

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA LEÓN

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ
OFICIAL POR DECRETO PRESIDENCIAL DEL 27 DE ABRIL DE 1981



***HOLDING EN EL DESARROLLO DEL PROCESO
PSICOTERAPÉUTICO EN UNA MENOR CON ESTRABISMO***

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA

PRESENTA

JOCELYN ROJANO MOZO

ASESORA

MTRA. LAURA LETICIA LUNA BERNAL

LEÓN, GTO.

2022

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	9
1.1. CONTEXTO INSTITUCIONAL EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA INTERVENCIÓN.....	9
1.2. DATOS GENERALES DEL PACIENTE	11
1.3. MOTIVO EXPLÍCITO DE CONSULTA	11
1.4. PSICODIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO	12
1.5. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	14
1.6. CURSO DE LA INTERVENCIÓN	15
1.7. MOTIVO DE FINALIZACIÓN	17
1.8. PRINCIPALES CAMBIOS COMO PRODUCTO DE LA PSICOTERAPIA	18
2. MARCO METODOLÓGICO.....	19
2.1. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2. METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE CASO	24
2.3. TIPO DE ANÁLISIS	26
3. MARCO REFERENCIAL.....	28
3.1. ANTECEDENTES.....	28
3.2. MARCO CONCEPTUAL	33
3.3. MARCO TEÓRICO	36
3.3.1. <i>Desarrollo del psiquismo infantil.</i>	36
3.3.2. <i> Holding</i>	41
3.3.3. <i>Psicoterapia Infantil Psicodinámica.</i>	48
3.3.4. <i>Teoría del apego.</i>	72
3.3.5. <i>Psicoterapia Humanista.</i>	79
3.3.6. <i>Alianza terapéutica.</i>	88
3.3.7. <i>Estrabismo.</i>	91
3.3.8. <i>Construccionismo Social.</i>	94
3.3.9. <i>Yo Espejo.</i>	98

4.	CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO	102
4.1.	DESDE EL MARCO REFERENCIAL	102
4.2.	DIÁLOGO INTRADISCIPLINARIO	138
4.3.	DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO	143
5.	ASPECTOS ÉTICOS	151
5.1.	RELATIVOS AL DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE.....	152
5.2.	CUMPLIMIENTO FORMAL DE LOS TÉRMINOS DEL ENCUADRE	154
5.3.	MANEJO DE LAS ACTITUDES BÁSICAS	155
5.4.	VICISITUDES RESISTENCIALES DEL PSICOTERAPEUTA.....	156
	CONCLUSIONES	158
	REFERENCIAS.....	163
	ANEXOS.....	174

Introducción

Cuando una persona tiene una condición de discapacidad o trastorno que limita su desarrollo, la manera de desenvolverse en su entorno y vincularse con otras personas implica una manera particular de interacción. Esta situación se relaciona con la auto-percepción que tiene la persona de sí misma y cómo es percibida su condición por otras personas. El impacto en la persona se debe en gran medida al “énfasis que los paradigmas, tradicional y médico-biológico, han puesto en “la diferencia”, producto de la deficiencia, que ignora de antemano sus capacidades y potencialidades” (Alfaro-Rojas, 2013, p. 69).

Una muestra de ello es la segregación y discriminación a la que se enfrenta la persona que tiene una condición limitante. Esta situación puede presentarse con mayor frecuencia cuando la condición o discapacidad es física, debido a que es notorio y visible. Tal es el caso del estrabismo, un trastorno visual que se caracteriza por “la pérdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular” (Puertas, 2015, p. 329). El estrabismo ocasiona que ambos ojos no miren al mismo tiempo en la misma dirección.

Además de las alteraciones y dificultades en la visión, el estrabismo puede tener implicaciones psicosociales debido al aspecto físico que tienen los ojos. Es posible que se presenten comentarios respecto a la apariencia física. Y esto a la vez generar preocupación en la persona por su capacidad de mantener el contacto visual con otros y por la forma en la que es visto. Es importante señalar que cuando la condición limitante se presenta desde la infancia la posibilidad de desarrollo puede verse limitada en diversos aspectos porque es en esta etapa donde se consolidan y adquieren habilidades, destrezas y recursos para la vida adulta.

