



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA**

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“LAS FUNCIONES MATERNAS EN LA PSICOTERAPIA DE JUEGO”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LIC. OLIMPIA GAMA MALDONADO

DIRECTORA DEL REPORTE:

MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ

REVISORA:

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

DRA. FABIOLA ZACATELCO RAMIREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Padres

Raul y Enedina por darme la oportunidad de tener una familia como la nuestra, llena de amor, risas, dificultades y grandes aprendizajes. Así como por su apoyo incondicional a mi crecimiento como profesionista.

Hermanos

Roan y Turqueza quienes me han acompañado durante toda mi vida, con quienes he vivido muchas de las experiencias mas bonitas y divertidas. Lejos o cerca siempre siento su apoyo y cariño.

Maestros

Por las enseñanzas y consejos que me ayudaron a crecer como persona y profesional y especialmente a mi tutora Mtra. Verónica Ruiz González

Amigos

A los viejos y nuevos amigos por siempre poder contar con ellos en momentos, felices, tristes, de estrés, de estudio y de diversión. Así como a las personas que se han cruzado en mí camino y de las que he aprendido grandes cosas.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1: RELACIÓN MADRE-HIJO	8
1.1 Funciones Maternas	9
1.2 Apego	12
1.3 Factores que intervienen en la relación madre-hijo	14
1.4 Consecuencias de las carencias afectivas	15
CAPITULO 2: TERAPIA DE JUEGO	21
2.1 Definición y características	21
2.2 Psicoterapia de Juego Psicodinámica	22
2.3 Psicoterapia de Juego y la relación madre-hijo	29
CAPITULO 3: MÉTODO	32
3.1 Objetivo general	32
3.2 Metodología: Cualitativa	32
3.3 Descripción clínica del paciente	32
3.4 Objetivos de tratamiento	34
3.5 Instrumentos utilizados	34
3.6 Escenario	34
3.7 Proceso Psicoterapéutico	35

CAPITULO 4: ESTUDIO DE CASO	37
4.1 Ficha de Identificación	37
4.2 Genograma: Estructura, Historia y Dinámica Familiar	38
4.3 Evaluación Psicológica e Integración de Estudios Psicológicos	41
4.4 Análisis del Proceso Psicoterapéutico	42
CAPITULO 5: DISCUSIÓN	59
CAPITULO 6: CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	70

RESUMEN

En el presente trabajo se analiza cómo las fallas en el maternaje durante los primeros años pueden interferir el desarrollo psicológico en los niños. La ausencia e inconstancia maternas son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, ya que las madres tienen que laborar largas jornadas o por distintos motivos no pueden brindarle el tiempo ni la calidad que los bebés necesitan en los primeros años, por lo que estas carencias en los niños provocan una falta de valor por sí mismos, inseguridad, miedos, dificultad para socializar y problemas escolares, entre otros.

El presente trabajo expone la importancia de la relación madre-hijo por medio de un estudio de caso. Se analiza el proceso psicoterapéutico de Juan, un niño que fue atendido en el Centro Comunitario Julián Macgregor y Sánchez Navarro, quien presentaba conductas de inseguridad, miedo, introversión, agresividad, dificultades de socialización (escuela, grupo de iguales, hermano) y problemas de salud física (asma). El proceso de evaluación psicológica incluyó: la aplicación de una batería de pruebas grafoproyectivas así como entrevistas con abuela materna y la madre del menor. A través de la integración de estudios psicológicos, se llegó al diagnóstico de Trastorno del Estado de Ánimo Ansioso-Depresivo, concluyéndose que dicha problemática encontraba su etiología en dificultades de vinculación con la madre, ya que el menor la percibía lejana y manifestaba sentimientos de ambivalencia hacia la abuela como a su madre. Juan no había logrado satisfacer sus necesidades afectivas básicas, presentado fallas significativas en las funciones maternas (holding, handling y presentación del objeto) dada la falta de constancia y congruencia por los cuidadores. Asimismo, la dinámica familiar, caracterizada por conflictos frecuentes entre la abuela y la madre, colocaban al niño en una triangulación constante que le dificultaba desarrollar un self integrado, caracterizado por un yo fuerte que le proporcionara sentimientos de valía, seguridad y confianza hacia sí mismo y hacia el mundo.

El proceso psicoterapéutico tuvo como fundamento la Terapia de Juego con enfoque psicodinámico (35 sesiones), incluyendo sesiones individuales, familiares y de orientación psicológica con la madre y/o abuela.

El trabajo terapéutico a través del juego simbólico fue de suma importancia en el proceso de psicoterapia. Por ello, se sugiere que en casos similares se considere la efectividad de dicha técnica psicoterapéutica, así como materiales e instrumentos que faciliten la expresión del niño a través del juego simbólico.

Se concluye que la importancia del vínculo madre-hijo radica en la diversidad de funciones protectoras e integradoras que dan sentido a la existencia del niño, brindándole la independencia y herramientas esenciales para hacer frente al mundo. Asimismo, el apego seguro provee una base de seguridad y bienestar físico, de la cual se desarrollan pautas individuales de regulación emocional que ofrecen a los individuos la posibilidad de establecer vínculos afectivos estables e incondicionales. Sin embargo, cuando la sintomatología presentada en un menor como consecuencia de fallas en la relación madre-hijo, la psicoterapia de juego puede ofrecer recursos para la resignificación de las relaciones objetales y alternativas para la orientación psicológica de los cuidadores. De ahí que se sugiere la psicoterapia de juego con enfoque psicodinámico para el trabajo psicoterapéutico con niños quienes presenten Trastornos de Vinculación y del Estado de Ánimo.

Palabras clave: maternaje, psicoterapia infantil de juego, psicoterapia psicodinámica de juego.

SUMMARY

This paper discusses how mothering failures during the early years can interfere with psychological development in children. Maternal absence and inconstancy are increasingly prevalent in our society, as mothers have to work long days or for different reasons can not provide the time nor the quality that babies need in the early years, so that these gaps in children lead to a lack of value for themselves, insecurity, fear, difficulty socializing and school problems, among others.

This paper presents the importance of mother-child relationship through a case study. It analyzed the Psychotherapeutic process of John, a child who was treated at the Community Center "Julian Macgregor y Sanchez Navarro", who was insecure about him self, aggressive with his family and peers, that presented fears to the dark, to estrangers, and physical problems (asthma). The psychological assessment process included: the application of a battery of tests and interviews with grandmother and the mother of the child. the integration of the psychological studies led to the diagnosis of Mood Disorder anxiety-depressive, concluding that the problem has his origins in the difficulties of connecting with his mother, John had failed to meet basic emotional needs, presented some significant flaws in the mother's role (holding, handing and object-presenting) due to the lack of constancy and consistency by caregivers. Also, family dynamics, characterized by frequent conflicts between the grandmother and mother placed the child in a constant triangulation that made difficult to develop an integrated self, feelings of worth, security and trust to himself and to the world.

The psychotherapeutic process was centered on play therapy with psychodynamic approach (35 sessions), including individual sessions and family counseling with the mother and / or grandmother. The therapeutic work through symbolic play was very important in the process of psychotherapy. Therefore, it is suggested that in similar cases could consider the effectiveness of psychotherapeutic techniques, materials and tools to facilitate the child's expression through symbolic play. We conclude that the importance of mother-child bond is bound to the protective and integrative functions that give meaning to child's existence, providing independence and the essential tools to face the world.

As well the secured attachment provides a foundation of security and physical welfare, which will develop individual patterns of emotional regulation that offer individuals the opportunity to have stable and unconditional bond. However, when the symptoms presented are

related to the failures in the mother-child relationship; the play psychotherapy can provide resources to the redefinition of object relations and alternative options for counseling the caregivers. There for the, psychodynamic psychotherapy is suggested for the therapeutic job with children who submit Attachment disorder and Mood Disorder.

Keywords: mothering, play child psychotherapy, psychodynamic psychotherapy

INTRODUCCIÓN

La Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la Facultad de Psicología de la UNAM nos brinda la oportunidad de formarnos como psicoterapeutas infantiles, así como investigar y desarrollarnos como personas, por lo que para finalizar este proceso, presento este Reporte de Experiencia Profesional, en el que ilustro parte de mi experiencia como terapeuta infantil. Para ello, realizo la presentación de un Estudio de Caso: Juan, un paciente de 6 años de edad, quien fue atendido en el Centro Comunitario “Dr. Julián Macgregor y Sánchez Navarro”, donde realizaba mis prácticas de Residencia.

La problemática que presentaba Juan era con la figura materna. En el presente trabajo, se analiza cómo las fallas en el maternaje durante los primeros años pueden interferir el desarrollo psicológico en los niños. La ausencia e inconstancia maternas son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, ya que las madres tienen que laborar largas jornadas o por distintos motivos no pueden brindarle el tiempo ni la calidad que los bebés necesitan en los primeros años, por lo que estas carencias en los niños provocan una falta de valor por sí mismos, inseguridad, miedos, dificultad para socializar y problemas escolares, entre otros.

El motivo de consulta con el que asistieron al Centro Comunitario fue que Juan presentaba conductas de agresión hacia su hermano y familia, tendencia al retraimiento y miedos a los extraños y a la oscuridad; presentaba dificultades escolares en la lecto escritura, y pobre socialización, por lo que se decidió realizar una evaluación del área socioafectiva donde se encontró que el niño se percibía en un ambiente amenazante e inseguro, además de que la relación con los miembros de la familia era ambivalente e inconstante. Juan se percibía a sí mismo como inseguro y poco valioso. Con base en esto, se establecieron como hipótesis de trabajo iniciales que el niño, desde bebé, tuvo fallas en las funciones maternas, lo que explicaba en parte los síntomas. Tomando en cuenta los resultados de la evaluación y las características de Juan, iniciamos con el tratamiento, basándome en la Terapia de Juego con enfoque psicodinámico. Posteriormente, en el trabajo se narran las seis fases del juego que se detectaron durante el proceso de tratamiento, tituladas: 1. Evaluación y Alianza Terapéutica, 2. Volver a nacer, 3. Reformulación del Vínculo Materno, 4. Fortalecimiento del Self y Seguridad Básica, 5. Desarrollo de Competencias y 6. Cierre.

En cada fase se mencionan los materiales, los jugos principales y el análisis teórico. Asimismo, se describe y analiza cómo al final de la terapia el niño pudo resignificar su relación con la figura materna y encontró en el espacio terapéutico un lugar donde sentirse en confianza y valorado, por lo que los objetivos del tratamiento se cumplieron en su mayoría. Sin embargo, se presentaron algunas limitaciones en el proceso psicoterapéutico. Estos se plantean en las discusiones y las conclusiones del trabajo.

El presente reporte está conformado por seis capítulos. El primero de ellos es el Marco Teórico, el que incluye una breve descripción de las teorías que me dieron entendimiento del caso de Juan, las teorías que nos explican la **Relación Madre-Hijo**, las funciones maternas y las consecuencias de las carencias de la falta de éstas. Por esto, en el primer capítulo se describe la relación madre-hijo, según Spitz (1969) y Lebovici (1989), así como las funciones maternas descritas por Winnicott (1965) el apego según Bowlby (1989), la seguridad básica que se desarrolla por medio de esta relación y los factores que interviene en esta relación madre-hijo, así como sus consecuencias.

El capítulo 2 incluye información sobre la **Terapia de Juego**, que fue la herramienta principal para el tratamiento de Juan. Se menciona la definición, las características, los tipos y las funciones del juego en la terapia. Se eligió el juego como forma de tratamiento porque en los niños es la manera en que elaboraran e integran las vivencias que han tenido desde bebés, es la manera de contar su historia sin y con el uso de palabras, por lo que el niño va guiando su tratamiento mediante el juego.

En el capítulo 3 se refiere la **Metodología** que se utilizó para la realización del presente trabajo, la cual fue cualitativa, empleando el estudio de caso único.

En el capítulo 4 se titula **Estudio de Caso**, en el que se incluye la descripción clínica de Juan, la estructura, historia y dinámica familiares, así como la historia clínica. También se habla del motivo de consulta, el proceso de la evaluación así como la integración de los resultados. Posteriormente, se describen y analizan las seis fases que se identificaron en el proceso psicoterapéutico.

En el capítulo 5 se plantea la **Discusión** de los resultados obtenidos, los alcances y las limitaciones del proceso psicoterapéutico, así como la importancia de los juegos y juguetes utilizados.

El último capítulo de este reporte presenta las **Conclusiones** tanto del caso de Juan como de la experiencia obtenida en el proceso de formación durante la formación de Maestría con Residencia en Psicoterapia Infantil.

En resumen, este Reporte de Experiencia es un esbozo de los diferentes aspectos que se consideran en el proceso de evaluación y psicoterapia de un niño con problemas de vinculación. De esta manera enfatiza que la presencia de un vínculo materno-infantil adecuado es la base para dar sentido a la existencia del niño a partir de la cual pueda irse constituyendo como una persona valiosa y con las herramientas necesarias para crecer y hacer frente a las adversidades de la vida. En el siguiente capítulo se mencionará con mayor detalle lo referente a algunas teorías que describen y explican dicho vínculo.

CAPÍTULO 1. RELACIÓN MADRE-HIJO

Desde que una madre toma la decisión de embarazarse, se va formando una idea imaginaria del niño; en el segundo y tercer trimestre, cuando la vida fetal se siente existente dentro del vientre materno, la madre ya imagina la apariencia del bebé. Este *bebé imaginario* es descrito por Lebovici (1989) como el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia, lo que es transmitido a este niño fantasmático no son los hechos conocidos u oscuramente repetidos, sino los conflictos inconscientes que se agravan cuando surgen dificultades familiares.

Según Lebovici (1989) los vínculos de sangre no son indispensables para el desarrollo feliz del niño. Freud (citado en Lebovici ,1989) plantea que las madres son capaces de conformar con sus bebés una unión indisoluble. Este establecimiento inevitable de la unidad del recién nacido y los cuidados maternos, lleva al bebé a reactivar las huellas registradas de la experiencia de satisfacción y a alucinar, lo que da nacimiento a las primeras representaciones del objeto, el cual es imaginario antes de ser percibido, gracias a la alucinación del placer.

Bolwby (1989) plantea que en los primeros momentos del nacimiento del bebé, la atención se vuelca hacia él; la madre es probable que sienta el deseo durante los primeros días sólo de contemplarlo, abrazarlo y llegar a conocerlo. Los fenómenos de mayor importancia que han puesto de relieve la investigación reciente son la capacidad del neonato saludable para entrar en una forma elemental de interacción social y la capacidad de la madre de sensibilidad corriente para participar con buen éxito en ella.

Cuando una madre y su bebé se encuentran frente a frente hay una animada interacción social de expresiones faciales, vocalizaciones y movimientos excitados de brazos y piernas, a lo largo de esto se puede ver como el bebé es igual de espontáneo como su madre. Donde los roles difieren es en la coordinación de sus respuestas. La madre sensible regula su conducta de modo tal que se adapte a la de él. Y así mediante un hábil entretendido de sus propias respuestas con las de él, crea un diálogo. La rapidez y eficacia con que se desarrollan estos diálogos y el placer mutuo que proporcionan indican claramente que ambos participantes están preadaptados para entablarlos, cada uno se adapta al otro.

Spitz (1969) nos dice que las actividades que hace la madre, que provocan respuestas observables del infante, son las formas más toscas y más fácilmente dotadas del intercambio del estímulo dentro de la relación. Entonces podemos afirmar que durante el primer año de

vida, las experiencias y las acciones intencionales son probablemente las que ejercen aisladamente una influencia más importante en el desarrollo de los diversos sectores de la personalidad del infante.

Si la actitud de la madre es maternal y tierna, disfrutará en realidad todos los actos de su bebé. Además, los afectos de ella, su gozo, sus propios actos, conscientes o inconscientes, facilitarán los actos innumerables y variados de su bebé. Por lo que Spitz (1969) concluye que las actitudes inconscientes de la madre son las que tienen más influencia en el bebé que los conscientes.

Según Spitz (1969), la satisfacción que cualquier madre puede obtener de sus relaciones con el hijo está determinada por numerosos elementos:

- A) A través de la naturaleza de los elementos constituidos de su personalidad.
- B) A través de la transformación que estos elementos constituidos han sufrido hasta el momento en que ha parido a su hijo.
- C) De la manera en que este hijo determinado, en virtud de su equipamiento congénito, tiene la capacidad de efectuar la síntesis de esos diversos elementos en la personalidad de la madre, así como de encajar en las circunstancias de la realidad exterior.

En el niño donde aún no funciona un yo, las relaciones necesitarán de satisfacciones más cercanas a lo fisiológico que a lo psicológico. Estas satisfacciones brindan al infante seguridad, proveen lo preciso para la descarga de la tensión de la necesidad y, como puede ser también el caso, el alivio de la tensión ingrata. Las respuestas maternas a los actos del infante facilitan y hacen posible la integración del proceso de maduración en el infante. Provoca una complejidad creciente en la estructura del yo del niño y llevan a la formación de múltiples sistemas.

