presencia aquellos temas que le angustian y que representa a través de los símbolos. A nivel de técnica, la intervención se mantiene en un nivel expresivo y aún no se alcanza a trasladar a un nivel más consciente,

ya que al preguntarle al niño en qué se parece esto a su vida él responde no lo sé. Considero que esto sucede debido a la premura con la cual realice las preguntas.

Respecto al trabajo con la madre, el juego filial fue un recurso importante ya que permite observar la dinámica que la madre tiene con sus hijos en cuanto al tema de los límites. A partir del moldeamiento y el modelamiento se reforzó la habilidad de la mamá para poner límites y conducir a sus hijos de una manera más fluida y que fuese menos frustrante para ambas partes.

4.5.5 Bloque V: Hacia una conexión humana en teleterapia (44-53).

Descripción:

Este bloque comprende las sesiones que se llevan a cabo a partir del 29 de abril del 2020 por modalidad en línea, ya que en este período se suspendieron los servicios de atención psicológica presenciales para prevenir el contagio debido a la pandemia del coronavirus. Previamente, el tratamiento se había interrumpido ya que las actividades de la clínica donde se llevaban a cabo las sesiones se concluyeron de manera repentina por disposición de las autoridades.

El día 27 de abril contacté a la mamá de Marcos por teléfono para avisarle que la clínica autorizó que se reanudaran los servicios de atención psicoterapéutica en línea sin costo a los pacientes que ya estaban en proceso, lo cual aceptó y comentó que el niño también estaba emocionado. Solicité que la sesión se llevara a cabo en una habitación lo más privada posible, teniendo en cuenta las limitaciones ya que la casa tiene solamente dos piezas para las 7 personas que la habitan.

Las primeras sesiones en línea se caracterizan por la introducción a nuestros espacios, el niño me muestra sus juguetes, su casa y también se muestra interesado por saber con quiénes vivo, qué hacen y donde están en la casa. Le muestro las plantas, a mi gato y conversamos sobre ello.

Parece estar interesado en mi vida personal, me pregunta sobre mi novia, como se muestra en el siguiente diálogo:

P: y tu novia, ¿qué hace?

T: está haciendo su tarea.

P: ¿no se aburre?

T: sí, a veces.

P: ¿y no pone música?

T: sí la pone, y tú, ¿te aburres cuando haces tarea?

P: no. A ver a tu gato.

T: (le muestro al gato).

P: ok, sube para que sigamos jugando.

Para sostener el espacio lúdico, inventamos juegos como el “veo veo” con objetos que hay en nuestras habitaciones, el cual noto que disfruta y se repite a lo largo de varias sesiones, refiriéndose a éste como “nuestro juego”.

La siguiente sesión me muestra los juguetes que más le gustan como los Avengers, yo le muestro algunos de los que tengo en la casa y luego se pone una máscara de lobo, yo

reacciono lúdicamente como si me asustara. Después me pregunta si tengo juegos en mi teléfono, le digo que no, solo juego en la computadora algunos de disparos y entonces me pregunta si juego *Free Fire*, le digo que no lo conozco. Me dice “ándale, hazte tu cuenta y jugamos, me mandas tu usuario”. Le respondo “sí, pero la próxima sesión jugamos”. Al terminar la videollamada me escribió mensajes durante un rato donde me decía “Dale”, a los cuales respondí “la siguiente semana jugaremos, ahorita tengo que hacer, cuídate mucho”.

En el final de la siguiente sesión el tema vuelve a repetirse, me dice lo siguiente:

P: ¿ya instalaste Free?

T: ya lo instalé

P: ¿y ya tienes nombre?

T: no, la siguiente semana creo mi usuario.

P: vamos a jugar ahorita, dale

T: la próxima semana jugamos, ahorita ya se acabó el tiempo

En la siguiente sesión cumplo con lo acordado y tratamos de conectarnos para jugar, pero tuvimos dificultades técnicas por lo que le propuse jugar nuestro propio *Free Fire* utilizando juguetes en la sesión a través de la videollamada.

Como él no tenía juguetes a la mano le dije que eligiera uno que lo representara y uno para mí, él y yo éramos una escuadra (equipo) vs. los demás, entonces peleábamos y nos apoyábamos, al final me pidió tirar a los enemigos, exclamando con fuerza “¡tíralos

fuerte!” “¡tíralos al techo!”. Accedo a su petición lanzando con fuerza a los muñequitos, parece disfrutar esta escena, por lo que la repito varias veces.

La sesión posterior ya logramos conectarnos, me invita a jugar en su equipo y me dice “sígueme” “ve detrás de mí” “no quiero que te maten”. Estas frases me hacen pensar en su necesidad de querer a alguien *en su equipo*, que le brinde cuidado y le proteja, como si me estuviera dando aquello que desea recibir.

Free Fire nos permite dialogar sobre el tema de los logros y el fracaso, sobre este punto, el niño dice durante el juego “¿tú sabes cómo se les dice a los que no saben jugar?... mancos”, “¿juegas clasificatoria? Tienes que jugar bien, si te matan, ni modos...”. En la misma partida mientras jugamos dice “yo soy el heroico” “yo mato al que te mate”. Marcos disfruta la competencia y dispararles a otros jugadores mientras platicamos sobre su experiencia del juego. Al final de la hora me dice “voy a disfrutar mi día... mañana voy a ir al pueblo con mis tíos”.