El proceso de psicoterapia infantil no atiende la condición física, sin embargo, puede ser un espacio para las dificultades psicosociales a las que se enfrenta el/la menor. También la psicoterapia puede ser un entorno de sostén (*holding*) emocional a través de la actividad lúdica respecto a las experiencias a las que se enfrenta el infante al tener estrabismo, así como la manera en la que el niño vive el trastorno visual.

En el presente documento la problemática mencionada se abordará a partir del caso “Elisa” cuyo proceso psicoterapéutico se realizó en el CESCO. Elisa es una niña de 7 años que tiene estrabismo y debido a esto ha recibido comentarios en la escuela sobre su aspecto físico, lo cual han sido experiencias dolorosas para ella. Por tal motivo se propone el análisis del desarrollo psicoterapéutico en el caso a través del *holding* en el juego, los dibujos y participaciones verbales. Y a su vez, cómo es que el *holding* por parte de la terapeuta a lo largo de dicho proceso ha favorecido que Elisa se apropie del proceso psicoterapéutico como un espacio seguro donde puede elaborar dichas experiencias y los afectos que le pueden generar.

A partir de los planteamientos realizados a lo largo del presente texto, se proponen algunas preguntas que permitan orientar el trabajo de investigación. La pregunta general es: ¿Cuáles implicaciones tiene el *holding* en el desarrollo del proceso psicoterapéutico infantil en una menor que tiene estrabismo?. Las preguntas orientadoras son las siguientes: ¿Cómo se presenta el *holding* en la terapia de juego durante el proceso psicoterapéutico en una menor con estrabismo?, ¿Cómo se presenta la transferencia en la menor durante el proceso psicoterapéutico, refiriendo la función de *holding* en las intervenciones de la psicoterapeuta? y ¿Cuáles son las características del proceso psicoterapéutico infantil como ambiente facilitador desde una intervención de *holding* con una menor que tiene estrabismo?.

De tal forma que, el objetivo general de la investigación es identificar y analizar las implicaciones del *holding* en el desarrollo del proceso psicoterapéutico infantil en una menor con estrabismo. Estableciendo los siguientes objetivos específicos:

- Explorar y describir la manera en la que se presenta el *holding* en la terapia de juego durante el proceso psicoterapéutico en una menor con estrabismo.
- Describir y analizar la transferencia en la menor durante el proceso psicoterapéutico, refiriendo la función de *holding* en las intervenciones de la psicoterapeuta.
- Identificar las características del proceso psicoterapéutico infantil como ambiente facilitador desde una intervención de *holding* con una menor que tiene estrabismo.

La relevancia de este trabajo responde como parte de una posible atención integral, porque el proceso psicoterapéutico puede fomentar la recuperación del equilibrio psicológico y el impacto emocional que he generado el estrabismo en la menor. Esto a través de la psicoterapia como un espacio seguro que sostiene emocionalmente (*holding*) a la menor para que pueda elaborar las vivencias y manifestar sus afectos. Además de considerar que los primeros años de vida constituyen la base emocional y psicológica para la salud psicosocial en la etapa adulta. Aunado a lo que pudiera generar el trastorno visual en la menor, la infancia es una etapa decisiva para el desarrollo y bienestar a lo largo de su vida.

En cuanto a la pertinencia dentro de la psicoterapia como disciplina, el presente trabajo puede aportar al campo de la psicoterapia infantil, al hacer énfasis en cómo el *holding* en el desarrollo de la psicoterapia contiene procesos de cambio, lo cual se vincula más con la práctica clínica diaria y no únicamente en los resultados de dicho proceso. Además de contribuir al mostrar cómo el trabajo interdisciplinar facilita un abordaje integrador en este tipo de condición física y otras similares.