1.1 Funciones Maternas

Como se describe anteriormente, la madre es particularmente apta para proteger durante este primer año de vida la vulnerabilidad del bebé, lo que le permitirá contribuir positivamente a sus necesidades y desarrollo emocional. La madre puede cumplir esta tarea si se siente segura y amada por su familia y sociedad en general. Winnicott (1965) plantea que, al inicio, la madre debe adaptarse casi exactamente a las necesidades de los niños, a fin que la personalidad infantil se desarrolle sin distorsiones. Con todo, la madre puede permitirse fallas de su

adaptación, porque la mente y los procesos intelectuales del niño le permiten entender y tolerar fallas en la adaptación. En el cuidado de un niño, la madre depende de los procesos intelectuales de aquel, y gracias a ellos puede recuperar gradualmente vida propia.

Evidentemente, hay grandes variaciones de un niño a otro en cuanto a la capacidad de su mente para ayudar a la madre a su manejo. La mayoría de las madres puede adaptarse a la capacidad mental buena o deficiente de cada niño y seguir el ritmo, rápido o lento, de cada bebé. Pero, también es muy factible que una madre apresurada deje atrás a un hijo cuya capacidad intelectual es limitada, y también que el niño muy rápido pierda contacto con una madre lenta.

Winnicott (1965) refiere que el yo de la madre suple al yo del niño, aún no constituido, al asistirlo y brindarle un soporte emocional a través de sus cuidados. También cumple un papel de espejo, al reflejarle una imagen de sí mismo, la cual sirve como soporte para éste. El yo del niño se va fortaleciendo gracias a las experiencias instintivas reflejadas en el rostro materno, que permiten el descubrimiento de la vida personal. La continuidad de la existencia de la madre y la seguridad ofrecida por ésta permiten una experiencia positiva de un estado de soledad (estar solo) y un logro de independencia, que se da gracias a los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización.

Cuando la pareja madre-bebé funciona bien, el yo del niño es muy fuerte. El yo reforzado del niño puede desde muy temprano organizar defensas y desarrollar patrones que son personales y que ostentan visiblemente las huellas de las tendencias hereditarias.

Cuando el apoyo yoico de la madre no existe, es débil o tiene altibajos, el niño no puede desarrollarse en forma personal, y entonces el desarrollo está condicionado a las fallas ambientales que por las exigencias internas y los factores genéticos. Los niños que reciben una atención adecuada son los que con mayor rapidez se afirman como personas, mientras que los que reciben un apoyo yoico inadecuado o patológico tienden a parecerse en cuanto a los patrones de conducta (inquietos, suspicaces, apáticos, inhibidos, sometidos).

Por todo esto, la presencia de las funciones de la madre en esta etapa del desarrollo es primordial para su desarrollo. Winnicott (1965) las agrupa en 3 categorías: 1) sostén (holding), 2) manipulación (handling) y 3) presentación del objeto, los cuales se describen a continuación.

1) Sostén o holding es la forma en que la madre toma en sus brazos al bebé; está muy relacionado con la capacidad de identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera

apropiada constituye un factor básico del cuidado, situación que sólo podemos precisar a través de las reacciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido. Aquí, cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño, puesto que no hace sino cimentar: la sensación de desintegrarse, la sensación de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración y otras ansiedades que en general se describen como psicóticas.

2) La manipulación o handling contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite percibir lo real como contrario a lo irreal. La manipulación deficiente milita contra el desarrollo del tono muscular y contra lo que llamamos coordinación y también contra la capacidad del niño para disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal y de la experiencia de ser.

3) La presentación del objeto promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos. Las fallas en este sentido bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos.

Mediante la efectiva relación madre-hijo, el bebé desarrolla la seguridad básica. Cuando la madre es *suficientemente buena* (Winnicott, 1958), y el niño es saciado fisiológicamente como emocionalmente (Spitz, 1969). El niño desarrollará una base segura a partir de la cual podrá hacer salidas al mundo exterior y a la cual puede regresar sabiendo con certeza que será bien recibido, alimentado física y emocionalmente.

Los niños encuentran en la *Seguridad Básica* un desafío que los lleva a demostrar que pueden escapar. La libertad es un elemento esencial, algo que permite a las personas desarrollar lo mejor que hay en ellas. Sin embargo, debemos admitir que hay individuos que no pueden vivir en libertad porque experimentan temor con respecto a sí mismos y al mundo. El medio es el que permite que cada niño crezca, pues si no es confiable, el crecimiento personal no puede tener lugar, o bien resulta distorsionado. La madre es quien propicia que se desarrolle la seguridad básica en un niño, por lo que las madres deben de estar presentes, ser confiables y congruentes, proporcionando una estabilidad que no es rígida, sino viva y humana, y eso hace que el niño se sienta seguro y pueda crecer. Cuando ofrecemos seguridad hacemos dos cosas a la vez. Por un lado y gracias a la ayuda de las madres, el niño está a salvo de lo inesperado, de innumerables intrusiones desagradables y de un mundo que no conoce ni comprende, y, por otro, lo protegen de sus propios impulsos y de los efectos de esos impulsos.

1.2. Apego

En el mismo orden de ideas, *La Teoría del Apego* nos explica también la importancia de los vínculos afectivos entre la madre y el bebé ya que considera que el apego es la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares, que es fundamental para la naturaleza humana y esta existe desde el embrión hasta la vejez (Bowlby, citado por Heredia, 2005). Los principales vínculos en la primera infancia se hacen con nuestros padres aunque en el transcurso de la vida se van desarrollando otros vínculos.

Esta capacidad de mantener vínculos con otros individuos, ya sea en el papel de cuidador o en el que busca cuidados, es una característica principal del funcionamiento eficaz de la personalidad en relación con la salud mental. En general, el individuo más débil será el que busca los cuidados, y el individuo que es más fuerte es el que cuida, dependiendo siempre de las circunstancias o el grado de proximidad o accesibilidad; de aquí se derivaría el comportamiento del apego.

Heredia (2005) menciona que antes se pensaba que el cariño y el afecto eran secundarios a las necesidades básicas, como el hambre y la sed o el sueño, y no se tenía que mecer o abrazar a los niños con el fin de que no se convirtieran en caprichosos o exigentes.

La Teoría del Apego (Bowlby, citado por Heredia, 2005) sostiene que desde el momento del crecimiento, los niños son socialmente sensibles y que el deseo de la proximidad del niño con un adulto ha sido formado a través de la selección natural, por lo que el contacto temprano y extenso entre la madre y el recién nacido son determinantes en la calidad de su relación en el futuro.

La madre, padre o quien proporcione los cuidados desempeña el papel más importante en la interacción con su bebé por lo que la disponibilidad emocional de la madre o cuidador es primordial. Ésta se desarrolla mediante la sensibilidad para poder observar las diferentes señales y ritmos del bebé al igual que su capacidad de respuesta ante sus estados afectivos. Cuando el bebé crece, otra señal de disponibilidad emocional es favorecerle al niño la conducta de exploración de su mundo y el desarrollo de su potencial creativo. Un padre que carece de esta cualidad interpretará a su hijo en función a sus propios deseos y necesidades afectivas no a las del niño (Ainsworth, citada por Heredia, 2005).

Para Bowlby (citado por Heredia, 2005), el vínculo del apego es la primera relación esencial para la satisfacción de la necesidad de seguridad emocional y las conductas de apego son conductas preadaptadas que se despliegan con el desarrollo, en los bebés, las conductas de apego son meramente reflejos, ya que son conductas desencadenadas por el ambiente y por el estado interno del organismo. El bebé despierta cuidados y afectos; pronto responde a los estímulos externos de manera que atrae atención, contacto y proximidad de la persona que interactúa mayormente con él y es donde se establece el primer vínculo de apego, que por lo general suele ser la madre.

Ainsworth (1969) describe que un vínculo de apego se caracteriza por su confianza y firmeza, en el cual los infantes evidencian placer por el contacto físico, ausencia de ansiedad ante separaciones breves y un uso instantáneo de la madre como una “base segura” en la exploración y el juego.

Ainsworth (1969) nos habla de los siguientes tipos de apego. El primero es el apego seguro donde el individuo confía en sus figuras paternas; con esta seguridad se atreve a hacer exploraciones del mundo y es favorecida por el progenitor, la madre se muestra accesible y sensible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando busca protección y/o consuelo. El segundo es el apego inseguro, ansioso o ambivalente donde el individuo está inseguro de su progenitor, de si lo ayudarán cuando lo necesite, por lo que siempre tiene tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y está ansioso hacia la exploración del mundo; esto es debido a que el progenitor se muestra accesible y colaborador sólo en algunas ocasiones, pero no en otras. La tercera es el apego inseguro ansioso elusivo evitativo, en donde el individuo no confía en que, cuando busque cuidados, lo recibirá una respuesta servicial, si no por el contrario, será desairado y es el resultado del rechazo constante de la madre cuando el individuo se acerca a ellos en busca de consuelo y protección.

La investigación realizada por Hurst (2011) estudia los efectos del apego y la calidad del maternaje en el desarrollo de la autonomía y funcionalidad de la relación madre-hijo en la adolescencia, realizando un metaanálisis de diversos estudios longitudinales realizados en el National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Childcare and Youth Development (SECCYD). Este estudio concluye que una relación madre-hijo cálida y sensible, particularmente en la infancia, desarrollaba en el adolescente mayor autonomía.

1.3. Factores que intervienen en la Relación Madre-Hijo

Al subrayar la enorme influencia que ejerce la madre en el desarrollo del niño, también es necesario considerar los factores que han llevado a adoptar este estilo en sus cuidados. Un factor que tiene gran influencia es el grado de apoyo emocional o la falta de éste que ella misma recibe en ese momento. Otro es el tipo de cuidados maternos que ella recibió de niña. Una vez reconocidos estos factores, la idea de culpar a los padres se desvanece y queda reemplazado por un enfoque terapéutico que incluya un modelo explicativo más amplio, dado que los problemas emocionales de los padres tienen su origen en el pasado y las consecuencias de estos en los niños (Lebovici, 1989).

Uno de los factores que influyen negativamente en la relación de madre – hijo es la historia de las experiencias infantiles de los padres. Zahn-Waxler, Radke-Yarrow y King (citados por Bolwby, 1989) descubrieron que la conducta de un niño de ayudar y consolar a otros se desarrolla en los primeros dos años de vida y ésta se adopta en gran medida con base en cómo la madre de éste se comporta. Con mucha frecuencia, la manera en que actúa el niño es una réplica de lo que ha experimentado con su madre.

Las madres cuya infancia ha sido perturbadora tienden a entablar con sus niños una menor interacción que las madres con infancias más felices, en un periodo de la vida de sus bebés en que la cantidad de interacciones que se producen está determinada casi totalmente por la madre (Lebovici, 1989).

Sin embargo no todas las madres que han sufrido en su infancia serán unas madres que desatendan a sus hijos. Por esto, se sugiere que los individuos, gracias a sus primeras experiencias, son notoriamente propensos a desarrollar actitudes paternas desfavorables y son más sensibles de lo normal a lo que les ocurre durante y después del nacimiento de sus bebés (Lebovici, 1989).

Por otra parte, las características propias del infante también pueden influir en la relación madre-hijo. Por ejemplo, Lebovici (1989) plantea que algunos bebés nacen vulnerables, siendo éste un “estado de mínima resistencia a las lesiones y a las agresiones, y está sostenida por mecanismos biológicos y psicológicos pasados y presentes, y se traduce en aquello que designamos como una predisposición a éste o aquel disfuncionamiento somático o psicológico”.

Por esto, Lebovici (1989) define la vulnerabilidad psicológica como la poca capacidad para resistir los traumatismos, por lo que él deduce que las carencias de cuidados maternos afectan severamente a los niños “frágiles”.

Ya se mencionaron las características de los padres y los niños que influyen en la relación madre-hijo. ¿Pero qué hay de los factores socioeconómicos? Por lo general, los niños que sufren de maltratos, negligencias, violencia física y psicológica, abusos sexuales por algún familiar o individuo, se ligan en la mayoría de los casos a una disfunción de la relación padres-niños, así como los factores ambientales como la economía del país, que puede orillar a una ruptura familiar por migración o abandono en busca de mejor oportunidad. En todos estos casos, las necesidades fundamentales de los niños no son cubiertas (Lebovici, 1989).

Ammon (1973) propone que los desordenes psicossomáticos se relacionan con una perturbada relación madre-hijo en la etapa de gestación, así como en las influencias sociales y reglas de la sociedad contemporánea donde se le da gran importancia a la economía y a los valores materiales.

1.4. Consecuencias de las carencias afectivas

“Spitz (1969) plantea como primera preposición que las perturbaciones de la personalidad maternal se reflejarán en perturbaciones del infante, dado que el niño en sus comienzos es el recipiente pasivo. Como segunda hipótesis, se plantea que las influencias psicológicas dañinas son la consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo. Tales relaciones insatisfactorias son patológicas y pueden dividirse en dos categorías: A) relaciones madre-hijo incorrectas, B) relaciones madre-hijo insuficientes.

Las relaciones madre-hijo incorrectas se refiere a la calidad de la interacción y pueden llevar a una diversidad de perturbaciones del niño. Podemos dar por supuesto que la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, o que por razones de su personalidad, la madre está compelida a perturbar la relación normal que ella debe mantener de ordinario con su hijo. Podemos decir que la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica.

También Spitz (1969) menciona que la insuficiencia de las relaciones madre-hijo es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales. Cuando privamos a los infantes de sus relaciones con las madres, sin ofrecerles un sustituto adecuado que el niño pueda aceptar, les privamos de los suministros suficientes. Las consecuencias de la deficiencia emocional se dividen en dos subcategorías, según la extensión de la privación del infante: A) Defectividad parcial (privación emocional parcial) y B) Defectividad total (privación emocional total), las cuales son descritas a continuación:

La privación emocional parcial (depresión anaclítica) resulta de la defectividad parcial donde se priva al niño por un tiempo entre 3 a 5 meses. En una investigación se encontró que los niños que eran expuestos a una separación de la madre por tres meses desarrollaron depresión anaclítica, donde la sintomatología y la expresión facial de esos infantes recordaban considerablemente la que se encuentra en los adultos que padecen depresión. Los síntomas de la depresión anaclítica son: en el primer mes, ser más llorones, más exigentes, tiende a asirse al observador cuando éste logra hacer contacto con ellos; en el segundo mes, el lloriqueo cambia a gemidos, se inicia la pérdida de peso, hay una detención en el índice de desarrollo; tercer mes, los niños se niegan al contacto, yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo, se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso, tendencia a contraer enfermedades, el retraso motor se generaliza y se inicia la rigidez facial. Después del tercer mes, la rigidez facial queda firmemente establecida, los lloriqueos cesan pero son remplazados por gemidos, el retraso motor se acrecienta y es remplazado por el letargo y el índice de desarrollo empieza a decrecer. La perturbación presenta otras peculiaridades dignas de notarse en comparación de la depresión de los adultos, y una de ellas es que cuando el niño, que padece depresión anaclítica, permanece privado de su madre sin que se le proporcione un sustituto aceptable para un periodo que dure más de 3 a 5 meses, se inicia entonces un empeoramiento del estado del infante. Si la madre regresa en este periodo, la mayor parte de los niños mejoran, aunque es dudoso que sea completa ya que siempre las perturbaciones dejan cicatrices.

En la privación emocional total u Hospitalismo, en las que se priva a los infantes durante el primer año de todas las relaciones de objeto por periodos que duren más de 5 meses, se tendrán muestras de los síntomas cada vez más graves de un empeoramiento que parece ser en parte al menos irreversible. Esta ausencia de cuidados maternos equivale a la indigencia emotiva que lleva a un empeoramiento progresivo, hundiendo la entera personalidad del infante.

Por lo anterior se demuestra que una deficiencia en las relaciones de objeto lleva a una detención en el desarrollo de todos los sectores de la personalidad. Esas dos perturbaciones ponen en manifiesto el papel cardinal de las relaciones de objeto en el desarrollo del infante (Spitz, 1969).

Lebovici (1989) plantea que las desorganizaciones estructurales severas contienen muchos elementos del comportamiento vacío, especialmente los graves defectos de la relación y del funcionamiento objetal, que se añade a otras carencias fundamentales de la personalidad.

Las variantes clínicas están ligadas a las circunstancias y sobre todo a la edad. En el primer semestre aparece más que nada la indiferencia, la escasez de sonrisas y de vocalizaciones, debilidad de la comunicación, apatía, desvío de la mirada y el malestar del bebé al contacto corporal. En resumen, aparecen en el infante los índices semiológicos de la insuficiencia primaria del apego.