En la siguiente sesión le pido al niño que haga un dibujo libre sobre Free Fire y me muestra 4 personas disparándose, le digo “cuéntame sobre tu dibujo” y él me dice “pues este le dispara a este, y este otro le dispara a este y este a este”. Al ver que son cuatro como sus hermanos le pregunto “¿quiénes son?” y me dice “no sé”, le respondo “a ver, vamos a ponerles nombre” y me dice “tú primero”, al final acabamos poniéndoles nombres al azar. Con el objetivo de tener una sesión que propiciara un mayor insight para Marcos, le propuse que la siguiente vez que nos viésemos yo iba a escoger a qué jugar y la siguiente sesión el escogería los juegos, él se muestra de acuerdo y nos despedimos.

A partir de esta propuesta trabajamos un diálogo a través de dibujos, donde cada uno decía una palabra, por ejemplo, “feliz” y el otro dibujaba aquello que consideraba que representaba la felicidad. Marcos se mostró interesado por la actividad y esto permitió hablar sobre sus emociones a través de la proyección. Por ejemplo:

T: ahora te toca decir una palabra para que yo dibuje.

P: nervioso

T (dibujo su petición): este es un niño que se siente nervioso porque le cuesta leer y sus papás quieren que aprenda rápido.

P: ¿a quién? (¿a quién le cuesta leer?)

T: a este niño

Con base en lo observado en sesiones anteriores, decido no interpretarle que es él, sino dejar el tema en ese nivel, donde el niño contacta con su vivencia a través de lo presentado en el dibujo. Más adelante el niño me presenta lo siguiente:

P (dibuja una carita pensando en un libro): este es pensativo

T: ¿en qué piensa?

P: en que se durmió y tiene un examen

T: ¿y cómo se siente?

P: mal, preocupado... pero sí pasa su examen

T: ¡oh! me da gusto que sí pasa su examen

Al ver que podíamos dialogar en ese nivel, le dije lo siguiente:

T: oye Marcos, me di cuenta de algo sobre tu dibujo de la semana pasada...

P: ¿qué cosa?

T: que los niños de tu dibujo son hermanos...

P: sí, sí son

T: y creo que estos hermanos se pelean a veces (información que tengo de su contexto)

P: no, no se pelean

T: ¿cómo va a ser? Es normal que los hermanos peleen a veces...

P: ellos no se pelean

T: yo creo que los regañan si lo hacen

P: sí

T: ¡ah! Entonces por eso se portan bien...

P: es tu turno

Esta fue una de las sesiones donde pudimos compartir más contenido relativo a sus vivencias y que además están presentes las palabras que describen estados emocionales. Concluimos la sesión acordando a jugar Free Fire la próxima vez que nos viésemos.

En la entrevista con los padres hablamos sobre su percepción del proceso terapéutico, apoyándonos en el uso de dibujos para facilitar la expresión utilizando la consigna “dibuja cómo estaba la situación antes de la terapia y ahora”. Ambos padres compartieron su experiencia:

Padre: “este es mi hijo antes de la terapia cuando le decía vamos a jugar futbol y se ponía a llorar, también cuando le decía que no podía comprarle su chicharrón porque yo no tengo dinero a veces y son 4 hermanos... ahora es un niño que casi no llora, y entiende mejor cuando le digo que no se puede comprarle su chicharrón, pero si quiere le compro unos dulces a él y a sus hermanos”

La madre comenta: “este es Marcos y sus hermanos jugando, bueno intentando jugar porque si yo lo descuidaba (se señala en el dibujo) en seguida se le iba su manita (adentro de sus pantalones para masturbarse), ahora no, es un niño diferente, es más feliz y disfruta jugar con sus hermanos”

Con el objetivo de centrarnos en aquello que necesita su hijo para fortalecer el trabajo terapéutico les planteé lo siguiente “dibujen aquello que su hijo necesita de ustedes hoy por hoy”. Sobre este punto el papá reflexionó sobre las necesidades de atención y comprensión de aquello que su hijo quiere, se cuestiona qué tan bien hace las cosas como padre.

Al notar esto, le comento que lo importante es que está siendo consciente de aquello que su hijo necesita, que no tiene que ser un padre “perfecto”. Ante estas palabras me agradece y me dice que le sirve tenerlo en cuenta, que trata de transmitir el esfuerzo por aquello que le apasiona como hacer ejercicio y que sus hijos le vean brincar la cuerda. Le digo que esto es un recurso que él tiene y que sus hijos lo percibirán también.

La madre expresa que ahora es más paciente con su hijo y que eso es lo que tiene que seguir haciendo y habla sobre la unión de la familia como apoyo para que el se desarrolle adecuadamente a nivel emocional.

Análisis del bloque:

A partir del desarrollo de las sesiones, considero que, si bien la transición a una modalidad virtual de psicoterapia fue inesperada y debida a un factor externo al tratamiento, también fue una herramienta que permitió sostener el proceso a pesar de la distancia física.

Para que la psicoterapia en línea fuese viable, tanto paciente como terapeuta nos tuvimos que valer de nuestra creatividad para que las sesiones no se convirtieron en algo aburrido y monótono, ya que por la edad del niño es esperado que no tolere tanto tiempo sentado frente a la pantalla. Esto supuso la invención de juegos a distancia y el compartir a través de juegos en línea.