Respecto al desarrollo y contenido del documento, en el primer capítulo se detalla el caso de manera amplia, señalando el contexto de la intervención que se realizó en el Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM) de la Universidad Iberoamericana León. En el primer capítulo también se indican los datos generales de Elisa, una menor de 7 años, quien tenía estrabismo en su ojo izquierdo. Además se especifica el motivo de consulta y la integración del psicodiagnóstico como resultado de la evaluación del estado actual y las necesidades. Igualmente se hace mención del desarrollo del proceso terapéutico, indicando sesiones, inasistencias y los cambios que se han presentado como resultado de la psicoterapia.

El capítulo dos expone la metodología para la elaboración de la investigación, considerando que es un estudio de caso. Así mismo se indican los objetivos de la investigación, las premisas teóricas que parten del enfoque psicodinámico y la teoría del *holding* de Winnicott. Además, se mencionan las categorías de análisis: Intervenciones desde el *holding*, el *holding* en la terapia de juego, transferencia y presencia de la condición física en un ambiente facilitador. Cada categoría de análisis posee diversos criterios de verificación

y estos se describen de manera específica, lo cual hizo posible el análisis de las sesiones y la selección de viñetas.

El tercer capítulo está conformado por el marco referencial, cuyo sustento teórico principal es el enfoque psicodinámico. Esta sección la componen los antecedentes, el marco conceptual y el marco teórico que fundamentarán el análisis del caso. Dentro de los antecedentes se enlistan investigaciones recientes que aluden al *holding* en la psicoterapia y la presencia del terapeuta. Y se mencionan artículos de intervenciones en el ámbito de la psicoterapia infantil y la atención a condiciones físicas. Respecto al marco conceptual, se describen los conceptos centrales que fundamentan la investigación. Estos conceptos son la psicoterapia, la transferencia, la psicoterapia infantil, el juego, el *holding*, el ambiente facilitador y estrabismo. Posteriormente en el marco teórico se desarrollan las principales temáticas a partir de las cuales se realizó el análisis del caso. El marco teórico está compuesto por postulados teóricos de ciertos autores pertenecientes al enfoque central de análisis, el psicodinámico. Los autores principales son Donald Winnicott, Sigmund Freud, Anna Freud y Arminda Aberastury. El marco teórico también incluye el desarrollo de las aportaciones de otros enfoques que fueron sustento para el diálogo intradisciplinar e interdisciplinar. Dentro de estos autores se encuentran John Bowlby, Virginia Axline, Carl Rogers y Luborsky. Y las teorías del Yo Espejo de Charles Horton Cooley y el Construccinismo Social de Kenneth Gergen, así como el estrabismo como afectación oftalmológica.

El capítulo cuatro contiene la construcción y análisis del caso. Primero, desde el marco referencial, se expone el análisis de algunas viñetas extraídas de las sesiones presenciales del proceso. Estas viñetas se seleccionaron de acuerdo con las categorías de análisis que se establecieron en el capítulo de metodología. Dicho análisis se realizó desde las teorías, conceptos y autores centrales que brindan sustento teórico. En un segundo subapartado se encuentra el diálogo intradisciplinario, donde se señalan las aportaciones de otros enfoques y teorías pertenecientes a la Psicología que favorecieron la comprensión e intervención del caso. En el último subapartado del capítulo se encuentra el diálogo interdisciplinar que refiere al sustento teórico de otras disciplinas que dan cuenta de lo necesario que es la atención integral para dar respuesta a situaciones humanas complejas. Es

importante señalar que las teorías, conceptos y autores que se tomaron como referentes para el análisis del caso se desarrollaron en el apartado del marco referencial, en el capítulo tres.

La quinta sección señala los aspectos éticos que se consideraron para el desarrollo del caso desde la práctica profesional, así como para la elaboración del presente documento como proyecto de investigación y estudio de caso con una menor. Los lineamientos éticos se retomaron de diferentes ámbitos, principalmente del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009). Los aspectos éticos se dividen de la siguiente manera: Relativos al desarrollo humano sostenible, cumplimiento formal de los términos del encuadre, manejo de las actitudes básicas y las vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta.