En el segundo semestre y el segundo año, el cuadro incluye daños en la mayoría de los sectores de desarrollo y de la personalidad (Lebovici, 1989). Las características interactivas de las inorganizaciones estructurales severas son las de una insuficiencia crónica del apego. Las discontinuidades que invaden la vida del niño pueden ser dos. La primera es una sucesión de hospitalizaciones y la otra se sitúa en el plano de la vida cotidiana, donde el niño experimenta con una serie de mini abandonos. Estos niños oscilan entre el rechazo y la sumisión a conductas que pasan del maltrato a contactos corporales de estímulo desbordante y de una gran crudeza erótica. La función materna está profundamente perturbada. La ambigüedad de sentimientos maternos altera entre una necesidad de captación en un cercamiento fusional y una incapacidad para el contacto.

La organización defensiva comienza desde que el niño pequeño intenta satisfacer las exigencias maternas y lo lleva a renunciar a sus deseos para obtener el amor de aquellos que lo educan y le exigen sacrificios. La represión es uno de estos mecanismos de defensa y sin duda el más poderoso, sólo manifiesta sus efectos plenos más tarde durante el periodo de latencia. La aparición de los síntomas neuróticos señalan el fracaso, de otro inevitable esfuerzo de contrainversión: el deseo contrainvertido reaparece entonces, ya sea en forma directa, o más frecuentemente en forma desplazada o sustitutiva: un síntoma neurótico.

Los problemas neuróticos de los niños de hasta tres años pueden ir desde la alteración o pérdida de los vínculos de apego que sobreviene problemas funcionales como problemas del sueño o de alimentación que a su vez conducen a la evocación de la angustia y depresión.

Los niños que presentan deficiencias en el apego suelen presentar un tipo de apego desorganizado, por lo que el vínculo que establece con los demás es disfuncional, lo cual no permite que se den las condiciones mínimas necesarias para un adecuado desarrollo, causando desajustes psicológicos. Asimismo, da lugar a la repetición de introyectos reflejados en donde hay una formación inadecuada del autoconcepto, la autoestima y la autoimagen, que llevan al niño a considerarse como una persona que no merece ser querida y que espera que los demás le hagan daño (Moreno y García, 2007).

En un estudio realizado por Flykt, Kanninen, Sinkkonen y Punamaki (2010) con madres que sufrían depresión, se midieron los síntomas depresivos prenatales y postnatales así como el tipo de apego para poder predecir la calidad de la interacción madre-hijo. Se analizó si el apego seguro puede proteger la interacción de la diada de los efectos negativos de la depresión materna. Participaron 59 diadas examinadas desde el embarazo, a los 4-5 meses después del parto y una última vez a los 14 meses. Se evaluó el tipo de apego con el Inventario de apego del adulto, seguido por el Inventario de Síntomas Depresivos con una Escala de Depresión Postnatal y se hicieron observaciones en la diada madre-hijo. Los resultados mostraron que las madres con apego seguro eran más sensibles y responsivas así como sus hijos eran más cooperadores que las diadas que no presentaban este tipo de apego. Se formuló la hipótesis de que madres con una combinación de síntomas depresivos pre y post natales no eran responsivas ni sensibles en la diada con sus hijos. Otra hipótesis formulada fue que las madres con apego seguro protegen más la interacción madre-hijo del impacto negativo de los síntomas depresivos, donde diadas con madres preocupadas estaban en riesgo de tener más dificultad en la diada.

En otro estudio sobre las consecuencias del apego, Kouvo y Silven (2011) analizan si el apego de tipo seguro por parte de los padres causa un afecto en la etapa adolescente. El apego fue medido en los padres con la entrevista del apego del adulto en una comunidad donde los dos padres vivían en casa. La mayoría de las madres y padres se clasificaron como apego seguro. Las características de la población como la estructura familiar y los años de educación fueron las variables que diferenciaron a las madres con una apego seguro a las que no lo tenían. En la preadolescencia, los niños que han experimentado el apego con al menos un

padre o madre eran mas empáticos y tenían menos problemas sociales, comparados con los que no lo habían tenido. Los resultados sugieren que el apego parental influye a largo plazo en el desarrollo psicosocial del niño.

En una investigación realizada por Valentino, Cicchetti, Rogosch y Toth (2008) dentro de un programa recreativo en verano para niños maltratados, abandonados y no maltratados en la ciudad de Nueva York, se evaluaron los procesos básicos de memoria, sintomatología internalizada y el valor afectivo de las representaciones internas maternas entre 63 niños maltratados, 33 niños abandonados y 138 niños no maltratados. Entre los resultados obtenidos, encontraron que las representaciones maternas funcionan como organizadores de los esquemas de memoria en los niños. Sin embargo, los niños que fueron maltratados mostraron un menor desempeño en actividades de memoria que implicaban estímulos que hacían referencia a cuestiones maternas. Contrario a lo que esperaban, no encontraron diferencias entre los tres grupos en la valencia afectiva referente al esquema maternal, explicando que los niños maltratados y abandonados suelen inhibir los afectos negativos como una forma de protección. Sin embargo, al relacionarlo con la sintomatología internalizada, los autores hallaron que los niños maltratados y abusados presentaban una mayor sintomatología en comparación con los no maltratados y que ésta tenía una relación importante con una valencia negativa del esquema maternal, mientras que una valencia positiva constituyó una fuente de protección para el desarrollo de sintomatología. El artículo corrobora de esta forma la importancia de la madre en la organización de diversas funciones así como en la protección ante semblantes psicopatológicos.

En cuanto a la intervención psicoterapéutica en problemas relacionados con el apego, Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent, & Bernier (2011) proponen una intervención de apego a corto plazo en familias que reportaron maltrato a sus hijos de entre 1 a 5 años. Participaron 67 cuidadoras que fueron asignadas aleatoriamente a un grupo control y otro grupo de intervención. El grupo de intervención recibió 8 semanas de visitas en casa para observar y promover el desarrollo de la sensibilidad entre la madre y el niño. Éstas incluyeron pláticas sobre el apego, la regulación de emociones así como temas relacionados. También les dieron retroalimentación sobre la interacción que observaron. Se realizó una comparación entre el pre y el post que reveló una mejora significativa en la sensibilidad y el apego de las madres hacia sus hijos así como una reducción en la desorganización del infante. Los niños de mayor

edad que participaron en la intervención también presentaron una disminución de los problemas internalizados y externalizados de la conducta. Este estudio demostró la eficacia de las intervenciones de apego a corto plazo logrando aumentar la sensibilidad parental, mejorar la seguridad del niño y reduciendo la desorganización de los niños en edades tempranas.

Finalmente, a partir de lo expuesto, es posible concluir que la importancia del vínculo madre-hijo radica en la diversidad de funciones protectoras e integradoras que dan sentido a la existencia del niño, brindándole la independencia y herramientas esenciales para hacer frente al mundo. Asimismo, el apego seguro provee una base de seguridad y bienestar físico, de la cual se desarrollan pautas individuales de regulación emocional que ofrecen a los individuos la posibilidad de establecer vínculos afectivos estables e incondicionales. Sin embargo, cuando se presenta en los niños sintomatología relacionada a las consecuencias de fallas en la relación madre-hijo, la psicoterapia de juego puede ofrecer recursos para la resignificación de las relaciones objetales y alternativas para la orientación psicológica de los cuidadores. De ahí que en el siguiente capítulo se describen las características principales de la psicoterapia de juego con enfoque psicodinámico, así como su aplicación en trastornos de vinculación.

CAPÍTULO 2. TERAPIA DE JUEGO

2.1. Definición y Características

El juego es el principal medio por el que un niño ensaya actividades y papeles sociales y llega a las condiciones de objetos y personas en su ambiente. También, debemos recordar que el juego no sólo es catártico, autorevelador y de naturaleza instructiva, sino también es diversión y por lo tanto automotivador. En los juegos, los niños se sienten relativamente libres para ser ellos mismos, para divertirse probando cosas, por lo que el juego es un medio educativo y terapéutico naturalmente atractivo e importante en el desarrollo total del niño.

La Asociación Americana de Psicoterapia de Juego (2001) define a la Psicoterapia de Juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal, donde un psicoterapeuta de juego entrenado utiliza los potenciales terapéuticos del juego para ayudar a prevenir o resolver dificultades psicosociales y favorecer el óptimo crecimiento y desarrollo de sus pacientes”.

Se pretende que mediante el uso del juego el niño se sienta cómodo, se comunique y libere sentimientos y emociones. De esta manera los juegos dentro del proceso terapéutico tienen diversos objetivos, puesto que se pueden utilizar para reducir la resistencia al proceso verbal más directo de problemas y sentimientos. O bien, como un medio terapéutico central y principal donde los sentimientos y problemas se juegan en lugar de verbalizarse (Schaefer y O’Connor, 2000). Eliana Gil (2005) considera que la Terapia de Juego ofrece a los niños una oportunidad de descargar emociones reprimidas, de expresarse de forma tanto verbal como no verbal y mediante el uso de símbolos; también puede compensar sus problemas en la realidad, de encontrar soluciones a sus problemas y mediante el juego de simulación, ensayar múltiples situaciones en las que ellos puedan encontrarse.

El juego se utiliza como herramienta evaluativa y diagnóstica, incluso puede provocar una situación en la que la ansiedad a ciertas condiciones pueda confrontarse y penetrarse. También su uso ofrece al jugador la oportunidad de aprender reglas como una analogía de vivir en forma responsable según normas aceptables por la sociedad y de ver los derechos y privilegios propios en relación con los de los demás. Estos proveen un medio terapéutico

revelador porque toma en cuenta la expresión de sentimientos, preocupaciones y de igual manera proporciona una salida para éstos, ofrece la oportunidad de experimentar y practicar nuevas conductas, soluciones para cubrir las necesidades y preocupaciones pasadas (Ruelas, 2008).

Utilizar la terapia de juego significa elegir una estrategia específica para cada niño entre la gran variedad de teorías, técnicas y variaciones. Los juegos dentro de la terapia representan la vida y una oportunidad para involucrarse y dominar sus complejidades en una forma enfocada resumida y terapéuticamente que puede ser para todas las edades fácil de comprender (Ruelas, 2008).

Dentro de las generalidades de las diversas teorías de la terapia de juego existen tres enfoques que son: a) las conductas problemas son un intento por comunicar; b) los sentimientos y conductas se exploran a través del juego y c) estos se exploran en una atmósfera en las que existe salida de expresión y donde pueden aprenderse nuevas conductas (Schaefer y O' Connor, 2000).

La psicoterapia de juego va cambiando de sentido, dependiendo de la perspectiva teórica en que vaya encaminada. La intervención psicoterapéutica que se describe en el presente trabajo fue realizada con base en los principios de la psicoterapia de juego psicodinámica.

2.2 Psicoterapia de Juego Psicodinámica

La Psicoterapia de Juego Psicodinámica tiene sus inicios en el psicoanálisis clásico profundo propuesto por Sigmund Freud, quien estableció los fundamentos de la terapia de juego psicodinámica (Schaefer, 2005). Sus ideas y el trabajo que realizó con pacientes adultos aportaron nuevos conocimientos sobre el desarrollo y las experiencias emocionales infantiles, sobre todo la profunda relación ente psique, cuerpo y sexualidad de los niños. Los análisis informales que realizó de sus propios hijos y el tratamiento que dio al pequeño Hans, un niño de cinco años de edad que sufría fobia a los caballos, así como su trabajo retrospectivo sobre las experiencias tempranas de sus pacientes adultos, sentaron las bases del siguiente paso lógico en el tratamiento de los niños (Ruelas, 2008).

Los inicios que más se mencionan de la terapia de juego giran en torno de Anna Freud y a Melanie Klein. Ambas creían en la riqueza y complejidad de la niñez y el desarrollo, se daban cuenta del sufrimiento que llegan a conocer los niños y valoraban la terapia de juego como un medio de entendimiento y obtención de alivio (Schaefer, 2005).

Melanie Klein se considera la fundadora de psicoanálisis de niños especialmente por haber inaugurado el Psicoanálisis a través del juego (Amescua, 1993). Klein concebía al juego infantil como un equivalente de las asociaciones libres de los pacientes de los adultos y un medio para interpretar directamente incluso el inconsciente de niños de muy corta edad. Se enfocó en las experiencias de abandono, envidia y furia de los niños más pequeños (Schaefer, 2005). Creía que el niño transforma la realidad de lo que vive en función de sus miedos, de su culpabilidad, de sus defensas e incluso de los sentimientos agresivos que lo animan. Por medio del juego actualiza, de una manera simbólica, sus imaginaciones inconscientes, sexuales y agresivas, sus experiencias vividas y deseos. Al hacer esto el niño utiliza el mismo lenguaje que en el sueño y es susceptible de interpretación de acuerdo con los mismos principios (Lucio y Heredia, 1993). Para Klein, el juego, la manera de jugar, la distribución de los papeles y cambios en el juego forman parte del contenido manifiesto, que da lugar a las asociaciones. Las asociaciones espontáneas o provocadas funcionan como otros indicios que permiten la interpretación. Las detenciones, inhibiciones o angustias patentes en el juego son puntos privilegiados para la interpretación (Lucio y Heredia, 1993).

Otra pionera del trabajo psicoanalítico con niños es Anna Freud, quien buscaba ayudar a los niños a entender de forma consciente porqué pensaban, sentían y se comportaban como lo hacían, y que el discernimiento invita al cambio personal. Representaba la conducta y defensa del niño como los mejores esfuerzos de éste para afrontar sus ansiedades, traumas, experiencias de vida y crecimiento. No sólo reconoció factores como la salud, las condiciones de vida, la capacidad cognitiva, etc., sino que fomentó la orientación a los padres y la consulta a las escuelas como funciones importantes de la terapia de niños (Schaefer, 2005). Lucio y Heredia (1993), exponen que A. Freud considera tres supuestos básicos del juego en el tratamiento psicoanalítico, los cuales son:

- 1) El juego es una expresión rígida, bastante parecida al texto elaborado de un sueño. De esta argumentación ha nacido el estudio de los mecanismos de defensa del yo.

2) El yo del niño está en plena evolución, sobre todo antes de que se haya fijado la evolución edípica. El superyo no está totalmente estabilizado como tampoco las formas de organización del yo, que todavía depende del entorno. Por eso no se puede hablar de una verdadera neurosis transferencial.

3) Resulta imposible al psicoterapeuta mantener una actitud estrictamente neutral y es difícil renunciar a toda intención pedagógica.

Dolto y Manonni (citados por Lucio y Heredia 1993) hacen aportaciones importantes al psicoanálisis del niño. Insisten en que los síntomas de los niños, son síntomas de los padres. Consideran que es esencial entender que el niño es un sujeto en formación que se estructura en una dinámica edípica. Mencionan que la verdad es liberadora y que el niño es sensible, no sólo a lo que dicen los padres, sino también a lo que no se dice. Están convencidos que en la mayoría de los casos no se podrá tratar al niño sino se trata a la madre (Lucio y Heredia, 1993).

Por otra parte E. Erikson en Estados Unidos, aplica sus teorías del desarrollo y etnográficas al análisis de niños (Amescua, 1993, citado por Garaigordobil, 1995), Erikson enfatizó, por un lado, la influencia de factores psicosociales y socioculturales en el desarrollo del yo. Desde su punto de vista, el juego es una función del yo, un intento de sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. Pone el énfasis en la necesidad yoica de dominar las diversas áreas de la vida, en especial aquellas en las que el individuo encuentra que su sí mismo, su cuerpo y su rol social son incompletos y aun están rezagados. Por ello, considera que el propósito del juego consiste en alucinar un dominio yoico, no obstante, también practicarlo en una realidad intermedia entre la fantasía y el mundo real.

Erikson, (citado por Arreola, 2005) propone que el juego del niño es la forma infantil de la capacidad humana para manejar la experiencia mediante la creación de situaciones modelo y para dominar la realidad mediante el experimento y el planteamiento. Ve al juego como un medio que revela la forma en que el niño experimenta su mundo y funciona dentro de él.

Winnicott (citado por Garaigordobil, 1995). es el primero en conceptualizar el espacio del juego, expresando que el juego se realiza en un espacio intermedio de experiencias entre el mundo externo (objetivo) y el mundo interno (subjetivo), esto es, en el espacio simbólico. Este analista ve el juego como una actividad creadora que tiene un papel relevante en el desarrollo de la personalidad, ya que el vivir creador que se desarrolla en la zona intermedia, permite el sentimiento de que la vida y las personas son valiosas: lo universal es el juego, y corresponde

a la salud, facilita el crecimiento y por tanto esta última conduce a relaciones de grupo, por lo que puede ser una forma de comunicación en psicoterapia.

Susan Issacs, (Lucio y Heredia, 1993). considera que el juego es la actividad que le permite al niño alcanzar equilibrio psíquico en los primeros años de su vida. En las actividades lúdicas, el niño externaliza las diferentes tendencias de su vida psíquica y las lleva a un cierto grado de armonía. Mientras que para Margaret Lownfled (Lucio y Heredia, 1993). atribuye gran prioridad al juego simbólico para extraer parte de la energía emocional excesiva que se ha acumulado a través de la neurosis. Ella considera que, al permitirle al niño que juegue libremente en un marco de seguridad y aceptación, lo capacitamos para manejar en forma satisfactoria y saludable sus problemas más urgentes.