Las primeras sesiones se caracterizaron por un interés del niño en conocer una faceta más personal de mi figura como terapeuta, el cual implicó compartir una parte de mi vida personal. A partir de esto noto como él, a lo largo de las sesiones, va mostrándose menos tímido y las interacciones son más fluidas durante las actividades, a diferencia que cuando nos encontrábamos en la modalidad presencial. El niño sostiene la mirada, se refiere a mí directamente, propone durante las sesiones y comparte sobre sí mismo.

Considero que, en este caso, las autorrevelaciones permitieron que el niño confiara en mí y me viese como una figura menos amenazante. Posteriormente, me invitaría a participar en el juego de *Free Fire* el cual es muy importante para él, ya que ahí es donde puede experimentar experiencias de logro y descarga de la agresión.

A través de las partidas de *Free Fire*, pudimos establecer una dinámica de cooperación, con mayor frecuencia que en algunas sesiones presenciales que se habían tenido antes. Algo importante es que, no sólo ocurre la cooperación durante el juego, sino

en la preparación de éste, como al ponernos de acuerdo para jugar y sobre cómo el niño me explica el funcionamiento del juego. De esta manera el niño me permite participar en su mundo, a partir de sus intereses y viéndome como un aliado al *invitarme a su escuadra*.

Tomando en cuenta el contexto de Marcos, me da la impresión de que, mediante este juego, él experimenta una sensación de control y poder sobre su entorno, de la cual ha carecido según su historia, por ser el hermano más pequeño y tener dificultades con el aprendizaje de la lectoescritura. Asimismo, al autodenominarse como *el heroico* y hablar sobre sus logros en *Free Fire*, compensa las experiencias de frustración vividas en la escuela.

Como puede observarse a partir de las descripciones de las sesiones en este período, Marcos se presenta más participativo dentro de la sesión de terapia, a partir de las proyecciones el diálogo entre terapeuta y paciente se establece, lo cual denota una evolución en cuanto a la consolidación de la alianza terapéutica.

Asimismo, los padres comparten en las entrevistas de seguimiento una evolución en la conducta del niño en casa. Al inicio, narran que Marcos era un niño que no toleraba la frustración, como el recibir un “no” por respuesta a sus peticiones y que tampoco disfrutaba del juego, ya que se apartaba para esconderse y masturbarse.

En la actualidad, lo describen como un niño que ahora es más receptivo a los límites, y que ahora disfruta más del juego, tanto con sus hermanos como en solitario. De acuerdo con los comentarios de la madre, durante los últimos meses de clase mostró mayor disposición a hacer la tarea, lo cual era una situación que le hacía sentir ansioso con frecuencia.

Por lo anterior, se puede observar que tanto el organismo (niño) como el entorno (terapeuta, padres) también cambian a lo largo del proceso psicoterapéutico, lo cual flexibiliza ambas partes de la relación y por ello el síntoma remite.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

A continuación, procederé a presentar en este capítulo los puntos que me parecieron más relevantes durante el análisis del caso, con el fin de discutir aspectos relativos a la técnica psicoterapéutica y elaborar algunas conclusiones y recomendaciones al respecto.

5.1 La relación terapéutica. De acuerdo con las 3 etapas del proceso terapéutico descritas por Amescua (1997), en este caso considero que la mayoría de las sesiones se ubican en la primera etapa de *Contacto y juego repetitivo*, y en las últimas etapas del proceso se llega a la segunda del *Juego Creativo*.

En cuanto a los factores necesarios para consolidar la relación terapéutica, reflexiono sobre los elementos que la fortalecen y aquellos que la limitan.

Sobre aquellos que la fortalecen, me parece que en esta relación terapéutica el descubrir y establecer una conexión a partir de los intereses del niño fue primordial para crear una atmósfera más espontánea y cálida para éste. En la medida que encontramos un elemento compartido, como el gusto por los videojuegos de disparos, tuve la impresión de que el niño cambió su actitud en las sesiones hacia un papel más activo e interesado en el establecimiento del contacto.

Asimismo, la presencia, en el sentido de responder auténticamente en la situación, aceptar al niño tal como es y actuar espontáneamente, tuvo efectos positivos en la relación. Tolerar los silencios de la sesión y al mismo tiempo buscar una manera de mantenerme en contacto fue uno de los elementos recurrentes en la terapia.

Como ejemplos de una actitud de *presencia*, fueron aquellas intervenciones donde participaba activamente con el niño, como al lanzar y recibir la pelota, jugar al veo-veo mutuamente, permitir que supiera algunas cosas sobre mí y que yo también dibujara.

Considero que aquello que limita el establecimiento de una relación terapéutica de confianza está relacionado con varias temáticas. En cuanto a la técnica, el manejo inadecuado de la proyección, que se discutirá a profundidad más adelante, fue uno de los factores que pudieran haber influido en la demora de la confianza en este caso.

Otro factor, fueron las interrupciones del proceso terapéutico por motivos de los períodos vacacionales. Dado que la clínica se rige por el calendario escolar, esta suspende sus labores durante las vacaciones de invierno, primavera y verano, al igual que la cuarentena obligatoria para prevenir el coronavirus también impidió la continuidad semanal de la terapia, aunque al final esta se retomó.

Concuerdo con Yontef (2018), en que la relación requiere que el contacto se establezca durante cierto tiempo para desarrollarse, por lo que dichos períodos de ausencia debido a las vacaciones también pudieran haber influido en el desarrollo del vínculo.