Posteriormente se señalan las conclusiones que han surgido como producto de la presente investigación y que pretenden dar respuesta a las preguntas de investigación. Como parte de las conclusiones, se señala el nivel de logro que se ha alcanzado a partir de la psicoterapia, tomando como referencia el objetivo inicial. También se mencionan los principales hallazgos, respecto a la teoría y el tratamiento principalmente. Además, se incluyen contribuciones al marco referencial como producto de la experiencia psicoterapéutica y la práctica clínica. Por último, se indican algunas vicisitudes presentadas durante la elaboración del presente trabajo. Desde el proceso metodológico y los diálogos de las teorías con el caso, hasta la posibilidad de trasladar la subjetividad de la menor en un documento académico.

En el apartado siguiente, que corresponde a las referencias, se enlistan las fuentes consultadas y citadas para la realización del trabajo. Se presentan los textos, investigaciones, artículos científicos, páginas web y libros en orden alfabético, de modo que sea posible identificarlas y localizarlas. El orden de los datos es de acuerdo con lo establecido por la Asociación Americana de Psicología (APA) en su tercera edición en español (American Psychological Association, 2010). Finalmente en el último apartado se encuentran los anexos que se han considerado pertinentes para la comprensión del caso. Se ordenan conforme a su mención en el texto.

1. Presentación del caso

1.1. Contexto institucional en el que se desarrolló la intervención

El presente proyecto de investigación se realizó a partir de la intervención psicoterapéutica con una menor. Dicha intervención fue requisito y parte de la formación en la Maestría en Psicoterapia Clínica de la Universidad Iberoamericana León. Con la finalidad de guardar su confidencialidad, se le nombrará Elisa. La atención se realizó en el Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM).

El CESCOM, forma parte de la Universidad Iberoamericana León, se encuentra ubicado en San Pedro de los Hernández en León, Guanajuato. Actualmente las principales áreas de atención son Psicología y Educación. La universidad al ser un proyecto educativo de la Compañía de Jesús ha buscado que el centro comunitario sea un espacio que promueva el servicio por parte de la comunidad estudiantil, desde el compromiso y la justicia social. Debido a esto, la Maestría en Psicoterapia Clínica, como programa de la universidad, establece como requisito la práctica clínica en entornos vulnerables, como el CESCOM. Dicha práctica es supervisada, considerando la ética, formación académica y confidencialidad, indispensables en la atención de la salud mental.

El CESCOM, al ser un centro comunitario, mantiene cuotas de bajo costo de modo que los servicios sean accesibles para la población. A pesar de que hay montos establecidos de acuerdo con el servicio que se brinda, puede haber una disminución cuando la situación económica de la persona o la familia sea limitada o precaria. En la atención psicológica la condición económica se registra desde la primer entrevista en el formato F1 que corresponde a la hoja de contacto (véase anexo 1). En dicho formato se recopilan los datos de identificación de la persona, su motivo de consulta, familiograma, datos socioeconómicos e información que aporte a la elaboración de la historia clínica.

La institución cuenta con otros formatos para el seguimiento sistematizado y organizado del proceso terapéutico. Uno de ellos es el F2 que es la hoja de seguimiento (véase anexo 2), donde se registra la fecha de las sesiones, así como las inasistencias. Dentro del encuadre institucional se establece un límite de tres inasistencias, de lo contrario se procede

a la baja del proceso. Esto se debe al número de personas que permanecen en lista de espera para recibir atención psicológica y que en ocasiones se puede extender hasta meses. La persona llega a CESCO y solicita la atención psicológica. Se registra en una lista donde se indican datos de contacto y motivo de consulta. Conforme hay disponibilidad de estudiantes (ya sea de licenciatura o de maestría), se asigna un psicoterapeuta por persona. Una vez que se ha realizado la asignación por parte de CESCO, el psicoterapeuta es quien se pone en contacto con la persona para preguntar si aún requiere la atención y de ser así, entonces se establece la fecha y la hora de la primer entrevista. Para agilizar la atención, después de tres inasistencias se da de baja a la persona consultante para dar oportunidad de que otra persona reciba la atención. Estos lineamientos como parte del encuadre se mencionan en las primeras sesiones para que la persona tenga conocimiento de ello.