Freud considera que el juego tiene una serie de funciones como:

- Permitir manifestar la renuncia a la satisfacción del instinto. A través del juego se puede resarcir de algo que le duele.
- El niño convierte en juego un suceso desagradable porque puede tener un dominio sobre el suceso.

De acuerdo a estas funciones, Lebovici (Lucio y Heredia, 1993) considera que los niños repiten en sus juegos todo aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión y de este modo se procuran una salida de la energía de la misma, haciéndose dueños de la situación; y que todo juego infantil se halla bajo la influencia del deseo dominante de esta edad (el ser grandes y poder hacer lo que los mayores). En muchos casos, el niño construye con sus juegos un mundo que tiene un valor representativo, y como no siempre lograr expresar lo que desea, es necesario observar sus titubeos y lapsus, los cuales pueden ser expresiones de las pulsiones que se manifiesta a nivel preconscious. Por lo tanto, el juego no es sólo la satisfacción de deseos, sino también, triunfo y dominio de la realidad por el proceso de la proyección sobre el mundo externo de los peligros internos.

La terapia de juego psicodinámica se basa en el *análisis de la resistencia y la transferencia*, donde el terapeuta es un observador participante y el juego es un medio para resolver los conflictos que interfieren con la habilidad del niño para utilizar al máximo su capacidad. Así, se utiliza al juego como un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación, fuente de información y como un medio que promueve la comunicación interpretativa (“interpretación dentro de la metáfora”) (Schaefer, 2005).

El terapeuta debe mantener su atención en el objetivo principal, que es servir como observador participante. Se usa el juego para resolver conflictos que pueden interferir con su habilidad para utilizar al máximo su capacidad en recursos educativos comunes y como un recurso para establecer contacto con el niño como medio de observación y como fuente de información (Schaefer y O'Connor, 2000). El juego permite al niño que lleve sus conflictos a un ámbito simbólico (Schaefer, 2005).

En la terapia de juego psicodinámica, el terapeuta debe tener una base profunda del desarrollo infantil y experiencia en la observación de niños normales y desviados en diferentes situaciones. También, debe estar familiarizado con la teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad, su estructura y función, y ser conocedor de la literatura en el campo; Debe asimismo tener experiencia supervisada en el tratamiento de niños en el escenario de una clínica, siendo maduro para poder empatizar sin sobreidentificarse, permitirse cierta medida de regresión controlada, sin perder su capacidad para observar e interpretar y soportar presiones afectivas intensas y sin perder el control. Debe estar dispuesto y capaz de ser completamente honesto con el paciente y consigo mismo (Ruelas, 2008).

La terapia psicodinámica reconoce la integridad del niño como persona y la función que éste desempeña en su propia vida. Este enfoque de trabajo con niños ofrece un lugar seguro para estos, libre de prejuicio físico y psicológico, donde pueden disminuir sus defensas lo suficiente para explorar sus pensamientos, sentimientos y vida. Se considera que el simple hecho de que el menor sepa lo que realmente siente, piensa y hace le ayuda a sentirse y desempeñarse mejor, es decir, a vivir en forma más auténtica (Schaefer, 2005).

En cuanto al contacto, se sugiere un periodo preparatorio para lograr una alianza de trabajo donde los materiales deben estar disponibles para el niño. El terapeuta debe cuidar y sugerir su uso, debe ser permisivo, ayudando al niño a verbalizar conflictos y hacer uso de los esfuerzos interpretativos del terapeuta para lo que la observación juega un papel de importancia, siendo esta la herramienta fundamental de la terapia de juego psicodinámico. En este enfoque se considera que la comunicación psicoterapéutica con el niño debe estar a tono con su nivel de desarrollo afectivo y cognoscitivo, así como los materiales deben alentar el juego libre de la imaginación del niño y promover la verbalización de fantasías, expresión del afecto y relajación de mecanismos de defensa característicos (Schaefer y O'Connor, 2000).

El niño es quien está a cargo de su propia terapia y trabaja de forma activa sobre las experiencias en las que originalmente se sentía indefenso e impotente. El terapeuta brinda contención, escucha y responde con empatía al niño. Todo lo que hace el profesional en la terapia de juego psicodinámica está al servicio del descubrimiento personal del niño y de que asuma más responsabilidad sobre su vida. El profesional brinda apoyo y orientación a los padres, con base en las necesidades de su hijo (Schaefer, 2005).

Por su parte, Lucio y Heredia (1993) exponen que existen factores que el terapeuta puede observar durante el juego dentro de un contexto psicodinámico, en ellos encontramos:

* *Contenidos típicos:* en el juego hay una compulsión repetitiva (fantasma). Los afectos infantiles toman generalmente la forma de una simbolización de la escena primaria (psicosexualidad infantil, para adornar las fantasías masturbadoras), la que es representada de manera directa o camuflajeada, lo que es la vía de acceso más general a las posiciones identificadoras, a las adquisiciones, a las defensas y angustias del niño. Los fantasmas fundamentales en psicoanálisis son el nacimiento, la muerte, la existencia prenatal, la castración y la seducción.

* *Símbolos, angustia y agresión:* la representación simbólica a través del juego permite expresar los problemas inconscientes de los niños, cuya interpretación se dificulta por las resistencias, siendo la principal la culpa. Esta toma el cariz de una angustia mas o menos patente, como inhibición, desinterés simple o incluso de una falta de aptitud de comprensión, presentándose la inhibición y que llevan casi siempre del brazo a la agresión, estando generalmente el sadismo presente en las representaciones fantasmales de angustia del niño como lo son la devoración, el desgarramiento, despojo, corrosión, abrazo, etc.

* *Mecanismos de defensa:* en el análisis del niño por medio de las defensas se debe hacer un análisis del yo, siendo la negación y la represión los mecanismos mas utilizados por excelencia.

Por su parte, Ruelas (2008) refiere los niveles de intervención propuestos por Lewis en la psicoterapia de juego psicodinámica, las cuales son:

- Afirmaciones de atención: provocar la conciencia del niño del contexto básico de sus acciones y/o verbalizaciones.
- Reductivas: Demostrar patrones de conducta, no advertidos (señalamientos).
- Situacionales: Conciencia de aquellas situaciones que hacen surgir afectos o conductas.

- Interpretaciones de transferencia: Cómo refleja sus conflictos en la relación con el terapeuta.
- Etiológicas: Unir la conducta actual del niño con sus sucesos de desarrollo temprano.

Para esta postura teórica, en cuanto más se logre hacer participar a los padres en el tratamiento, éste funcionara mejor. Es necesaria la cooperación de los padres para hacer que el niño llegue a estar ante el terapeuta, cita tras cita, y despachar los trámites de la terapia. Los padres contribuyen una fuente de información primaria sobre el niño y el hogar. Son ellos quienes le harán saber las percepciones que tienen de los comportamientos de su hijo en casa, cómo se lleva con hermanos o compañeros y cómo se desempeña en la escuela. También le darán un historial sobre el desarrollo del menor y están en la posición de explicar la razón por la que lo llevaron a la terapia. El profesional debe esforzarse por educar e informar a los padres en relación con el desarrollo, particularmente de su hijo. Sin traicionar la confidencialidad del menor, el terapeuta debe buscar traducir sus experiencias, heridas y necesidades en términos que los padres logren captar y atender (Schaefer, 2005).

Algunas aplicaciones clínicas favorables con el uso de la psicoterapia de juego psicoanalítica, pueden ser en la ansiedad, depresión, funcionamiento limítrofe o psicótico, limitaciones físicas o psicológicas; ayuda a los niños a vincularse consigo mismos y con los demás, reducir el odio personal y el narcisismo problemático (Ruelas, 2008).

En cuanto a las investigaciones que han encontrado resultados favorables de la aplicación de la terapia de juego, se encuentra la realizada por Fall, Balvanz, Johnson y Nelson (1999), quienes utilizaron la Terapia de Juego Centrada en el niño como un tipo de intervención para mejorar los problemas de aprendizaje que los niños presentaban en el aula así como su auto eficacia. En esta investigación participaron 31 niños de entre 5 y 9 años que recibieron la terapia de juego y otros 31 niños fueron el grupo control. Para medir el desempeño escolar se utilizaron los instrumentos de Connors (1986). Los resultados mostraron que los niños que presentaba problemas de afrontamiento en el salón podían ser intervenidos en 6 sesiones con la terapia de juego centrada en el niño donde mejoraron su desempeño en le salón de clases.

En otro estudio también realizado en una Escuela por Watson (2007), se investigó la eficacia de la terapia de juego en cuatro estudiantes de siete años de edad que presentaban problemas externalizados de conducta que podría relacionarse con depresión infantil. Los niños

fueron detectados por sus maestros y se les aplicaron los inventarios de Escalas de Conducta (PKBS-2), Escala de Depresión en Niños (CDRS-R) y la Escala para maestros de Conner's (CTRS-R). Se encontró una correlación moderada entre los puntajes de la escala de comportamiento y la de depresión, indicando una correlación entre el comportamiento y la posibilidad de depresión infantil. Las sesiones de los niños se impartían 2 veces por semana con una duración de 30 minutos. Los inventarios se aplicaron antes de iniciar el tratamiento, a las semana 4 y a la semana 8. La terapia de juego demostró ser una intervención viable para mejorar la conducta de los niños en las escuelas.

La psicoterapia de juego psicodinámica aspira a generar un cambio no sólo conductual o sintomatológico, sino de aspectos más amplios, profundos y esenciales del niño, así como sus formas de enfrentar la vida y sus duras pruebas. También ayuda a que un menor integre varios aspectos de su personalidad y a dominar ciertas tareas de desarrollo (separarse y crecer), promueve la flexibilidad y adaptabilidad, contribuye a reducir la vulnerabilidad de un niño a un funcionamiento psicótico y limítrofe, sobre todo cuando está bajo a estrés. Asimismo, pretende ir más allá del dolor o la dificultad inmediatos y aclarar el camino para que se reanude un desarrollo saludable desde donde se ha detenido o desviado por traumas externos o conflictos internos insostenibles (neurosis) (Schaefer, 2005).

2.3 Psicoterapia de Juego y la Relación Madre-Hijo

La relación madre-hijo ha sido ampliamente estudiada; sin embargo, son pocos los estudios recientes encontrados donde se mencionen específicamente propuestas o reportes de procesos psicoterapéuticos, ya que los estudios que más se encontraron son los relacionados con aspectos teóricos y descriptivos de las teorías del vínculo, apego y relación madre-hijo.

En cuanto a los estudios realizados en otros países, se encuentra el trabajo de Paolicchi, Colombres, Pennella, Maffezzoli, González y Botana (2007), quienes trabajan en Argentina y concluyen que la reflexión de los adultos acerca del juego infantil genera modificaciones positivas en las relaciones paterno-filiales, y provoca una disminución del nivel de agresión. Desde el punto de vista conceptual, plantean que, al ofrecer un ámbito de encuentro lúdico y socializante, se restablecen los lazos familiares que pueden estar dañados y se ofrecen nuevos modos de interacción. Asimismo, consideran que la regularidad de la

actividad lúdica facilita cambios en la relación de los padres con sus hijos, los cuales revelan mayor estabilidad afectiva. La importancia del juego en el desarrollo infantil promueve cambios subjetivos en las personas capacitadas en este programa y logran que se disminuya el impacto de ciertas experiencias tempranas negativas en el desarrollo posterior de los niños.

Asimismo, Becker-Weidman (2006) publicó una investigación en la que participaron 64 pacientes con edades entre los 5 y 17 años en un Centro de Desarrollo Familiar en Estados Unidos. Todos los niños estaban diagnosticados de acuerdo al DSM-IV con Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia y manifestaban haber sufrido maltrato. El grupo control lo conformaron 30 niños y recibieron la Terapia individual, del juego y familiar. Los otros treinta y cuatro de estos niños y sus cuidadores recibieron una terapia llamada *Dyadic Developmental Therapy* basada en la teoría del apego de Bowlby, así como estrategias cognitivo-conductuales que buscan modificar los modelos negativos en los niños a través de técnicas como modelamiento del ciclo “sano” del apego, contención física y emocional, regulación interpersonal del afecto, y donde se hace énfasis en el papel del terapeuta y el responsable de la crianza del niño. Se utilizó un modelo de pretest-postest donde, por medio de instrumentos estandarizados como el Child Behavior Checklist y el Randolph Attachment Disorder Questionnaire, se monitorearon los diversos síntomas. Se tuvieron un promedio de 23 sesiones en un periodo de once meses. De acuerdo con los resultados reportados, los niños que pertenecían al grupo de dicha terapia mostraron una mejoría significativa en los diferentes rubros medidos por medio de los cuestionarios, a comparación del grupo control que trabajó de una forma “usual”.

En cuanto a las propuestas de intervención para problemas de vinculación y/o en la relación madre-hijo, la psicoterapia de juego ha proporcionado excelentes resultados en casos similares al que se reporta en el presente trabajo. Entre ellos se encuentran los estudios de casos realizados por Ramírez (2009), Mendoza (2010) y Chávez (2011), mismos que a continuación se describen.

Ramírez (2009) plantea que la relación padres-hijo es vital para el desarrollo emocional del niño. Cuando esta relación es sobreprotectora, obstaculiza la tendencia innata del niño a la individuación y a obtener una seguridad interna que le permita adaptarse y responder al exterior. Ramírez realizó una intervención de Psicoterapia de Juego Psicoanalítica, donde participó Armando, un niño de 7 años, que presentaba TDA-H, constantes berrinches,

irritabilidad, dificultades para la socialización y para adaptarse a los cambios. El tratamiento consistió en seis fases y el objetivo fue avanzar al menor hacia el proceso de separación-individuación, diferenciar su deseo y su discurso del de la madre y promover su autonomía y competencia. A partir de la intervención se logró un mejor desempeño escolar, una mayor sentimiento de identidad y de seguridad interna que favoreció la socialización.

Por su parte, Mendoza (2010) reporta el caso de un menor de 9 años que asistió a terapia por conductas agresivas, episodios de encopresis secundaria diurna y conductas sexualizadas relacionadas con abuso sexual. Con base en los antecedentes familiares y del problema, así como la evaluación psicológica, establece el diagnóstico de Trastorno Reactivo de Vinculación de tipo inhibido. El proceso psicoterapéutico constó de 32 sesiones donde se trabajaron situaciones traumáticas incluídas el abuso sexual en conexión con sus conductas, así como la identificación con un Ideal del yo positivo. Durante el tratamiento se trabajó también con su abuela y con la maestra. El tratamiento tuvo como base la función del *holding* brindado por el terapeuta, a partir del cual el paciente logró irse integrando como una persona valiosa, digna de ser amada y con una disminución de los síntomas que lo habían llevado a terapia.

En otro reporte de caso realizado por Chávez (2011), el autor refiere el tema de vínculo primario y su importancia para el desarrollo del niño. El participante de nombre Damián de 7 años de edad se encontraba en el Centro de Estancia Transitoria de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y presentaba sintomatología relacionada con la ausencia de un vínculo adecuado con su madre, así como de experiencias de maltrato y abuso sexual. Estas carencias afectivas impidieron en Damián una integración de sí mismo a partir de la cual pudiera establecer un yo fuerte que le proveyera sentimientos de valía, seguridad y confianza hacia sí mismo y el mundo que le rodeaba así como un desarrollo social adecuado. Al finalizar el proceso Psicoterapéutico, se concluyó que la presencia de un vínculo materno-infantil adecuado es la base para dar sentido a la existencia del niño a partir de la cual pueda irse constituyendo como una persona valiosa y con las herramientas necesarias para crecer y hacer frente a las adversidades de la vida.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1 Objetivo General

Describir el trabajo psicoterapéutico realizado con Juan a través de la Terapia de Juego, analizando la resignificación de la relación de Juan con la figura materna, incrementando así la seguridad emocional y disminuyendo las conductas de retraimiento social y agresividad.

3.2 Metodología: Cualitativa

El presente reporte se realizó con base en la metodología cualitativa que se caracteriza por la recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Las preguntas o hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernández, Fernández y Baptista, 2004).

Ya que estamos trabajando con una sola unidad muestral y que el individuo fue escogido por su relevancia en el tratamiento de la psicoterapia de juego, se considera que es un estudio de caso instrumental. Esto nos permite realizar nuestro propio procedimiento y clases de diseño y con esto poder analizar profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría (León y Montero, 2002).

3.3 Descripción clínica del paciente

Juan, es un niño que llegó al Centro Comunitario a la edad de 6 años, cursaba el tercero de preescolar. La primera impresión fue de un niño que aparentaba menor edad cronológica, de estatura inferior al promedio, complexión delgada y tez blanca, en ocasiones llegaba desaliñado a la sesión, presentaba poco vocabulario para su edad, sus respuestas solían ser de tipo monosilábico (“sí”, “no”) y no utilizaba enunciados mayores de tres palabras.