De igual manera, las características de personalidad en la díada terapeuta-paciente también son un factor para tomar en cuenta. El niño, cuyos rasgos de carácter sugieren una tendencia a la introversión, en conjunto con mi propia personalidad con tendencia a la rigidez cognitiva y ansiedad, pudieron haber dificultado este proceso.

Sin embargo, conforme éste avanzó, nuestras formas de interacción se fueron flexibilizando, a partir del desarrollo mismo de la relación, así como por otras circunstancias como el cambio de modalidad terapéutica. Este cambio propició que

buscásemos otras maneras de establecer la relación y encontrar puntos comunes para una alianza más espontánea.

Asimismo, los estudios sobre el psiquismo infantil, supervisión y mi proceso de psicoterapia fueron apoyos esenciales durante el trabajo con el niño, ya que sumaron recursos a mi *ground* como terapeuta, término mencionado por Francessetti, Gecele y Roubal (2013), que se traducen en formas más flexibles para contener mis propias ansiedades y estar más disponible para atender las necesidades del niño. Partiendo por lo propuesto por los autores y contrastado con mi experiencia, concuerdo en que la herramienta principal de trabajo del clínico es su persona y, por lo tanto, ha de contar con sus propios apoyos para poder ayudar a sus pacientes.

5.2 El trabajo con las proyecciones del niño. La terapia gestáltica plantea que el terapeuta propicie el darse cuenta de éstas e integrarlas por medio de preguntas como “¿en qué te pareces a...?” o “¿cómo se parece esto en tu vida?”, asimismo, se promueve la identificación con la proyección al tomar el rol de éstas como “sé el árbol de tu dibujo y dale voz”.

En mi experiencia con Marcos, lo anterior no tuvo resultado, ya que en las ocasiones que apliqué dicha intervención, él me respondía “no sé”. Sobre esto, pienso algunas posibilidades:

La primera es que, en cuestión de *timing*, la ejecución de esta técnica pudiera haber sido apresurada, ya sea porque la relación terapéutica todavía no estaba lo suficientemente consolidada para darle sustento a la técnica o porque en la misma sesión no se había

desarrollado lo suficiente haciendo las asociaciones necesarias para que el niño se diera cuenta espontáneamente a través de su proyección.

La segunda posibilidad es que para el niño sea difícil realizar este tipo de actividad, ya que implica cierto nivel de introspección, por lo que elige decir que no sabe con tal de evitar algo que supone un reto y hacer algo más divertido.

Como tercera posibilidad, el niño puede aún no contar con los apoyos suficientes (propios o del entorno), como para sentirse seguros e integrar estos aspectos de sí mismo, que podrían resultar amenazantes o difíciles de manejar.

Una cuarta, es que, en un nivel preverbal, el niño capta mi intencionalidad de descubrir algo en él, no en un sentido *yo-tú* (sujeto-sujeto) sino desde una mirada del *yo-ello* (sujeto-objeto), lo cual podría desplegar una resistencia ya que no se siente respetado. Por otro lado, cuando compartí en sesiones una intencionalidad más respetuosa manifestada en un *timing* más fluido de mi parte y manteniendo la conversación en el nivel de la proyección, el niño responde en esta dimensión de la comunicación, en una atmósfera de “complicidad”.

Esta forma de intervención más *indirecta* me ha sido sugerida en grupos de supervisión con colegas que practican la psicoterapia gestáltica, por lo que, en mi experiencia me parece una alternativa viable cuando el niño no responde a la técnica convencional.

5.3 Sobre la teleterapia. A pesar de que la terapia remota existe desde hace ya varias décadas haciendo uso de medios de comunicación como el teléfono, de acuerdo con Békés, Aafjes–Van Doorn, Prout y Hoffman (2020), la contingencia sanitaria por

coronavirus movilizó una gran cantidad de procesos terapéuticos a nivel mundial, incluido éste, a cambiar de modalidad presencial a un tratamiento en línea.

En este caso, el tratamiento se dio a través de videoconferencias con el niño y sus padres. Para este proceso de transición, se realizaron varias consideraciones debido a la premura con la que esto sucedió. Por mi parte, esto requirió de la plática con colegas, revisión de artículos, guías gubernamentales y asistencia a conferencias para hablar sobre las cuestiones relativas a la técnica terapéutica en este medio.

Con el niño y su familia, se solicitó un espacio en casa que garantizara las condiciones mínimas para tener el trabajo terapéutico, es decir, privacidad, silencio y un dispositivo que pudiera realizar videollamadas.

Considero que las principales dificultades en el proceso fueron técnicas, ya que en ocasiones el niño era interrumpido por sus hermanos debido al reducido espacio con el que cuentan en el hogar y otras cuestiones como la velocidad de conexión a internet.

Por otro lado, a nivel relacional, la terapia pudo sostenerse gracias al establecimiento de juegos y actividades que interesaban al niño, como los juegos de “veo veo” y las partidas Free Fire. Por ello, aunque es más sencillo tener sesiones presenciales ya que los juguetes están al alcance de la mano tanto para el niño como el terapeuta, me parece viable tener procesos en línea en la clínica con niños.

Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que el presente caso fue una transición de la modalidad presencial a la terapia remota, por lo que ya había un encuadre como precedente. Para procesos nuevos en línea, haría mucho más énfasis en cómo funciona la terapia y cuál es la dinámica por desarrollar.