El consentimiento informado (véase anexo 3) es otro documento que respalda dicho encuadre. Este formato tiene como objetivo constatar que la persona autoriza al profesional (psicoterapeuta o psicólogo) para compartir información de las sesiones con docentes y compañeros con un sentido formativo. En ocasiones se solicita a la persona consultante o al padre o madre del menor, la autorización para audio-grabar o video-grabar las sesiones, también para fines educativos y de aprendizaje.

En el formato de registro de sesión (véase anexo 4) se reporta la información y lo que sucede sesión a sesión. Esto con la finalidad de que el terapeuta en colaboración con el supervisor pueda establecer estrategias y líneas de intervención que favorezcan el logro de los objetivos del tratamiento. Ahí se indican tanto las observaciones del terapeuta como de supervisión. La supervisión es parte de la currícula de la Maestría en Psicoterapia Clínica, por lo que cada semana se contó con una sesión, aunque el caso no se supervisó en esa misma frecuencia por el número de casos a supervisar. El caso se supervisó desde el enfoque psicodinámico y sistémico principalmente. En el reporte psicodiagnóstico (véase anexo 5) se realiza un análisis multifactorial a partir de los datos y la información obtenida a lo largo de las sesiones, de modo que se establecen los objetivos y el tipo de intervención a realizar. Por último, el reporte de valoración diagnóstica y finalización (véase anexo 6) es el formato en

el que se indica la terminación o interrupción del tratamiento. En este documento se señalan los objetivos alcanzados y de ser necesario, la derivación del caso a otro tipo de atención.

1.2. Datos generales del paciente

Elisa es una niña de 7 años, tiene estatura media para su edad, cabello color castaño y tez apiñonada. Su actitud es seria, reservada y tímida. Cuando inició el proceso, al sentarse se mantenía alejada de la mesa, aunque si sucedía algo que le interesaba movía su torso hacia adelante. Su lenguaje era escaso y su tono de voz bastante bajo. Por lo que había dificultad para entender lo que decía. En cuanto a la psicomotricidad era acorde a su edad. Cursaba primero de primaria, por lo que estaba aprendiendo a leer y escribir.

Elisa fue diagnosticada con estrabismo en su ojo izquierdo por un oftalmólogo. El doctor le recetó unas gotas y ordenó una tomografía para poder hacer un mejor diagnóstico y establecer el tratamiento. Elisa dejó de estar afiliada al IMSS debido a que su papá cambió de trabajo, por lo que ya no pudo tener seguimiento médico. De acuerdo con lo que compartió la mamá de Elisa, el estrabismo lo tiene desde que tenía 6 meses de edad. Durante el desarrollo de la intervención psicoterapéutica el tratamiento médico estaba pendiente y existía la posibilidad de que el estrabismo se corrigiera con una intervención quirúrgica. Desde hace un año se le recetó el uso de lentes para la vista, pero Elisa no los utilizó por los comentarios que había recibido por su aspecto físico.

Elisa vivía con su papá, su mamá y su hermana menor en casa de sus abuelos paternos. Era muy unida a su abuela materna, debido a que cuando nació su hermana menor, Elisa pasó mucho tiempo en casa de su abuela. Incluso le llama “Mamá Manu”. Respecto al estrabismo, en la escuela recibió comentarios sobre su apariencia como “bizca” y debido a esto tuvo dificultad para socializar, lo que generó cierto retraimiento en ella. A lo largo de las sesiones se percibió poca contención emocional por parte de adultos en el entorno familiar y escolar.