Juan fue llevado por la abuela materna, ya que presentaba problemas de conducta en casa y escuela, golpeaba a su hermano menor, así como conflictos con algunos de sus

compañeros. Era un niño tímido e introvertido, se le dificultaba interactuar con extraños y manifestaba conductas como esconderse detrás de mamá o abuela, agachar la cabeza sin ver a los ojos y mantenía silencios muy prolongados. Es importante mencionar que Juan se separó de la madre a la edad de año y medio y se reencontraron cuando Juan tenía cuatro años y medio. Durante las sesiones de psicoterapia, su juego era solitario, desorganizado y agresivo, maltrataba los carros y golpeaba los juguetes unos con los otros, aunque solía respetar las reglas y los límites de la sesión, ignoraba a la terapeuta y tampoco mantenía contacto visual.

La Sintomatología presentada por el menor al iniciar el tratamiento era la siguiente:

Conductual

Agresión (golpes, gritos y berrinches) dirigidos hacia su madre, hermano, pares y figuras de autoridad.

Cognitiva

El niño presentaba un retraso en el área cognitiva principalmente en el lenguaje, ya que se le dificultaba utilizar enunciados completos y mantener la secuencia en el discurso.

Afectiva

Existía un retraso significativo en el área emocional del niño ya que la identificación, expresión y control de emociones era deficiente, así como miedos a los extraños y a situaciones nuevas. Presentaba poca tolerancia a la frustración, se percibía a sí mismo como un niño inseguro y percibía el medio como amenazante. También, la relación con la madre la percibe distante y ambivalente.

Física

Juan presentaba ataques de asma desde su nacimiento y solían agudizarse en tiempo de invierno o cuando el niño no deseaba asistir a la escuela.

Social

El niño se le dificultaba interactuar con niños de su misma edad, por lo que solía tener un juego solitario, sólo convivía con su hermano quien es dos años menor que él.

3.4 Objetivos del Tratamiento

- Establecer la alianza terapéutica y brindarle un espacio de confianza y contención.
- Resignificar la relación con la figura materna a través de la relación psicoterapéutica.
- Favorecer la identificación y expresión de emociones así como el autocontrol de las conductas agresivas.
- Favorecer la socialización entre pares y desarrollar los sentimientos de competencia y seguridad básica.
- Fortalecer las redes de apoyo de la familia extensa (abuela, abuelo, tía) para apoyar en el proceso terapéutico de Juan.

3.5 Instrumentos Utilizados

Las técnicas proyectivas e instrumentos utilizados en la evaluación de Juan fueron los siguientes:

- Dibujo de la Figura Humana (Koppitz, 1995)
- Dibujo del Test de la Familia (Corman, 1967)
- Test de Apercepción Temática para Niños_ humanos (CAT-H, Bellak, 2005)
- Fabulas de Düss (Düss, 1997)
- Sesión de Juego diagnóstico

3.6 Escenario

La intervención psicoterapéutica se llevó a cabo en el Centro Comunitario Dr Julián Macgregor y Sánchez Navarro de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Las sesiones se realizaban en un cubículo de aproximadamente 2 m x 1.5 m, donde hay un escritorio con tres sillas, tres mesa-bancos y cuenta también con una pizarrón blanco. El cubículo tiene dos ventanas con persianas, una dirigida hacia el jardín y otra al pasillo, más una ventana que es utilizada en la cámara de Gesell adjunta. Se acondiciona el cubículo con tapetes de fomi y juguetes que variaban en temáticas, desde juguetes del hogar, de

construcción, carros, títeres, superhéroes, masitas, juguetes bélicos, juegos de mesa varios y algún juguetes que Juan traía a la sesión como “tazos”.

3.7 Proceso Psicoterapéutico: Estructura y Fases

Juan se encontraba anotado en la lista de espera para recibir atención psicológica en el Centro Comunitario. Una vez revisada la lista de espera, se citó a la madre para realizar la entrevista inicial. En esta sesión me percaté que la madre no había sido la cuidadora principal del niño por lo que se realizó otra entrevista e historia clínica con la abuela que había estado a cargo del niño hasta casi los cinco años. La evaluación con el niño tuvo una duración de 10 sesiones de 1 hora cada una, con frecuencia semanal. Debido al motivo de consulta y a la historia clínica, se decidió aplicar técnicas proyectivas como método de evaluación las que han sido mencionadas anteriormente. Las primeras sesiones de evaluación al igual que al iniciar el tratamiento, Juan sólo contestaba monosilábicamente a las preguntas, no mantenía contacto visual, no integraba a la terapeuta en el juego, se mantenía con la cabeza agachada y tapado con un gorro, por lo que en estas sesiones se trabajó en el establecimiento de la alianza terapéutica.

El proceso psicoterapéutico estuvo conformado por seis fases, mismas que fueron identificadas a través del análisis de contenido de las 35 sesiones realizadas. Dicho análisis incluyó las siguientes dimensiones: materiales utilizados, los temas principales, la relación terapeuta-niño, la relación del niño con la figura materna, reflexión y principales intervenciones. Se observó que una serie de sesiones tenían similitud en dichas dimensiones por lo que con base en ello se agruparon.

A continuación se incluyen tanto las fases como las sesiones que integraron cada una.

Fase	No. De sesiones
Evaluación y alianza terapéutica	1 a la 10
Volver a nacer	10 a la 14
Reformulación del vínculo materno	16 a la 20
Fortalecer el self y seguridad básica	21 a la 24
Desarrollo de competencias	24 a la 30
Cierre	31 a la 35

Las sesiones de Juan se basaron en el juego libre (no dirigido), por lo que el niño al entrar al iniciar la sesión elegía los juguetes con los que deseaba trabajar ese día, Juan mantenía las temáticas de los juegos por aproximadamente 4 a 6 sesiones, posteriormente cambiaba de personajes y de temática, fue así como se determinaron las Fases del Proceso.

En las primera fases Juan no compartía los personajes y él solía utilizarlos todos, los buenos, los malos, los principales y los secundarios por lo que la terapeuta se mantenía como observadora. En la tercera fase, la terapeuta tuvo un rol dentro del juego y este fue con personajes secundarios mientras Juan era el que solía utilizar los personajes que solucionaban los problemas. Durante las diferentes fases, el juego solía ser de mucho movimiento físico y emocional, utilizaba muchas expresiones faciales, ruidos guturales, onomatopeyas. Sin embargo, la verbalización era poca. Las historias que contaba y dramatizaban solían mantener una coherencia en los hechos así como una continuidad entre sesión y sesión. La duración de la historia de los juegos solía durar los 60 minutos de la sesión, en ocasiones al final quería jugar algún juego de mesa o los tazos que él traía de casa. Dentro del juego se le iba reflejando e interpretando cuando se pensaba necesario, el niño en ocasiones respondía, sin embargo, la mayor parte del tiempo solo volteando a verme, no verbalizaba y continuaba con el juego. Cuando faltaban 10 min para finalizar la sesión, se le avisaba al niño para darle un final a la historia si así lo deseaba y comenzar a recoger los juguetes para salir del cubículo. Conforme el tratamiento avanzaba las verbalizaciones del niño eran cada vez más constantes y las conductas de retraimiento disminuían por lo que la relación se fortaleció. Sin embargo, Juan nunca fue un niño afectivo o de contacto físico en la sesión.

Así mismo se tuvieron sesiones con la madre y abuela de Juan. Sin embargo la abuela es la que quedó a cargo del tratamiento del niño por lo que ella recibía sesiones de orientación sobre la conducta del niño en casa y trabajo con tareas. Este caso era supervisado aproximadamente cada 15 días con la Mtra. Verónica Ruiz González en la sala de juntas de las instalaciones del Centro Comunitario, donde se trataban las dudas o inquietudes teórico prácticas en relación a la evaluación, diagnóstico e intervención. Así mismo se realizaba el análisis del juego y de la transferencia.

CAPITULO 4. ESTUDIO DE CASO

En el presente capitulo se describe al niño y su dinámica familiar, así como la integración de estudios psicológicos, el diagnóstico, el tratamiento y cierre psicoterapéutico realizado.

4.1 Ficha de Identificación

- Nombre: Juan.

(El nombre del niño fue cambiado por cuestiones de confidencialidad y respeto a la privacidad del paciente)

- Edad: 5 años, 11 meses.
- Fecha de nacimiento: diciembre 11 del 2002.
- Escolaridad: 3ro de preescolar.

Motivo de consulta:

Juan es llevado a consulta por la madre; sin embargo durante la entrevista inicial me percato que parece no recordar detalles del desarrollo del menor por lo que es necesario llamar a la cuidadora principal, en este caso a la abuela materna.

Motivo de consulta de la madre:

Refiere que el niño se niega a ir a la escuela y pone de pretexto que tiene asma y otros dolores para no asistir, también comenta que Juan es agresivo con ella y su hermano menor y que en ocasiones los ha llegado a golpear.

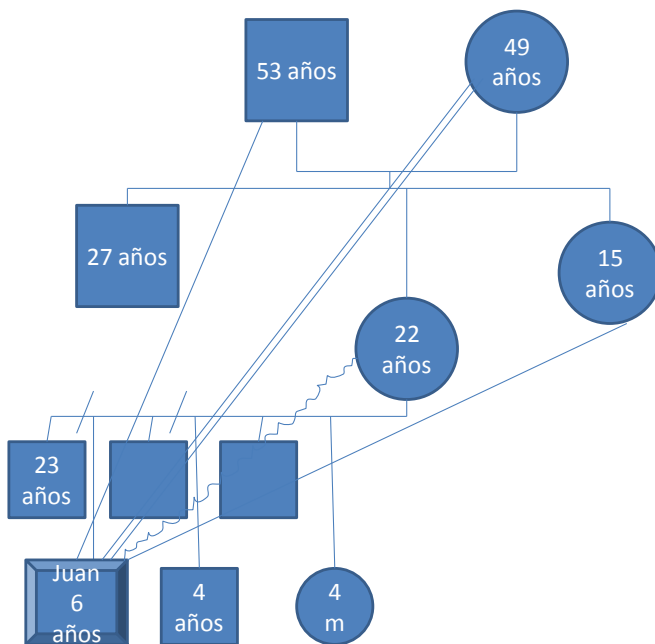
Motivo de consulta de la abuela:

Menciona que desde el nacimiento de Juan, este ha estado bajo su cuidado dado que la madre de Juan, embarazada de su segundo hijo y su nueva pareja se mudaron al estado de México, y se deslindaron de la responsabilidad de cuidarlo; dicha separación sucedió cuando Juan tenía año y medio y su madre regresó cuando Juan tenía cuatro años y medio, porque recientemente se había separado de su pareja. Desde que había regresado la madre de Juan, éste se había empezado a comportar agresivamente con los miembros de la familia principalmente con su medio hermano y la madre.

Motivo de consulta niño:

Juan no habló durante las primeras sesiones, sin embargo tomaba los juguetes y los destruía, se le señaló que parecía que estaba enojado, el niño se detiene, escucha y sin decir palabras continúa en el juego.

4.2 Genograma: Estructura, historia y dinámica Familiar



Genograma (McGoldrick, 1996)

La familia de Juan estaba conformada por abuela materna de 46 años y es ella la que actualmente se encarga del cuidado de Juan así como su abuelo materno de 53 años. También otro miembro importante y muy cercano para el niño es su tía de 17 años; su madre Ana de 22 años su medio hermano de 4 años y la madre estaba embarazada de su tercer hijo (tres meses de embarazo al terminar el proceso psicoterapéutico de Juan). Los 6 integrantes de la familia de Juan viven en una casa de tres recamaras, una sala, un comedor y una cocina. Juan cuenta con otros familiares, sin embargo no mantiene contacto con ellos por lo que no son de relevancia para el caso.

Ana se embarazó de Juan cuando tenía 16 años del que era su novio en ese momento. El embarazo fue ocultado a la familia durante los 9 meses y tampoco se llevó el cuidado prenatal adecuado. Juan queda a cargo la mayor parte del tiempo por la abuela, ya que la madre salía a trabajar. Al año y medio de Juan, la madre se cambia de domicilio para vivir con su nueva pareja y el bebé que esperaba. Esto provocó que la madre estuviera ausente por aproximadamente 3 años, tiempo en el que Juan quedó completamente a cargo de la abuela. La madre regresó cuando Juan tenía 4 y medio años e intentaba restablecer la relación madre-hijo, sin embargo a Juan se le dificultaba lograrlo así como aceptar a su medio hermano de 2 años. Al finalizar el tratamiento de psicoterapia la madre tenía una nueva pareja y esperaba su tercer hijo.

Juan estaba a cargo de la abuela, quien es la que llevaba la disciplina en casa, se encargaba de las tareas y los eventos escolares; el abuelo era una figura paterna para el niño, sin embargo no imponía la disciplina ni ayudaba con las tareas. La madre desempeñaba más el rol de hermana y en ocasiones lo llevaba a algunos lugares el fin de semana. La relación de Juan con su hermano menor era conflictiva y de celos ante el cariño de la abuela y la madre. La familia solía salir los fines de semana a alguna plaza, al parque o a fiestas infantiles.

La relación de la abuela con la madre de Juan era conflictiva, ya que solían tener fuertes discusiones y llegaron al maltrato físico en algunas ocasiones. La abuela refería que la hija no era capaz de hacerse cargo de su hijo ya que cuando la madre trata de tomar responsabilidades, no sabía cómo hacerlo y solía tomar un papel de hermana más que de madre.

Los que aportaban económicamente a la casa son principalmente los abuelos. La abuela por las madrugadas ponía un puesto de comidas cerca de la casa, el abuelo era músico y trabajaba en diferentes restaurantes, la madre actualmente trabajaba en un centro de llamadas y la hermana no trabajaba ya que cursaba la preparatoria.

Juan cursaba el 3ro de preescolar cuando llegó a la consulta y lo describían como un niño retraído, que no socializa con sus compañeros y con dificultades en la lecto-escritura. En las fiestas infantiles también se comportaba retraído con los demás niños, incluso ante adultos desconocidos se solía esconder detrás de abuela y decir que sentía miedo.

Historia clínica

La información relativa al desarrollo e historia clínica de Juan fue proporcionada por su mamá y abuela materna. Sin embargo la abuela pudo brindar mayor información sobre el desarrollo del niño y el motivo de consulta. La madre proporcionó más información sobre el embarazo, el parto y los primeros meses de vida.

La familia de Ana desconocía del embarazo de Juan, por lo que cuando se presentaron los dolores de parto fue llevada al hospital de emergencia por “dolor abdominal”. Sin embargo al llegar al hospital y bajarse del vehículo la madre dio a luz en las puertas del hospital. Fue revisado por los médicos y le mencionan que “al haber nacido en un mes muy frío (diciembre) y a la intemperie podría tener repercusiones respiratorias”. El padre visitó unas cuantas veces a Juan cuando era bebé. Sin embargo, perdió contacto después de unos meses.

La abuela y madre refieren que Juan siempre fue un niño tranquilo ya que no lloraba mucho, su desarrollo fue aparentemente normal y siempre mantuvo un apego especial con la abuela. Sin embargo, cuando la madre regresa a vivir con ellos, Juan comenzó a portarse de una manera agresiva con su hermano menor así como con su madre, presentaba una actitud de rechazo hacia ellos, e incluso llamaba “mamá” a su abuela y “hermana” a su tía.

Juan en la escuela presentaba dificultades en el área de la lecto-escritura, así como dificultades en la socialización con sus compañeros, la abuela comentaba que en ocasiones Juan era agresivo con sus compañeros. Por esta razón la abuela materna solicitó la atención

psicológica para Juan ya que el comportamiento agresivo en casa no cesaba y en la escuela continuaba con las dificultades.

4.3 Evaluación Psicológica e Integración de Estudios Psicológicos

A continuación se describe el proceso de la evaluación y la integración de estudios psicológicos del niño. El proceso de evaluación constó de tres entrevistas con la abuela y dos entrevistas con la madre, así como 10 sesiones de aplicación de técnicas grafo proyectivas, las cuales fueron elegidas debido al motivo de consulta y con base en la historia clínica [Dibujo de la Figura Humana (Koppitz, 1995), Dibujo del Test de la Familia (Louis Corman, 1967), Test de Apercepción Temática para Niños_ humanos (CAT-H, Bellak, 2005), Fabulas de Düss (Düss, 1997) y Sesión de Juego diagnóstico)]. Los dibujos realizados por el niño se encuentran en los anexos.

Con base en los resultados obtenidos, se concluyó que Juan percibía su entorno como ambivalente y en descontrol. Este medio lo agredía al no poder contener sus frustraciones e impulsos. Asimismo, el sentimiento de descontrol también se originaba por los continuos cambios que había tenido, entre ellos la reincorporación de su madre y hermano al hogar donde vivían con sus abuelos. Las relaciones ambivalentes e inconstantes con su familia, principalmente con sus cuidadores, no le permitieron formar vínculos nuevos con sus pares ya que la libido estaba aun dirigida hacia la madre.