Una ventaja en esta modalidad es que ambos padres pueden estar presentes en las entrevistas con mayor facilidad, ya que por lo general en nuestro medio el padre se encuentra ausente por motivos laborales durante las sesiones. Con motivo de economizar tiempos de traslado y asegurar la asistencia de ambos padres, las sesiones en línea pueden ser un buen recurso incluso después de la contingencia sanitaria por COVID-19.

5.4 Sobre el trabajo con padres. Con base en la experiencia del trabajo con los padres, considero que fue indispensable dar pautas psicoeducativas de cómo manejar la conducta sintomática del niño. Al decirles que trataran con normalidad la acción de masturbarse y explicarles su funcionamiento como una manera auxiliar para aminorar su ansiedad, ellos cambiaron su trato hacia éste y se enfocaron en prestarle más atención en casa y ayudarlo con sus tareas, llevarlo a la terapia y al centro psicopedagógico para sus asesorías.

Asimismo, conocer a ambos padres y tener entrevistas tanto por separado como en conjunto, permitió mirar el caso con mayor profundidad ya que, al entender la historia personal de cada uno, esto me daba mayor claridad de cuáles podrían ser las necesidades de Marcos y aquellas áreas que los padres necesitaban algún apoyo de mi parte.

Para trabajar con ellos utilicé como estrategias tanto las entrevistas con corte psicoeducativo, sesiones de juego filial con retroalimentación y técnicas lúdicas basadas en la proyección como “dibuja aquello que tu hijo necesita”. Estas 3 formas de trabajo me parecen complementarias y, en especial las últimas dos, son más dinámicas e involucran a los padres activamente en el proceso de su hijo, al igual que les permite expresar sus emociones respecto a éste.

Un área que puede explorarse en el proceso es el fomento a la autonomía en el niño, ya que en las sesiones a distancia podía escucharse como los hermanos y los padres solían escuchar lo que él decía y hacerle sugerencias al momento de saludar, responder preguntas o despedirse. Si bien, es un acto bien intencionado con un fin educativo respecto a las costumbres de nuestra sociedad, al mismo tiempo puede limitar que el niño se responsabilice de sus actos durante la sesión.

5.5 Alcances y limitaciones de la intervención. Considero que entre los aciertos de la terapia gestáltica se encuentra el respeto por el ritmo del paciente, la atención a lo que ocurre entre terapeuta-paciente, la presencia del terapeuta, entre otras actitudes que conforman la relación dialogal.

Con base en el proceso terapéutico fue posible que Marcos y su familia desarrollaran nuevas formas de interacción más flexibles, las cuales influyeron de tal manera que el síntoma entrase en remisión. Dicho cambio, también se manifiesta en el estilo relacional presentado en la sesión.

Como limitaciones, he de mencionar que el no haber llegado a la tercera etapa del proceso descrita por Amescua (1997), implica que aún existe la posibilidad de desarrollar nuevas potencialidades en el niño y su familia, sin embargo, las condiciones para esto aún no han sido alcanzadas.

Considero que una explicación al punto anterior está relacionada con factores alusivos a mi *ground* como terapeuta, es decir, al repertorio de recursos personales y el nivel de experiencia en psicoterapia en el momento que la intervención fue llevada a cabo. Crear un clima de confianza y espontaneidad fue complicado en varios momentos a lo largo

del proceso ya que, por variables de personalidad, me limitaba en cuanto a espontaneidad ante la expectativa de alcanzar los objetivos terapéuticos.

Sobre el factor del nivel de experiencia, considero que influyó que, a pesar de contar con un entrenamiento previo en psicoterapia gestáltica, esta no estaba especializada en atención a infancias, lo cual también se vio reflejado en el trabajo.

Poder mirar la intervención de manera posterior, permite dar cuenta de estos elementos que estaban en juego.

Por otro lado, me parece que uno de los aciertos fue el trabajo psicoeducativo y de sensibilización con los padres hacia las necesidades con su hijo, lo cual se reflejó en cambios conductuales en sus prácticas parentales.

Un punto no abordado previamente en el trabajo, pero que igual me parece importante es el hecho que la práctica psicoterapéutica dentro de una institución limita ciertos factores del encuadre terapéutico como fue el cierre de los espacios a raíz de la contingencia por coronavirus, lo cual dificultó el retorno a una intervención de manera presencial.

Asimismo, existieron algunas barreras de acceso a los servicios de salud mental para los sujetos de la intervención como la distancia geográfica cuando el tratamiento era presencial y a nivel de recursos tecnológicos cuando fue psicoterapia a distancia, ya que no contar con una computadora y habitaciones propias a veces influía en la calidad de la videollamada, material disponible para trabajar o privacidad, entre otros.

En cuanto a la terapia gestáltica, desde mi perspectiva éste enfoque aún no está del todo consolidado a nivel teórico sobre el trabajo con niños, a diferencia de perspectivas

como la psicoanalítica donde la clínica infantil se encuentra más documentada y posee una mayor cantidad de conceptos útiles para entender el sufrimiento psíquico del niño.

Estoy de acuerdo con Oaklander (2005), que alude a la necesidad de conocimientos sobre la psicodinamia del niño, al igual que contar con una formación completa sobre la psicología y el desarrollo infantil.

Por otra parte, una fortaleza de la terapia gestáltica es su énfasis en la relación y su visión del síntoma como apoyo en un entorno difícil, lo cual se traduce en una intervención que aspira a ser especialmente cuidadosa con el niño y su familia.