1.3. Motivo explícito de consulta

En el proceso de psicoterapia infantil, la primer entrevista suele realizarse con el adulto o adultos responsables del menor. En este caso, la primer entrevista se realizó con la

mamá de Elisa. Al preguntarle a la mamá el motivo por el cual estaba solicitando la atención para Elisa, ella respondió: *“La veo muy tímida, seria y corajuda. No se controla, se pega en la cabeza. La veo con mucho coraje”*. Al indagar un poco más sobre la situación y los síntomas que presentaba Elisa, la mamá indicó que el aumento del enojo por parte de Elisa coincidía con un cambio que hubo en la familia. La abuela materna de Elisa se había ido un tiempo a EU. Elisa era muy cercana a su abuela, “Mamá Manu”, debido a que cuando nació su hermana menor, ella pasó la mayor parte del tiempo con su abuela e incluso se quedaba a dormir algunos días en su casa. A partir de que su abuela materna se fue, las conductas de Elisa aumentaron. Para la mamá esto fue una dificultad porque hubo situaciones de indisciplina y mucho conflicto.

La mamá mencionó que Elisa desde pequeña había sido tímida y solía no socializar. Familiares cercanos le hicieron comentarios a la mamá acerca de Elisa, referentes a que ella no convive. La hermana menor de Elisa era muy sociable, por lo que constantemente las comparaban. La idea de llevar a Elisa a psicología surgió principalmente de los comentarios por parte de la familia, especialmente tíos y tías de Elisa. Le decían a la mamá comentarios respecto a la seriedad y timidez de Elisa: *“Casi no habla, es muy seria”*.

Después de algunas sesiones se pudo concluir que la demanda de la mamá era confirmar que Elisa tenía un problema para relacionarse con otras personas y también de indisciplina. Por su parte, Elisa manifestó de manera latente la necesidad de contención para afrontar diversas situaciones, como lo fue la partida de su abuela y las experiencias que ha tenido en el entorno escolar por el estrabismo.

1.4. Psicodiagnóstico y pronóstico

De acuerdo con la teoría psicosocial de Erikson (1959, citado en Cloninger, 2003) Elisa se encontraba en la etapa de laboriosidad vs. inferioridad. Es la edad escolar paralela a la etapa psicosexual de latencia (propuesta teórica de Freud). En esta etapa Elisa debe desarrollar destrezas y habilidades que le permitan adquirir un pensamiento lógico. En esta etapa es importante la aprobación por parte de papá, mamá, adultos significativos y sus pares.

De no ser así se presenta un sentimiento de inferioridad e inadaptación. El juego en esta etapa es importante, porque permite que la menor realice proyecciones a futuro.

Para el psicodiagnóstico se utilizaron pruebas proyectivas y el juego diagnóstico en las primeras sesiones. Las pruebas aplicadas fueron el Test Gestáltico Visomotor para niños - BENDER (Koppitz,1980) (véase anexo 7), el H-T-P (Buck y Warren, 2014) (véase anexo 8) y Dibujo de la familia (Font, 1983 citado en Esquivel, Heredia y Lucio, 2016) (véase anexo 9). En los párrafos posteriores se señala la información obtenida a partir de la integración de las pruebas y la observación del juego. Se pudo inferir que Elisa era una niña con rasgos de introversión y necesidad de autoprotección frente el mundo externo. Manifestó timidez, dificultad en las relaciones con sus iguales, miedos y/o sentimientos de inferioridad. Hubo presencia de cierto temor a ser vista o juzgada. También surgieron dificultades en el área viso-motriz, inseguridad, falta de motivación y poco interés en la relación social.

Hubo rasgos de impulsividad que pudieron estar afectando sus relaciones, tanto sociales como familiares. Aunado a esto era posible que en el núcleo familiar hubiera pocas vinculaciones afectivas. En cuanto a las relaciones sociales y el mundo externo, se halló problema para aceptar las normas y poca capacidad de reflexión que le permitiera interiorizarlas. Se pudo ver en el dibujo a una niña introvertida y tímida, con cierta inseguridad y deseo de retraimiento, lo cual le pudo impedir relacionarse en casa y en la escuela.