Él se percibía como un niño inseguro y con temor a los desconocidos ya que solía esconderse detrás de su madre o abuela cuando se encontraba en estas situaciones que percibía amenazantes. Ésta falta de seguridad en Juan se originaba en la primera relación madre- hijo ya que el amor inconsistente de la misma produjo inseguridad, así como una relación ambivalente con abuela. Otro aspecto importante era la enfermedad respiratoria del niño como posible síntoma de esta falta de amor, ya que Juan había encontrado que sólo por medio de la enfermedad era cuidado y recibía esta atención que necesita por parte de su madre o abuela. Percibía a su familia unida, pero emocionalmente distante, el conflicto principal era con la figura materna por este abandono. En las relaciones con los abuelos había sido cuidado por medio de la enfermedad más no por el amor auténtico. Esta ambigüedad de sentimientos que había experimentado Juan por parte de su madre provocaba una necesidad de acercamiento fusional con alguna figura, en este caso la abuela y una incapacidad para el contacto con otros individuos (Lebovici, 1989).

Bowlby (1989) menciona que esta ambigüedad en las señales produce una incapacidad de vincularse. En este caso la ambigüedad que Juan tuvo con sus dos cuidadores (figura materna) impide que desarrolle seguridad básica por lo que suele tener el temor a los extraños, así como la dificultad para relacionarse con los pares y adultos.

Lebovici (1989) menciona que las discontinuidades que invaden la vida del niño pueden ser dos: una es una sucesión de hospitalizaciones y la otra se sitúa en el plano de la vida cotidiana, que el niño experimenta con una serie de mini abandonos. Que en el caso de Juan pasó por una serie de mini abandonos hasta que la madre regresó a la edad de 4 y medio años, lo que provocó una insuficiencia crónica del apego por la discontinuidad.

Asimismo, Winnicott (1965) plantea que si el niño tiene una madre suficientemente buena que cumpla con las funciones maternas, el niño se reafirmará como persona, crecerá con una base segura y tendrá la certeza de ser alimentado física y emocionalmente. Sin embargo, los niños que carecen de ellas desarrollarán un yo inadecuado o patológico.

4.4 Proceso Psicoterapéutico

En el presente apartado se describe detalladamente el proceso psicoterapéutico que se realizó con Juan. A través del análisis del contenido de las sesiones se identificaron seis fases donde se analizaron los materiales utilizados, los temas principales que emergieron en la sesión, la relación terapéutica, la relación con la figura materna, reflexión y las principales intervenciones. Éstas se describen y analizan a continuación.

PRIMERA FASE

Esta primera fase se tituló **Evaluación y Alianza Terapéutica** con una duración de 10 sesiones. En esta fase, se aplicaron las diferentes técnicas proyectivas mencionadas anteriormente. Asimismo, se exploró el motivo de consulta del niño y también se fue trabajando en la alianza terapéutica mediante el juego no dirigido. La alianza terapéutica fue de los principales *objetivos* iniciales ya que Juan era un niño que desconfiaba de los adultos, manifestaba una gran dificultad para vincularse e interactuar con el ambiente y con la terapeuta.

En cuanto a los *materiales*, en esta fase se utilizaron juguetes de herramientas de construcción, el juego del boliche, carros, masitas, hojas blancas, plumones y colores. El niño utilizaba los juguetes en uno de los rincones del cubículo, dándome la espalda, desviando la mirada y sin mencionar palabra alguna; solía estar con la cabeza tapada y agachado. Seguía la mayoría de las instrucciones para la aplicación de las técnicas proyectivas, sin embargo no interactuaba en el juego con la terapeuta y en ocasiones no acataba las reglas preestablecidas en el encuadre, como la hora de terminación de la sesión y la regla de no dañar los juguetes de la sesión.

Los *juegos* realizados en esta etapa fueron amasar la plastilina, derribar los pinos del boliche, chocar carritos y utilizar las herramientas unas contra otras, destruyéndolas. Juan nos estaba plasmando en los juegos una incapacidad para relacionarse con los demás e inseguridad; sentía enojo hacia algo o alguien, quería destruir o eliminarse y eliminar las situaciones que sucedían a su alrededor, como abandono de la madre y agresiones en casa. Posteriormente, en las pruebas proyectivas pudimos observar una falta en las funciones maternas, lo que le generaba angustia a su medio así como agresividad hacia su hermano menor y madre.

Lebovici (1989) plantea que cuando una madre falla en las funciones maternas y el bebé sufre una serie de mini abandonos, estos niños oscilan entre el rechazo, conductas de sumisión y al maltrato. Esta ambigüedad en la madre provoca una incapacidad para el contacto por parte del bebé, cuando crezca tendrá entonces dificultades para la vinculación, será un niño que presente angustia y posible depresión.

Esta falta de capacidad para la vinculación le impedía a Juan poder acercarse a los demás. La falta de seguridad básica provocaba que se sintiera inseguro y desprotegido ante el medio por lo que no socializaba y solía ser inhibido. Su juego comunicó su motivo latente de consulta que era una desintegración del self (Winnicott, 1965).

La forma en la que destruía todas las herramientas reflejaba la escisión en sus relaciones de objeto. Además, él se vivía a sí mismo como escindido y destruido. Sin embargo, Juan también buscaba reparar dichos objetos, “construirse” a sí mismo a través de la relación terapéutica y el juego. De esta manera, había que establecer una relación terapéutica que le permitiera gratificar dichas necesidades a través de las funciones maternas que realizaba la terapeuta. De esta manera, Juan podía sentirse perteneciente, valorado y seguro de sí para poder interactuar con los demás.

Otro de los juegos de Juan en esta fase fue tomar las masitas y construir torres de colores y derrumbarlas, después revolvía las masitas de colores convirtiéndola en una masa gigante de color gris. Parecía disfrutar el amasar con intensidad y revolver los colores. Se le permitió la descarga como forma de alianza terapéutica ya que uno de las instrucciones previas fue no revolver las masitas. En la sesión posterior, se le volvió a recordar el límite y en esta ocasión si lo acató. Durante el juego de las masitas, Juan mantenía una expresión de enojo en su cara, se le reflejaba la expresión y Juan ignoraba a la terapeuta y continuaba jugando. Juan nos manifiesta el cómo en el mundo en el que vivía Juan no tenía claridad, todo esta de color gris, todos están revueltos. En este aspecto surgieron preguntas como: ¿quién hacía las funciones maternas? ¿Cuál eran sus funciones y rol en la familia? ¿Dónde quedaba él como niño? Todo esto me hizo buscar como terapeuta y plantear como objetivo terapéutico encontrar claridad en el mundo de Juan y lograr que se sintiera integrado, así como clarificar las funciones de la familia y de él mismo.

Viñeta uno

Terapeuta: ¡Hola Juan! ¿Cómo estás?

Juan: *(caminaba directamente hacia los juguetes, sin saludar y sin mirar a los ojos)*

Terapeuta: Hoy tenemos estos juguetes. ¿Con cuál quisieras jugar hoy?

Juan: *(toma las masitas y las pone en la mesa)*

Terapeuta: ¿Qué quisieras hacer con las masitas?

Juan: *(saca las masitas y comienza a hacer torres, a destruirlas y revolver los colores)*

Terapeuta: Recuerda que no debemos de revolver los colores.

Juan: *(ignora la regla y continúa revolviendo las masitas)*

Terapeuta: Parece que tienes una expresión de enojo cuando juegas con las masitas.

Juan: *(no menciona palabras y continúa amasando las masitas)*

Terapeuta: Aquí voy a estar Juan, si quisieras que jugáramos a algo juntos.

Juan: *(no responde ni voltea la cabeza u ojos hacia la terapeuta)*

Terapeuta: *(guarda silencio el resto de la sesión, acompañándolo en su silencio y observando el juego que realizaba)*

SEGUNDA FASE

La segunda fase se tituló **Volver a nacer** y constó de cinco sesiones. En esta fase se inició el juego libre con Juan como principal técnica terapéutica para lograr los objetivos planteados en la evaluación. Los *materiales* utilizados en esta fase fueron el juego de herramientas, las pistolas y los títeres de la vaquera, un soldado y un monstruo.

De los *juegos principales* que realizó con los materiales fueron a dispararnos unos a los otros, escondernos detrás de las sillas o escritorio hasta que uno mataba al otro, después revivíamos, nos volvíamos a esconder y nos volvíamos a matar, y así consecutivamente. Durante los disparos, Juan y la terapeuta solían esquivar las balas, buscar escudos para protegernos, correr en el pequeño espacio que teníamos y hasta estar acorralados nos disparábamos y moríamos. Juan disfrutaba mucho de este juego, reía mucho cuando nos escondíamos o cuando mataba a la terapeuta y después revivía. El lenguaje verbal fue escaso también en estos juegos.

Juan manifiesta en sus juegos de esta fase el deseo de aniquilar el objeto de la figura femenina, así como la propia aniquilación (Klein, 1928). En el juego manifiesta el renacimiento psíquico como un niño que es mirado por la madre, acogido y envuelto por ella, Juan se da la oportunidad de ser ahora un niño amado, sentir que tiene una madre suficientemente buena que lo haga sentir valioso y esto lo ha logrado en el espacio terapéutico (Winnicott ,1965).

Otro juego característico de esta fase es el juego con títeres, donde una mujer vaquera y un soldado vivían juntos en un castillo; llegaba el monstruo, atacaba al soldado y lo devoraba, después el soldado reaparecía y era devorado de nuevo por el monstruo. En una ocasión, el monstruo degollaba a la vaquera y el soldado ahora se comía al monstruo; otro final que solía tener esta historia era cuando el soldado vencía al monstruo tirándolo al piso e inmovilizándolo. Juan manifestaba con esta historia la eliminación de nuevo de la figura femenina, en este caso interpretado por la vaquera; el monstruo representa las pulsiones de Juan y cómo su deseo es eliminarla. El otro final nos habla de cómo el soldadito que es representado por él, inmoviliza al monstruo que nos habla del mecanismo de represión que utiliza el niño para inmovilizar sus impulsos destructivos hacia la madre.

En cuanto a la *relación terapéutica*, como terapeuta, estas sesiones me provocaban angustia, ya que el niño solía matarme (eliminarme) constantemente. Era evidente que estaba representando la figura materna, ya que estaba haciendo uso del espacio terapéutico para poder aniquilar al objeto malo y poder construir una madre suficientemente buena para cubrir sus necesidades (Winnicott, 1965).

De las intervenciones significativas, se hacía señalamiento en relación a las emociones que expresaba en cuanto a su rostro y acciones, como el placer que sentía al eliminar la figura materna que era causante de su ansiedad. Del cómo el revivir nos daba una oportunidad de volver a iniciar el juego de la manera que nosotros queramos y darle un final diferente. Klein (1928) menciona que en el juego se logra dominar la ansiedad ya que gratifica sus deseos y eso era lo que Juan hacía cuando eliminaba a la terapeuta o degollaba a la vaquera, era una forma de canalizar su agresión y liberar la ansiedad acumulada.

Viñeta dos

Terapeuta: ¡Hola Juan! ¿A qué quisieras jugar hoy?

Niño: *(observa los juguetes y decide tomar las pistolas, me entrega una y hace como si me disparaba)*

Terapeuta: Me das una pistola a mí, me imagino que quieres que juguemos a las pistolas.

Niño: ¡Sí! *(Se esconde y me dispara)*

Terapeuta: ¡Ah tengo que protegerme de los disparos!

Niño: *(se ríe y sigue disparando y escondiéndose)*

Terapeuta: *(me escondo yo también detrás de una silla y disparo)*

Niño: *(corre y me encuentra detrás de la silla y me dispara riéndose al mismo tiempo)*

Terapeuta: *(regreso los disparos a Juan)*

Niño: *(se tira al piso y se hace el que murió por los disparos)*

Terapeuta: ¡Oh creo que he matado a Juan!

Niño: *(despierta y se ríe a carcajadas y se vuelve a esconder para iniciar los disparos otra vez)*

Terapeuta: ¡Juan ha revivido! *(y me dispara otra vez)* ¡Me esconderé!

Niño: *(hace como si no me ve que estoy escondida y cuando me encuentra me dispara)*

Terapeuta: *(me quedo inmóvil en el piso como si estuviera muerta)*

Niño: *(ríe a carcajadas y me dice)* ¡Ya!

Terapeuta: ¿Ese ya es para que reviva?

Niño: ¡Sí!

Terapeuta: *(me levanto y me escondo de nuevo)*

(Así continuamos la sesión hasta su término)

TERCERA FASE

La tercera fase se tituló **Reformulación del Vínculo con la Figura Materna** y constó de cinco sesiones. Los *materiales* principales de la tercera fase fueron los títeres de la vaquera, el monstruo, un bebé y la plastilina. En cuanto a los *juegos principales* Juan jugaba a que el bebé tenía una enfermedad y necesitaba ser curado, la madre que era representada por la vaquera era malvada y el monstruo también. Aunque el bebé necesita ser curado, era maltratado, lo lanzaban a las paredes, era aplastado y golpeado contra la mesa, la silla, por él. El lenguaje verbal de Juan era ya más claro y expresivo para estas sesiones y le ponía voz al bebé; éste decía “ayúdenme”, “estoy enfermo”, “me siento mal”. Sin embargo, nadie lo ayudaba porque todos estaban contagiados de un virus que les transmitió el monstruo. Un virus que representaba la ambivalencia y el desamor que vivía por parte de su madre.

También jugó a construir galletas de jengibre, las cuales necesitaban leche para crecer. La galleta de jengibre y los soldados atacan a la vaquera que es la “mamá mala”. Finalmente, son curados el bebé, la vaquera y el monstruo de la enfermedad por estas galletas de jengibre y por el doctor. Juan tomaba las cosas del Doctor y cambiaba de personaje curando uno a uno de los títeres, hasta volverlos “buenos”. Este juego era contado como una historia, ya que durante las cinco sesiones se jugó a lo mismo pero con continuidad. Al final de la historia todos son curados.

En la *interpretación del juego*, Klein (1928) plantea que los niños desarrollan ansiedades con base en las pulsiones básicas de muerte o de vida. Juan, al ser un niño no alimentado por la madre y abandonado con la abuela, experimentó pulsiones agresivas intensas debido a las faltas que vivió en etapas tempranas de su desarrollo, estableciendo relaciones de objeto caracterizadas por la posición esquizo paranoide, donde el niño percibe a los objetos parcialmente, donde existe un objeto malo y un objeto bueno. En Juan, la madre representa estos dos objetos. Como podemos ver en el juego, la leche que necesita la galleta de jengibre es dañina, ya que si recordamos la película de Shrek (2001), la galleta era destruida por la leche caliente, por lo que para Juan esta leche que se supone lo haría crecer, lo daña al mismo tiempo, sin embargo Juan los percibe como objetos parciales, por lo que el que lo daña no es el mismo que lo quiere proteger y amar.

En cuanto al virus que afectaba al bebé, a la vaquera y el monstruo, son personajes que son enfermos por un virus externo. Esto nos habla del mecanismo de proyección que utiliza

Juan para defenderse de este objeto malo: la vaquera, que es la representación de la madre, se enferma también por este virus externo; por su parte Juan, por medio del personaje del doctor, logra curar a la madre y al bebé. Ese personaje del doctor representa el YO de Juan, lo que nos habla de la omnipotencia que caracteriza a la posición esquizo-paranoide.

Considerando algunos de los postulados de Winnicott (1984), en su juego se puede observar las funciones maternas a través del juego simbólico, ya que dichas funciones no estaban siendo cubiertas satisfactoriamente, representándose en el juego en la galleta de jengibre, el como esta leche que se supone lo tiene que nutrir y proteger, lo daña y lo destruye.

Con respecto a la función del espacio terapéutico, le brindó la seguridad para poder expresar y liberar la angustia que manifestaba respecto a la figura materna. Como terapeuta, se le brindó al igual que el espacio una contención emocional, una escucha y el reflejo de sus emociones de una manera pasiva y sin violencia. Esto le brindó a Juan una figura materna que respetaba y cuidaba de él. Aunque era violento en la sesión, esta figura permanecía constante, por lo que Juan fue integrando una figura materna suficientemente buena.

De las *intervenciones significativas*, fueron la integración como terapeuta en el juego, la respuesta inmediata a las necesidades de auxilio del muñeco bebé, así como hacer interpretaciones respecto a las dificultades familiares que estaban ocurriendo en casa, como la agresividad que sentía por parte de la madre, la rivalidad con el hermano y el cómo Juan se llegaba a sentir como ese bebé maltratado y enfermo, así como el ambiente violento en el que se rodeaban y los conflictos que presenciaba entre abuela y madre.

Viñeta tres

Terapeuta: ¡Hola Juan! ¿Con qué juguetes quisieras jugar hoy?

Niño: *(toma los títeres de la vaquera y el monstruo así como un muñeco bebé)*

Terapeuta: ¿Y a qué vamos a jugar hoy?