Finalmente, puedo afirmar que la psicoterapia gestáltica es un recurso útil para que el niño desarrolle nuevas formas de estar con los otros y que, la relación terapéutica es el motor y sustento esencial de nuestra práctica.

Referencias

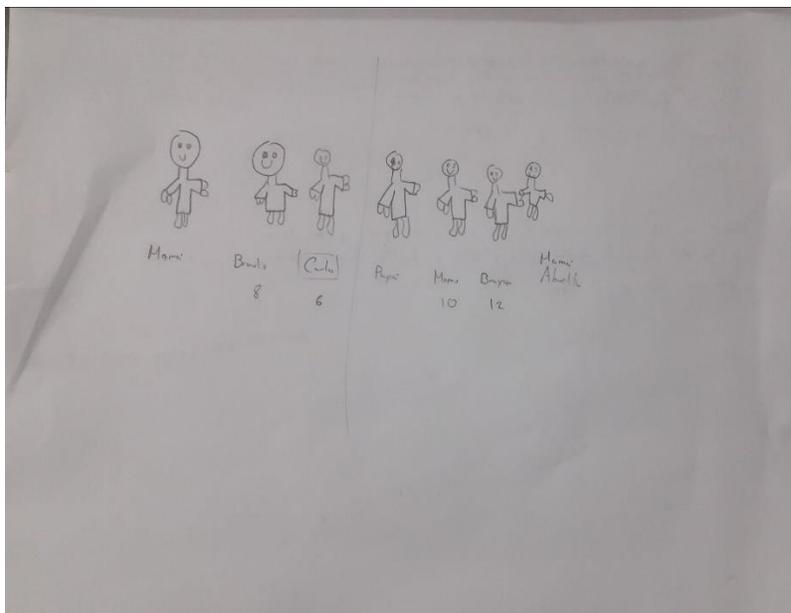
- Amaya, C. (2007). El dibujo libre como espacio de simbolización del motivo de consulta. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (págs. 506-508). Buenos Aires: Facultad de Psicología.
- Amescua, G. (1997). *La magia de los niños*. La Habana: Academia.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Békés, V., Aafjes–van Doorn, K., Prout, T. A., y Hoffman, L. (2020). Stretching the Analytic Frame: Analytic Therapists' Experiences with Remote Therapy During COVID-19. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1-10.
- Bleichmar, E. D. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: A guide to contemporary practice*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Bui, E., Charney, M. E., y Baker, A. (2020). *Clinical Handbook of Anxiety Disorders*. Boston: Humana Press.
- Campelo Noronha, F. M., y Lincoln Barreira, M. M. (2016). O uso de recursos lúdicos na Gestalt-Terapia: possibilidades de intervenção clínica em psicoterapia infantil. *Revista Eletrônica Saúde em Diálogo*, 26-39.
- Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., y de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz.
- Ceballos Montalvo, D. (2014). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una Aproximación desde La Terapia Gestalt. *Figura Fondo*, 103-114.
- Ceballos Montalvo, D. (2017). Teorías de la ansiedad en la terapia. *Poiésis*, 46-57.
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., y Costello, E. J. (2014). Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 21-33.
- Cornejo, L. (2010). *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. Sevilla: Desclee de Brouwer.
- Cornejo, L. (2016). *Manual De Terapia Infantil Gestaltica*. Sevilla: Desclee de Brouwer.
- Delacroix, J. M. (2008). *Encuentro con la Psicoterapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., y Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry*, 64-69.
- Díaz Calderón, F. (2015). *Diálogo al latir de dos corazones. Manual de Psicoterapia Gestalt Dialogal*. Guadalajara: Temacilli.
- Dunsmoor, J. E., y Paz, R. (2015). Fear Generalization and Anxiety: Behavioral and Neural Mechanisms. *Biological Psychiatry*, 336-343.
- Esquivel y Ancona, F., Heredia y Ancona, M. C., y Gómez Maqueo, E. L. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego*. México: Manual Moderno.
- Fernández Rodríguez, L. (2014). *Juego psicoterapéutico y desarrollo emocional*. México: Terracota.
- Francesetti, G., Gecele, M., y Roubal, J. (2013). El enfoque de la Terapia Gestalt sobre el diagnóstico. En M. Gecele, J. Roubal, y G. Francesetti, *Terapia Gestalt en la Práctica Clínica. De la psicopatología a la estética del contacto* (págs. 101-135). Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Freeman, D., y Freeman, J. (2012). *Anxiety: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Gaeta González, L., y Martínez-Otero Pérez, V. (2014). La ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45-58.
- Gallo, H. (2012). Estudio de caso, entrevista investigativa y Clínica del caso en psicoanálisis. En J. J. Orejuela, M. A. Moreno, y M. A. Salcedo, *Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad* (págs. 67-86). Bogotá: Editorial Bonaventuriana.
- García, F. J., Díaz del Campo, P., Casquero, R., Suárez, V., García, A., y Pozo, M. C. (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Ghandou, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bistko, R. H., y Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *The Journal of Pediatrics*, 256-267.
- Gonçalves Campos, B., de Toledo, T. B., y de Faria, N. J. (2011). Clínica Gestáltica Infantil e Integralidade em uma Unidade Básica de Saúde. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23-29.
- González Núñez, J. (2014). Investigación psicoanalítica modelo circular de un solo caso. *Aletheia*, 15-31.

- Hill, C., Waite, P., y Creswell, C. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 1-6.
- Kendall, P., Compton, S., Walkup, J., Birmaher, B., Albano, A., Sherrill, J., . . . Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 360-365.
- Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Mortola, P. (2014). *Windowframes: Learning the Art of Gestalt Play Therapy the Oaklander Way*. Cleveland: CRC Press.
- Muñoz Polit, M. (2014). *Los ocho modos de relación o interacción*. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.
- Mychailyszyn, M., Beidas, R., Benjamin, C., Edmunds, J., Podell, J., Cohen, J., y Kendall, P. (2011). Assessing and treating child anxiety in schools. *Psychology in the Schools*, 223-232.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., y Braverman, L. D. (2017). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Oaklander, V. (2005). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes / Terapia infanto-juvenil*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2019). *Child and adolescent mental health*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2019). *World Mental Health Day 2017*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 115-120.
- Peñarrubia, F. (2008). *Terapia gestalt: La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., y Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Sociedad de Cultura Valle-Inclán.
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Robine, J.-M. (2011). *La Terapia Gestalt*. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.

- Rosselli, M., Matute, E., y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.
- Sánchez-Aguilar, A., Andrade-Palos, P., y Lucio Gómez-Maqueo, M. E. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares en México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 15-21.
- Shlomo, A. (2003). *Terapia de juego familiar*. México: Limusa Wiley.
- Silk, J. S., Davis, S., McMakin, D. L., Dahl, R. E., y Forbes, E. E. (2012). Why do anxious children become depressed teenagers? The role of social evaluative threat and reward processing. *Psychological Medicine*, 2095-2107.
- Spagnuolo Lobb, M., Levi, N., y Williams, A. (2016). *Terapia Gestalt con niños*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. *Inomics*, 296-306.
- Yontef, G. (2018). *Proceso y Diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Yontef, G., y Jacobs, L. (2011). Gestalt Therapy. En R. J. Corsini, y D. Wedding, *Current Psychotherapies* (págs. 342-380). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Zarafshan, H., Mohammadi, M., y Salmanian, M. (2015). Prevalence of Anxiety Disorders among Children and Adolescents in Iran: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry*, 1-7.

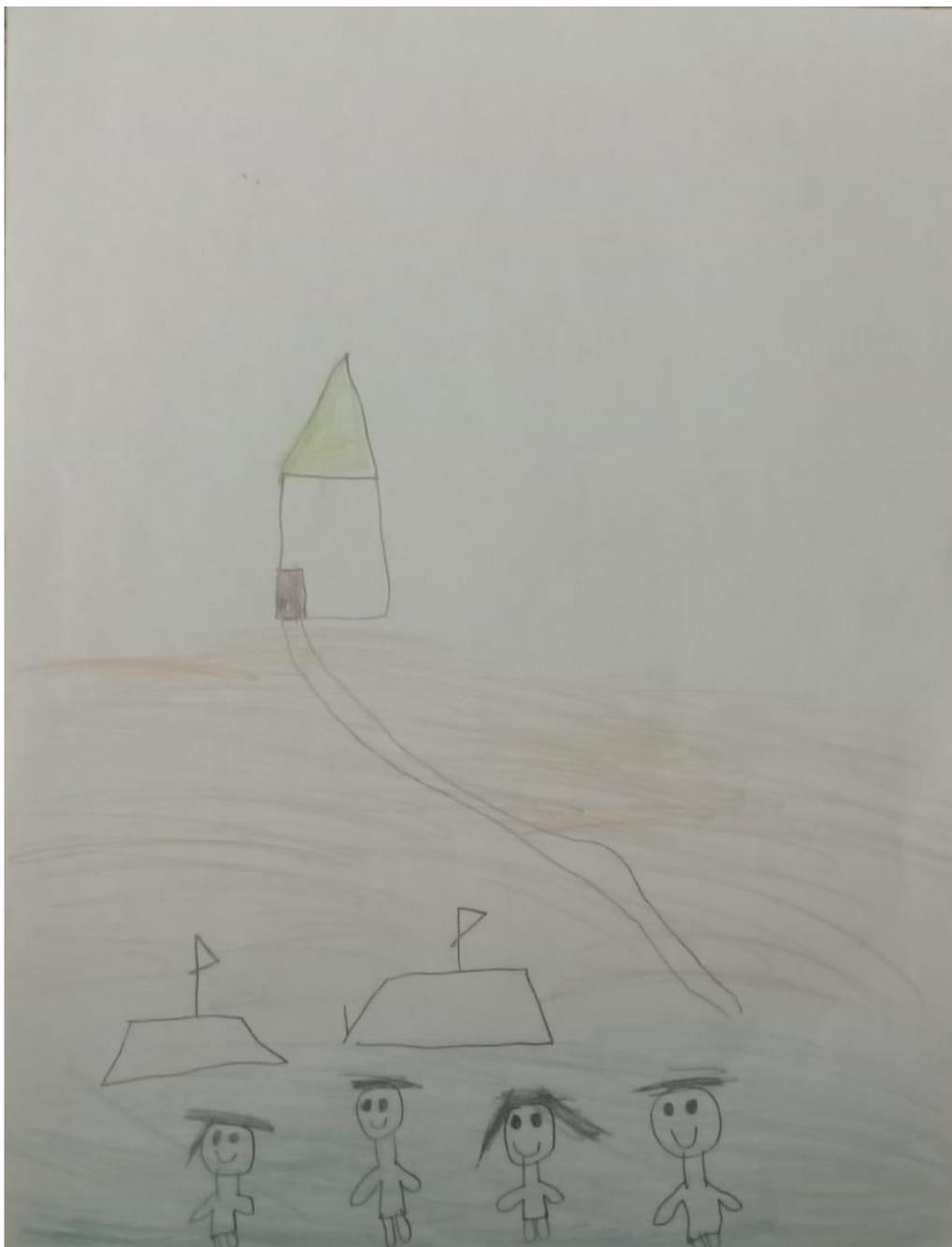
Anexos**Anexo #1****1/marzo/2019****Dibujo libre**