Niño: *(toma al bebé y empieza a golpearlo por las paredes y en la silla, Juan mantenía una cara de satisfacción mientras los golpeaba)*

Terapeuta: ¿Y porque será que el bebé esta siendo tratado así?

Niño: Está enfermo.

Terapeuta: ¿Y de qué está enfermo?

Niño: De un virus, “ayúdenme” decía el bebé.

Terapeuta: ¿Alguien lo va a ayudar?

Niño: ¡Ayuda, estoy enfermo!

Terapeuta: ¿Qué podremos hacer para ayudar a ese bebé?

Niño: Curarlo.

Terapeuta: ¿Y cómo lo curaremos?

Niño: *(no contesta y toma, la vaquera y el monstruo y comienza a hacer como si se estuvieran peleando, también se peleaban con el bebé)*

Terapeuta: Parece que nadie intenta curar al bebé y sólo pelean. ¿Y ahora que está pasando?

Niño: Tienen un virus.

Terapeuta: ¿Y cómo se contagiaron del virus?

Niño: El monstruo.

Terapeuta: ¿El monstruo les pasó el virus?

Niño: Sí. *(El niño continúa golpeando a los 3 títeres en silencio)*

Terapeuta: ¿Qué sentirá el niño de que todos estén peleando alrededor de él? ¿Por eso se sentirá enfermo con el virus?

Niño: *(busca en la caja de juguetes y saca las herramientas del doctor) ¡Lo voy a curar!*

(se pone los lentes, el estetoscopio, toma la jeringa, lo inyecta) ¡Ya se curó!

Terapeuta: ¡Mira tú mismo pudiste curar al bebé!

Niño: No yo, el doctor. *(Toma de nuevo la vaquera y el monstruo y continúan peleando)*

Terapeuta: Ya terminó la sesión Juan, tenemos que recoger.

Niño: *(en silencio recoge y nos despedimos)*

FASE CUATRO.

La cuarta fase se titula “**Fortalecer el self y seguridad básica**” y constó de cuatro sesiones.

Los *materiales* que utilizó fueron el muñeco del super héroe de Wolverine, soldados, plastilinas, bloques, cajas y los muñecos ternurines. Las *principales temáticas* de sus juegos fueron que el muñeco Wolverine era un personaje malo que al ser cubierto de una masa gigante se transformaba en un ser bueno. Después, el Wolverine quiere construir una casa. En esta casa viven los muñecos ternurines y Wolverine tiene que protegerlos de esta misma plastilina que lo había transformado en bueno, ahora quería destruir la casa y dañar a los ternurines. Esta casa está protegida por una muralla de tablas, cajas y bloques, después de varios intentos de la masa por derribar la casa, esta queda intacta y Wolverine a salvo. Posteriormente Wolverine es atacado por los soldados y necesita una armadura para que no lo dañen, toma la masa con la que habíamos jugado y ahora es usada como armadura; de nuevo la plastilina hace una función de bueno y protector solo que se cae constantemente y se tiene que volver a colocar, al final se queda pegada a él y guarda al muñeco en la caja con su armadura.

Podemos observar de nuevo los impulsos agresivos que manifiesta Juan. Por un lado, cómo esta masa, que es la representación del impulso, puede llegar a dañarlo, y cómo también puede ser dominada y ayudarlo a “salvar casas” como en el juego que presentó. Juan inicia este juego con la materialización de sus impulsos en forma de masa y como ésta es capaz de destruir una casa, su propia familia, Juan lucha con su propio impulso y deseo de destruir. Finalmente logra incorporarlo como forma de escudo, utilizándola ahora como forma de protección hacia el entorno. Esto le da a Juan fortaleza y puede entonces desarrollar la seguridad básica que carecía.

Para esta fase ya llevamos un número aproximado de 20 sesiones lo que le ha brindado constancia y protección tanto el espacio como la figura de la terapeuta, por lo que Juan pudo enfrentar sus propios impulsos sin temor a que lo dañaran a él o a su familia. Sin embargo, todavía mantenía un pensamiento omnipotente ya que todo depende de sus impulsos no del medio. Las *intervenciones significativas* fueron que Juan detectara sus fortalezas en la sesión y que pueda utilizarlas en su casa, el cómo la armadura lo hará ser más bueno y fuerte ante las situaciones que lo lastiman.

Viñeta cuatro

Terapeuta: ¡Hola Juan! ¿Qué quisieras jugar hoy?

Niño: *(descubre el muñeco de Wolverine en la caja de juguetes y lo toma, así como la plastilina)*

Terapeuta: ¿Y de qué se va a tratar el juego hoy?

Niño: *(toma la masa, la saca del bote y comienza a formar una masa grande con ella, esta bola de masa golpea a Wolverine y lo cubre por completo y hace ruidos con la boca)*

Terapeuta: ¿Qué estará pasando con Wolverine? ¿Cómo se siente dentro de esa bola de masa?

Niño: Mal *(continúa haciendo ruidos de querer decir algo, sin poderlo expresar)*.

Terapeuta: ¿Qué querrá decir Wolverine? ¿Tú qué piensas Juan que quiera decir?

Niño: Es malo.

Terapeuta: ¿Wolverine es malo?

Niño: *(le quita la masa que lo envolvía)* Es bueno.

Terapeuta: ¿Parece que esta masa que envolvía a Wolverine lo hizo bueno?

Niño: Sí. *(comienza a buscar cosas con qué construir la casa)* ¿Me ayudas?

Terapeuta: Sí. ¿En qué necesitas que te ayude?

Niño: La casa

Terapeuta: ¿Necesitas ayuda construyendo la casa?

Niño: Sí. *(le pasa a la terapeuta bloques para colocar alrededor de la casa)*

Terapeuta: Listo, ¿Así está bien?

Niño: Sí. *(Toma la masa, hace bolas con ella y comienza a derribar las paredes, las construía de nuevo y las volvía a derribar. Tomaba a Wolverine y luchaba contra la masa, mientras le da a la terapeuta los muñecos de los ternurines para que sea la familia)*

Terapeuta: ¡Auxilio! Están destruyendo mi casa.

Niño: (*Wolverine defiende la casa y destruye las masas, sin embargo esta regresa*)

Terapeuta: Vamos a darle un final a la historia Juan, ya se nos va a terminar el tiempo.

Niño: (*Wolverine salva la casa y la familia que vivía en ella y guarda los juguetes*)

FASE CINCO

Esta fase se tituló **Desarrollo de los sentimientos de competencia** y constó de seis sesiones. Los *materiales* que utilizó fueron hojas blancas, colores, juegos de mesa como el dominó, palillos chinos, ajedrez y un juego que él traía de casa que eran su colección de tazos.

Las *principales temáticas* de los juegos fueron sobre el establecimiento de las reglas. Juan le pide a la terapeuta que le enseñe a jugar dominó y el ajedrez, así como Juan enseña a la terapeuta los juegos que él juega en su casa como lo son los tazos. Otra actividad que quiso practicar fue de colorear y recortar.

Juan ha logrado bajar sus niveles de angustia por medio del juego simbólico, así como el sentirse un niño valorado, comenzó a buscar otro tipo de juegos como los de mesa y a interesarse por actividades donde usa su creatividad. Esto corresponde al desarrollo esperado para su edad. En esta etapa Juan estaba cursando el 1ro de primaria donde se enfrentaba a nuevos retos como la lecto-escritura y las sumas, por lo que los juegos se centraban en el desarrollo de las competencias, el sentirse con aptitudes y habilidades escolares.

Una vez cubiertas las necesidades básicas y haber logrado la seguridad, el niño puede ahora sentirse con más confianza de competir con sus compañeros de clase, así como sentirse más hábil en las tareas escolares, y en la socialización con sus compañeros, ahora se siente un niño valioso.

La relación terapéutica es ahora más de enseñanza y de adquirir conocimiento por lo que algunas de las *intervenciones mas significativas* fue darle la confianza y seguridad a Juan de que él podía ganar un juego y que se diera cuenta de que contaba con las habilidades para desarrollarse en la escuela de una manera más óptima.

Viñeta cinco

Terapeuta: ¡Hola Juan!, ¿Que quisieras jugar hoy?

Niño: (*busca en la caja de juguetes y toma el ajedrez*) ¿Cómo se juega este?

Terapeuta: ¿Quisieras aprender a jugar ajedrez el día de hoy?

Niño: Sí.

Terapeuta: *(le fui explicando las reglas y los movimientos de las piezas de ajedrez)*

Niño: *(se mostraba emocionado al aprender un nuevo juego e intentaba mover las piezas)*

Terapeuta: *(mientras jugábamos se le iba enseñando el movimiento de las piezas y los objetivos del mismo)* ¡Muy bien Juan, estás aprendiendo rápido!

Niño: *(Juan sonreía cuando lograba comer una pieza a la terapeuta)*

Terapeuta: El juego se termina cuando uno mata al rey del contrincante, por lo que ya gané el juego Juan.

Niño: Otra vez.

Terapeuta: Quieres jugar otra vez, ok, vamos a acomodar las piezas de nuevo. Fíjate cómo las acomodo yo, para que tú las acomodes igual y repasemos el nombre de cada pieza de nuevo.

Niño: Sí.

(Una vez terminado el juego de ajedrez, Juan quiso jugar dominó.)

Niño: Mi abuelo juega dominó.

Terapeuta: Es la primera vez que hablas de tu abuelo en la terapia, ¿y juegas con él?

Niño: Sí.

Terapeuta: ¿Y te gusta?

Niño: Sí.

Terapeuta: Sólo alcanzamos a jugar una vez dominó porque ya se va a acabar el tiempo. ¿Está bien?

Niño: Sí.

FASE SEIS

Esta fase se llamo **Cierre del Tratamiento** y constó de cuatro sesiones

Se planeó el cierre terapéutico, sin embargo se tuvieron que acortar las sesiones ya que la familia de Juan se mudo a la ciudad de Cancún, Quintana Roo, por el trabajo del abuelo, por lo que en lugar de tener las 6 sesiones que se habían planeado se realizaron solo 4.

En las últimas sesiones *los materiales* que se utilizaron fueron juegos de mesa y carritos. Las *temáticas principales* fue de carreritas entre los carritos y donde los carritos chocaban contra la pared. Durante los juegos, se fue recapitulando cada una de las Fases y lo que había aprendido en cada una, se mencionaron las fortalezas y habilidades que había ganado Juan, comenzó a manifestar angustia en las sesiones finales por algunos conflictos familiares que se suscitaron con su madre y por el próximo cambio de ciudad, ya que la madre de Juan se quedó en el Distrito Federal y le concedió la patria potestad del niño a la abuela. Juan platicó que sí quería ir a vivir a la playa, sin embargo la angustia que presentaba en los juegos era evidente ya que mostraba ambivalencia y enojo ante la situación. Se habló de los nuevos cambios y se le dieron sugerencias a la abuela para poder realizar una sana despedida de casa y escuela.

Juan quiso que en la sesión final se realizara una celebración donde entraron la abuela, tía y hermano a partir una piñata y comer dulces. La abuela y tía compartieron unas palabras para Juan sobre el cambio que habían observado en su conducta durante el proceso terapéutico y el crecimiento que habían vivido junto con él.

En la etapa final del tratamiento fue comprensible que Juan presentara angustia, ya que una vez más vivió el abandono de la madre y cambio de ciudad. Sin embargo, Juan ya había desarrollado un yo fuerte y seguro por lo que pudo manejar mejor sus emociones. También experimentaba una sensación de no haber terminado a tiempo la terapia, no podía terminar su carrera, algo se lo impedía y eso le enojaba.

Viñeta seis

Terapeuta: Juan ya vamos a terminar nuestras sesiones de terapia, ¿Quisieras hacer algo especial el día de hoy?

Niño: *(busca entre los juegos y toma los carritos), ¡Jugar carreras! (Me da 2 carritos.)*

Terapeuta: ¡Juguemos a las carreras!

Niño: *(haciendo ruido de motor mueve el carro por todo el piso del cubículo y lo estrella contra la pared)*

Terapeuta: ¿Y qué le paso al carro?

Niño: *Chocó (vuelve a iniciar la carrera).*

Terapeuta: Juan me estás ganado, ya llegaste a la meta.

Niño: *(Ríe y vuelve a empezar la carrera)*

Terapeuta: Mira Juan, igual que los carros, tú también estuviste en una carrera aquí en la terapia y ganaste al final, ganaste confianza, ganaste amigos, ganaste poder entender y controlar tus emociones, ganaste una familia que te quiere mucho y te apoya.

Niño: *(sonríe y continúa jugando a las carreras).*

CAPITULO 5 DISCUSIÓN

Durante el proceso terapéutico, uno de los primeros objetivos y de los más importantes fue la alianza terapéutica. Juan era un niño al que se le dificultaba la socialización, tanto en grupo de iguales como con adultos, por lo que en las primeras sesiones, Juan solía aislarse en una esquina del cubículo y jugar solo, no lograba establecer contacto visual y las reglas rara vez las obedecía. En varias ocasiones se rehusaba a entrar a la sesión y escondía detrás de la abuela cuando me veía llegar por él. El espacio terapéutico le fue brindando esta seguridad y contención conforme pasaban las sesiones e hizo que Juan pudiera expresarse más en el juego e iniciara una relación con la terapeuta.

Según Ana Freud, Sandler y Kennedy (1983), la alianza terapéutica es un producto del deseo consciente o inconsciente del niño de cooperar y de su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para vencer dificultades y resistencias internas. Del mismo modo, la alianza supone también que el niño acepte la necesidad de manejar los problemas internos y llevar a cabo el trabajo analítico. Otra característica de la alianza terapéutica es que el niño puede utilizar tanto al espacio terapéutico como a la terapeuta de distintas maneras durante el proceso, es muestra de la relación del niño con la terapeuta, ya que en niños pequeños probablemente la alianza sea la base fundamental de la labor terapéutica.

En las primeras sesiones, Juan no estaba dispuesto a trabajar con la terapeuta, no se relacionaba con ella, no la incluía en sus juegos y no lograba obtener satisfacción de los juegos realizados. Durante las sesiones posteriores, Juan logró expresar y satisfacer sus impulsos durante la sesión y utilizó a la terapeuta como un medio para conseguirlo. Esto nos habla de la alianza terapéutica ya formada. Otro factor que también fue determinante para la relación con el niño, fue la alianza formada con la abuela, que era la cuidadora principal de Juan y quien lo llevaba a sus sesiones terapéuticas.

Tomando en cuenta la historia clínica y familiar del niño, otro de los objetivos era la resignificación de la figura materna a través de la relación psicoterapéutica. Una vez establecida la alianza terapéutica, Juan logró expresar sus conflictos y necesidades en el juego, donde manifestó que se sentía como un niño desprotegido por la madre, no cuidado, por lo que en el juego, el bebé siempre estaba enfermo o era dañado físicamente. Asimismo, las pulsiones de niño de aniquilación del objeto materno y de sí mismo eran manifestadas en las

primeras sesiones de juego. Estas fallas en la madre no le brindaban la seguridad o la contención por lo que no visualizaba a una madre suficientemente buena.

Durante las sesiones de juego el niño se percibió escuchado, entendido y aceptado, es decir, no rechazado por su agresividad que manifestaba en los juegos, misma por la que sí era rechazado en casa y escuela. Dichas funciones terapéuticas permitieron gratificar en parte las necesidades emocionales que Juan tenía, cumpliendo las funciones maternas, como adaptarse a lo que el niño necesitara, y ofrecerle un espacio donde es sostenido, manipulado y que contaba con la capacidad de relacionarse con otros, en este caso, la terapeuta y los juguetes (Winnicott, 1965). Por medio del juego se le reflejaba al niño que era valioso, que tenía necesidades y que tenía el derecho de expresarlas para que fueran gratificadas; devolverle la imagen de que estaba seguro en el ambiente, que sus mismas pulsiones no lo dañarían, así como tampoco lo dañarían las amenazas del medio; funciones que deberían ser cubiertas por la madre durante los primeros meses de vida y que, en caso de Juan, la madre por razones ajenas al niño no pudo llevar a cabo con su hijo y la abuela tampoco realizó esta función, sino hasta que el niño tuvo más edad.

Una vez que Juan se fue sintiendo con mayor seguridad y confianza, el juego iba evolucionando hasta poder expresar esta necesidad de ayuda por parte del títere “bebé”, y necesidades de ser nutrido y acogido por la figura materna, Juan se iba sintiendo más libre en el espacio y por lo tanto con mayor libertad en la escuela y casa. A la par de este objetivo, se favorecía la identificación y expresión de emociones, así como el autocontrol de las conductas agresivas. Con el juego se le iban reflejando al niño las emociones que iba expresando para que él las identificara y pudiera expresarlas, así como sus necesidades. Se inició expresando las emociones a través del proceso de identificación y proyección con los títeres, realizando señalamientos que referían los gestos y expresiones de éstos, es decir, el cómo se veían y parecían estar enojados o tristes, hasta llegar a establecer relaciones con el estado de ánimo y emociones de Juan. El autocontrol de las mismas se dificultaba un poco ya que en el espacio continuaba necesitando el apoyo externo para la regulación de sus emociones, como del enojo y frustración. En casa también requería esta persona que lo ayudara a regularse, sin embargo, siempre era reprendido por lo que no aprendía a regular la emoción, si no a frustrarse más. Aquí nos enfrentamos a nuestra primera limitación en el proceso psicoterapéutico: la dinámica familiar complicada que se daba en casa entre la madre y la abuela de Juan, donde la abuela no dejaba cumplir las funciones maternas a mamá, lo que provocaba que la mamá se deslindaba de éstas y actuaba como una hermana mayor con Juan. La abuela, al sentirse

frustrada ante la irresponsabilidad de la madre, no lograba contener el enojo y frustración del niño, ni enseñarlo a regular la emoción ni controlarla.