Anexo #2**8/marzo/2019****Dibujo de la familia****Anexo #3****6/diciembre/2019****Ranas saltarinas**

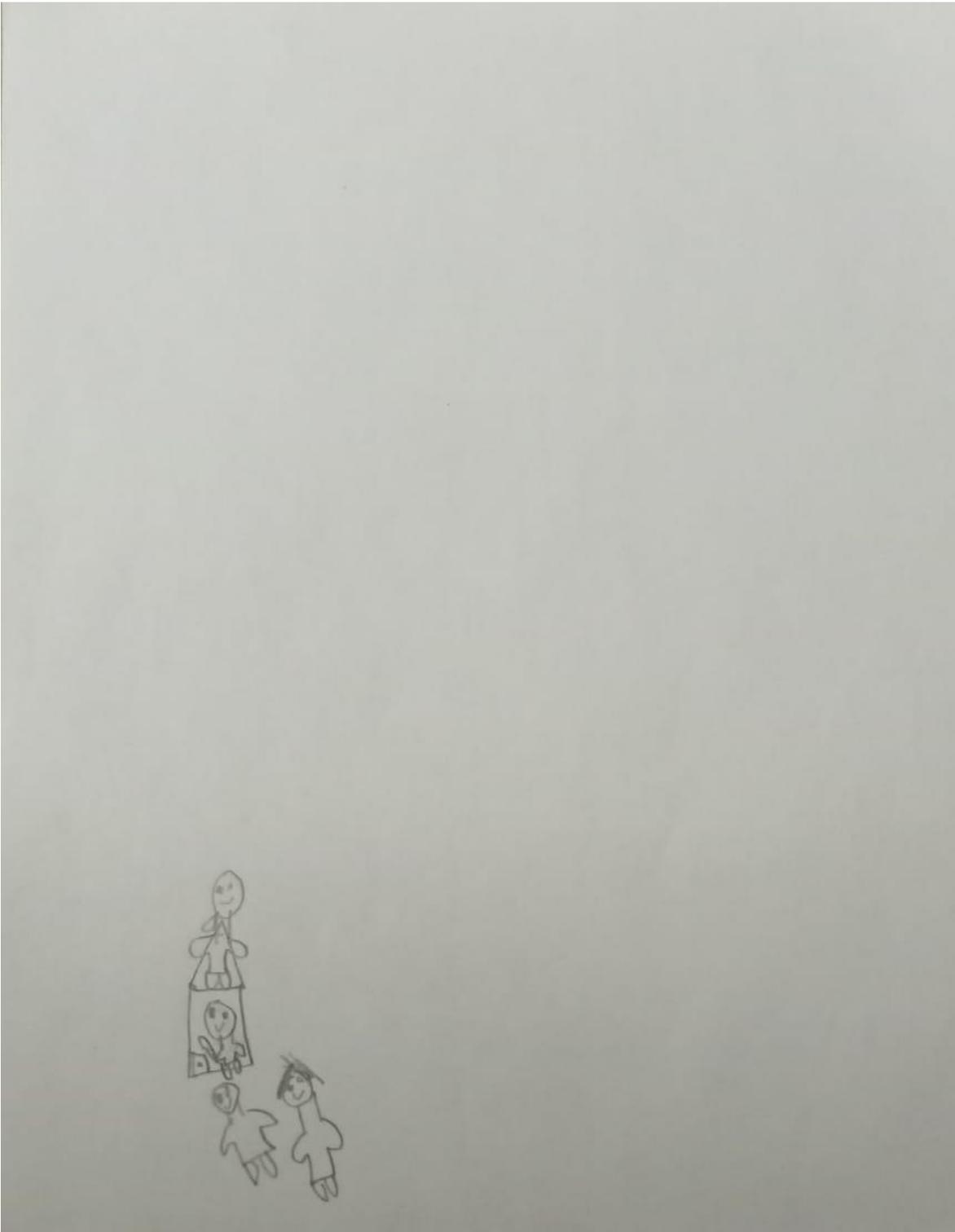
Anexo #4

24/enero/2020

“Dibuja cómo te sientes”



“Escena del ladrón”



Anexo #5

31/enero/2020

“Dibuja cómo te sientes”



Anexo #6

7/febrero/2020

“Dibuja cómo te sientes”



Anexo #8

1/julio/2020

Dibujo libre de los niños peleando (Free Fire)

Anexo #9**8/julio/2020****Dibujo de la dinámica “yo digo una palabra y tú la dibujas”**

Anexo #10

9/julio/2020

Dinámica con la madre “antes y después”



Dinámica con el padre “antes y después”

Dinámica con la madre “¿qué necesita mi hijo hoy?”**Dinámica con el padre “¿qué necesita mi hijo hoy?”**