El objetivo de la socialización entre pares y el desarrollo de los sentimientos de competencia fueron desarrolladas casi al final del tratamiento, cuando el juego del niño pasó de ser simbólico a un juego con reglas, como los de mesa, donde el niño quería aprender a jugar el ajedrez o los palillos chinos. Él mismo buscaba estas reglas para autocontrolarse y modular su conducta, teniendo mejor control de sus impulsos. En la socialización, el niño mostró avances significativos en cuanto a la relación con sus pares. Sin embargo, la falta de autocontrol le traía aun problemas escolares. Esta seguridad que fue adquiriendo en sí mismo le ayudó a sentirse confiado en otros espacios que no fuera en su casa, a sentirse competente para los retos escolares y poder convivir más con sus compañeros.

Otra limitación que nos encontramos fue la realización de tareas en casa, ya que también era un tema de discusión en casa sobre quién le ayudaba hacer la tarea y quién estaba con él para el proceso de adquisición de la lecto-escritura, mamá o abuela, ya que se iban turnando y en ocasiones sin ganas de hacerlo, el niño no tenía una rutina de tareas, por lo que se le dificultaba entenderlas y desarrollar hábitos escolares. También, los conflictos entre la madre y abuela solían ser distractores importantes para que Juan pudiera estudiar o hacer la tarea tranquilo por lo que se le olvidaba hacerlas y no contaba con la supervisión y apoyo que necesitaba de un adulto constante.

Otra limitación fueron las redes de apoyo. La abuela fue la que terminó fungiendo el rol de madre al final del tratamiento; ella se encargaba de tareas, de cuestiones escolares e incluso pensaba solicitar la patria potestad del niño a la madre y registrarlo así como hijo de los abuelos para evitar problemas legales. El abuelo, por sus tiempos de trabajo, no convivía mucho con Juan pero en ocasiones él lo traía a sus sesiones psicoterapéuticas. Sin embargo, el abuelo siempre fue periférico. La tía de Juan era la que más se apegaba a él, en cuanto a una relación de hermanos y lo ayudaba en ocasiones a algunas tareas.

Considero que la mayor limitación de este proceso terapéutico fueron los conflictos entre la abuela y la madre de Juan. Estas discusiones o conflictos que estaba presenciando el niño, era un continuo “jaloneo” entre la madre y la abuela por lo que no tenía una figura materna estable, o cuando iniciaba él a tenerla con la abuela, la madre intentaba ahora tenerla con su hijo sin llegar a consolidar nada. Del mismo modo, la propia inestabilidad emocional de la madre no ayudaba. Incluso cuando ella intentara restablecer el vínculo con su hijo, no

lograba hacerlo ya que tenía otro hijo del cual cuidar así como una nueva relación de pareja y la espera del tercer hijo.

En este Reporte de Experiencia podemos observar que el juego como técnica para la psicoterapia de Juan fue la herramienta más importante, ya que el niño a través del juego proyectó sus necesidades y deseos respecto a la relación con su madre. Así mismo, fue guiando mediante un juego continuo, que posteriormente se analizó en fases. Dicho análisis me permitió comprender la relación madre-hijo y cómo Juan utilizó la relación psicoterapéutica como un medio para gratificar las funciones maternas.

Los objetivos del Reporte de Experiencia se cumplieron ya que se describió el trabajo que se realizó en el juego con Juan y se analizó cómo se resignificó la figura materna a través de la terapia de juego, y el cómo se fue incrementando la seguridad emocional del niño así como disminuyendo las conductas de agresión y retraimiento social.

El presente trabajo está dirigido a los terapeutas que estén interesados en la terapia de juego y principalmente en niños donde el juego simbólico es utilizado como la principal herramienta de tratamiento. El presente trabajo también ilustra cómo por medio del juego el niño que presente síntomas parecidos a los de Juan, tales como dificultades para relacionarse con la terapeuta, miedos a los extraños y dificultad para expresar lo que sentía, el juego es el canal de comunicación óptimo para que el niño pueda expresar la problemática que presenta.

Otro factor importante en los alcances obtenidos a través de la terapia de juego, fue el material que se utilizó: los títeres, que fue donde representó a la figura importante de la madre y de sus pulsiones; el muñeco del “bebé”, con el que se identificó desde el principio; las masitas donde Juan podía crear y usar su imaginación, proyectando sus fantasías; los juguetes que permitieron la descarga de impulsos agresivos, sin ser reprendido por ello; otros muñecos importantes fueron “los ternunires”, que son muñecos que representan a una familia de borregos y el wolverine que es un muñeco con características de fortaleza, agresión y que salva vidas (héroe); así como los juegos de mesa que fueron importantes en la última fase del tratamiento ya que estos le brindaron mayor seguridad en sí mismo y con ellos pudo conocer y desarrollar sus habilidades de competencia. El trabajo fue dirigido a la resignificación de la figura materna, sin embargo, creo que podría ser útil con niños que experimenten algún otro trastorno de vinculación o del estado de ánimo.

Por último los lectores se preguntarán por qué no se trabajó con la figura paterna. Esto se explica en este caso por la ausencia del mismo. Sin embargo, hubiera sido importante poder trabajar la resignificación de la figura paterna al igual que se logró con la figura de la madre, ya que el padre brinda funciones de protección, así como un canal de comunicación entre el niño y el mundo exterior.

CAPITULO 6 CONCLUSIÓN

En este Reporte describo y analizo mi experiencia como alumna de la Maestría en Psicología con Residencia de Psicoterapia Infantil, programa en el que pude desarrollar ampliamente el entrenamiento teórico-práctico desde diferentes enfoques de la psicoterapia infantil, como lo es la psicodinámica, humanista, cognitivo-conductual, narrativa e integrativa. Sin embargo, el enfoque en el que fundamenté el presente trabajo fue la Terapia de Juego Psicodinámica, modelo que me fue de mucha utilidad para analizar y comprender el contenido del simbolismo de las sesiones de juego con Juan, un niño de 6 años que me dio la oportunidad de verlo crecer y desarrollarse, enfrentar sus angustias y proyectar sus necesidades en el juego. Este caso lo elegí por diferentes razones, entre ellas porque me impresionó la capacidad que tenía el niño para hacer uso del juego simbólico. Por otro lado, me permitió desarrollar una capacidad para interpretar el material que el niño manifestaba en los juegos, al igual que el reto que fue el establecimiento de la relación terapéutica, ya que el niño no permitía la creación de nuevos vínculos, dada su conflictiva, por lo que el lograr que el niño iniciara un juego conmigo o me incluyera en el mismo fue un gran reto.

Cabe mencionar que durante la Residencia atendí a un total de 20 niños entre sesiones individuales y grupales, algunos con Terapia de Juego y otros con Técnicas Cognitivo Conductuales, Técnicas Narrativas y estrategias de la Terapia Filial. Todos los casos me brindaron oportunidades de aprendizaje y retos específicos. Sin embargo para realizar este reporte decidí elegir a Juan.

El caso de Juan ilustra cómo los niños por medio del juego reflejan las experiencias vividas, desde un estado de ánimo hasta los conflictos con los miembros de su familia y en la escuela y cómo por medio del Juego también podemos ir entendiendo, resolviendo y creciendo como personas. Por lo que este reporte será útil para los interesados en trabajar con la Terapia de Juego, ya que se ilustra el rico contenido del juego simbólico que Juan presentó y cómo se fue llevando el tratamiento hasta su término.

Así mismo la maestría me permitió desarrollarme como terapeuta infantil en diferentes áreas, desde la aplicación y calificación de pruebas psicológicas, para llegar a un diagnóstico certero y, con base en ello, la definición de los focos de intervención y las líneas de tratamiento. Desarrollé habilidades de entrevista tanto con padres como con los niños, así como habilidades

de observación y de análisis de las conductas de los niños de diferentes edades; habilidades para determinar el tratamiento y las técnicas más eficaces para atender las problemáticas presentadas por el niño y su familia. Otras áreas en las que desarrollé habilidades psicoterapéuticas fueron en los talleres para padres sobre las emociones de sus hijos, donde se diseñó el taller y expuso a los padres en cuatro sesiones de tres horas estrategias para que los padres pudieran identificar las emociones en sus hijos y así prevenir o identificar problemas en los mismos. Otro taller grupal que se realizó, fue trabajar con la diada Madre-bebé donde el objetivo era fortalecer el vínculo emocional entre la madre y su bebé. Esta intervención fue a nivel meramente preventivo. Otra modalidad aprendida fue el trabajo en co-terapia en Cámara de Gessell y la modalidad grupal en los talleres impartidos.

Para cada caso, ya sea en terapia individual como grupal, asistíamos a supervisiones grupales semanalmente con una duración de 3 horas, donde analizábamos los casos trabajados, las dificultades que presentaban y pedíamos la opinión de nuestros compañeros y supervisora. Gracias a las supervisiones, podíamos ver desde otra perspectiva nuestro caso y dar un mejor tratamiento a los pacientes así como desarrollar la escucha de otros terapeutas y analizar nuestra propia manera de ser terapeutas y poder autoevaluarnos para llegar a ser mejores terapeutas infantiles.

La Maestría también me dio la oportunidad de hacer investigación, de asistir a congresos como ponente de casos clínicos, así como experiencias personales, por lo que la Maestría me ha dado la oportunidad de poder desarrollarme como terapeuta infantil, creer en mí como terapeuta y estar más consiente de las problemáticas que las familias y los niños en México afrontan actualmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psicoterapia de Juego (2001, Junio). *Associtation for Play Therapy Newsletter*, 20 (20).
- Ainsworth, M. y Witting, B. (1969). *Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother*. Merrill-Palmerq, 10: 51-58.
- Amescua ,G. (1993). *La magia de los niños, psicoterapia Guestalt infantil*. México: Ed. CEIG.
- Ammon, K.(1973) The deranged mother-child relation as a cause of psychosomatic disorders from the points of view of social psychology and psychoanalysis. *Dynamische Psychiatrie*. Vol.6(2), 1973, pp. 98-111.
- Arreola Sánchez, Ma. Teresa. (2005). *Psicoterapia de juego grupal para desarrollar habilidades sociales en niños de 6 y 7 anos*. Tesis de Maestría. Universidad de Occidente, Mazatlán, Sinaloa.
- Bailey, E. C. (2005) *Children in therapy: using the family as a Resource*. EE.UU. Norton, W. W. & Company, Inc.
- Becker-Weidman, A. (2006). Treatment for Children with Trauma-Attachment Disorders: Dyadic *Developmental Psychotherapy*. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23 (2), pp. 147-171.
- Bellak, L., Bellak, S. (2005). *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT – A)*. Argentina: Editorial Paidos.
- Bowlby J., (1989). *Una base Segura*. Barcelona: Paidos.
- Bleichmar Emilice Dio, (2005) *Manual de Psicoterapia de la Relación Padres e Hijos*. Barcelona, España: Paidós.
- Chávez, A. (2011). *La importancia del vínculo en niños maltratados: Estudio de caso*. Reporte de Experiencia Profesional. Residencia en psicoterapia Infantil. Programa de Maestría y Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia, en la práctica médico - pedagógica*. Argentina: Editorial Kapelusz.
- Düss, L. (1997). *Fábulas de Düss: El método de las Fábulas en Psicoanálisis Infantil*. Madrid: Ediciones TEA.
- Freud, A Sandler, J.; H. Kennedy, Tyson, R.; (1983) *La Técnica en Psicoanálisis de Niños: Conversaciones con Anna Freud*. Gedisa.

- Fall, M.; Balvanz, J.; Johnson, L.; Nelson, L. (1999) A play therapy intervention and its relationship to self-efficacy and learning behaviors. *Professional School Counseling*. Vol.2(3), Feb 1999, pp. 194-204.
- Flykt, M.; Kanninen, K.; Sinkkonen, J.; Punamaki, R. (2010). Maternal depression and dyadic interaction: The role of maternal attachment style . *Infant and Child Development*. Vol.19(5). pp. 530-550.
- Garaigorddodil, M. (1995). *Psicoanálisis para el desarrollo de la cooperación y la creatividad*. Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer, S. A.
- Heredia A. B.,(2005) “*Relación madre-hijo: el apogeo y su impacto en el desarrollo emocional infantil*”, Mexico. Ed. MAD 1ra edición 2005.
- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (2004). *Metodología de la investigación*. Chile. Editorial McGraw Hill.
- Hurst,J.(2011) The development of adolescent autonomy: Contributions of the mother-child attachment relationship and maternal sensitivity. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol.71(10-B),2011, pp. 6474.
- Klein, M. (1928). *El psicoanálisis de niños*. México: Ed. Paidós, 1987.
- Koppitz, E. (1995). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires. Ed. Guadalupe.
- Kouvo, A.; Silven, M. (2011) Finnish mother's and father's attachment representations during child's first year predict psychosocial adjustment in preadolescence. *Attachment & Human Development*. Vol.12(6), Nov 2010, pp. 529-549.
- Lebovici S., Weil.halpern F., (1989) “La psicopatología del bebé”, siglo veintiuno editores, 2da edición en español, Francia.
- Leon, O.G.; Montero, I.; (2002) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*, 3ra edición, Madrid; Mcgraw Hill
- Lucio, Emilia y Heredia, Cristina. (1993). *Introducción a la psicoterapia psicodinámica de niños*. Facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mendoza, G. (2010) La función del holding en Psicoterapia. Reporte de Experiencia Profesional. Residencia en psicoterapia Infantil. Programa de Maestría y Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- McGoldrick, M ., Gerson, R. (1996) *Genograma en la Evaluación Familiar*. Buenos Aires; Ed. Gedisa

- Moreno, R. y García, M. (2007). Comprensión de la privación afectiva a partir del paradigma fenomenológico-existencial. *Pensamiento Psicológico*. Vol. 3 Julio- Diciembre, no. 009. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.
- Moss, E.; Dubois-Comtois, K.; Cyr, C.; Tarabulsy, G.; St-Laurent, D.; Bernier, A. (2011) Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*. Vol.23(1), Feb 2011, pp. 195-210.
- Orfelio, G. Leon, Ignacio Montero (2002). Métodos de investigación en psicología y educativa, 3ra edición . Madrid, España: Mc graw hill.
- Paolicchi, G. ; Colombres, R.; Pennella, M.; Maffezzoli, M.; González, J.; Botana, H. (2007) La actividad lúdica en la constitución subjetiva de niños en riesgo. Anuario de investigaciones Facultad de Psicología. Universidad Buenos Aires. vol.14 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Ramírez, M. (2009). Armando: un nacimiento Psíquico. Reporte de Experiencia Profesional. Residencia en psicoterapia Infantil. Programa de Maestría y Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ruelas Ana M. (2008) "Psicoterapia de Juego Psicoanalítica en el tratamiento de un niño con trastornos de eliminación". Universidad de Occidente, Mazatlán Sinaloa
- Sandler J., Freud A., Kennedy H., Tyson Robert L.,1983. La técnica en Psicoanálisis de niños: conversaciones con Anna Freud. Buenos Aires. Ed. Gedisa.
- Schaefer, Charles E. (2005). *Fundamentos de la terapia de juego*. México: . Ed. Manual Moderno.
- Schaefer, Charles E. y O'Connor, Kevin J. (2000). *Manual de Terapia de juego*. México: Ed. Manual Moderno..
- Schafer, Ch. E., O'connor K. J. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: Editorial Manual Moderno.
- Spitz R. A.,(1969) "El primer años de vida del niño".México: Ed. Fondo de Cultura Económica
- Valentino, K., Cicchetti, D., Rogosch, F. y Toth, S. (2008). Memory, maternal representations, and internalizing symptomatology among abused, neglected, and nonmaltreated children. *Child Development*, 79 (3), pp. 705-719.
- Watson, D. (2007) An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Vol.68(5-A),2007, pp. 1820.

Winnicott, D. W. (1965). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Ed. Hormé.

Winnicott, D. W. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Ed. Hormé, .

Winnicott, D. W. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. España: Ed. Laia.

Anexo 1

Dibujo de la Figura Humana



Anexo 2
Dibijo de la Prueba de la Familia



Anexo 3

Galleta de jengibre hecha por Juan en la Fase tres, Reformulación del Vínculo con la Figura Materna.