El entorno ha resultado hostil y agresivo a Elisa. Tuvo poca contención en casa y la relación con su abuela le permitía vivir en un mundo más afectivo. Cuando su abuela se fue, Elisa perdió aquello que le daba seguridad y sensación de bienestar. El estrabismo resultó para Elisa algo doloroso y que le causó sufrimiento, pues comenzó a asumirse como “bizca”. Por la edad que tenía, se encontraba en un proceso de relacionarse con sus pares, como una necesidad de su desarrollo psicosocial. Al encontrar dificultades y comentarios agresivos, Elisa uso como medio de auto-protección la timidez, ser reservada e introvertida. Aunado a esto, el estrabismo le generó una limitante en el contacto visual que Elisa podría haber hecho con las personas, por lo que se acentuó su retraimiento social.

Su estructura subjetiva estaba en construcción, por lo que el mundo, las relaciones y las representaciones también se encontraban en construcción. Hasta el momento de la intervención, se asumió que poseía una estructura neurótica, poca integración de la identidad, proceso defensivo primario, relaciones objetales débiles y hostiles, y poco control de impulsos. Elisa tenía dificultad para relacionarse, principalmente con sus pares, por los comentarios que recibió por su condición física (estrabismo). Su Yo se encontraba debilitado y se enfatizó al no encontrar soporte emocional y afectivo por parte de los adultos que le rodean, como es el caso de sus papás o maestra. También identificó cierta “diferencia” en su persona, por lo que estaba incorporando su condición física a su auto-concepto. Solía evitar el contacto visual, debido al movimiento involuntario de su ojo.

Al inicio del proceso el pronóstico parecía ser incierto debido a la disposición que mostraba Elisa para compartir y jugar, pero respondía al menos con gestos. Es decir, no había un intercambio de contenido en sesión. El psicodiagnóstico también arrojó información que confirmó la introversión y dificultad para socializar. Sin embargo, a partir de considerar las características del entorno de Elisa y el estrabismo, esta dificultad para compartir se entendió como parte de los objetivos terapéuticos. Después de algunas sesiones el pronóstico pareció tornarse favorable porque Elisa mostró mejoría en diferentes ámbitos. En sesión comenzó a compartir con mayor facilidad, su lenguaje era más estructurado y cada sesión respondía menor número de veces con monosílabos o silencios. La presencia de la abuela materna y el apoyo brindado por ella fue otro aspecto importante que influyó para que el pronóstico se considerara favorable.

1.5. Objetivos de la intervención

Con la intervención se buscó que Elisa fortaleciera su Yo de modo que contara con mayor capacidad de afrontamiento frente a posibles pérdidas futuras, así como desarrollo de habilidades y funciones que le permitieran asumirse con características positivas, más allá del estrabismo. Se intervino desde la terapia de juego, para favorecer la contención y sostén emocional sobre las experiencias a las que se enfrentó Elisa a causa del estrabismo, así como la manera en la que ella vivenciaba su condición física. Otro objetivo de la intervención fue

favorecer el desarrollo de los recursos personales, para que no se centraran en la “diferencia”, y que ella pudiera vivirse y asumirse con otras cualidades y características.

1.6. Curso de la intervención

El proceso psicoterapéutico inició en septiembre de 2019 y se pausó en marzo de 2020. Hasta ese momento se habían realizado 15 sesiones presenciales y posteriormente se realizaron 5 llamadas de seguimiento a partir de la contingencia sanitaria. Se retomó el proceso de manera virtual en agosto de 2020 y se realizaron 15 sesiones virtuales. La frecuencia de la sesiones comenzó siendo semanal, pero debido a la pandemia se tuvo que adecuar la periodicidad, debido a que la mamá estuvo un tiempo sin celular y también hubo semanas en las que no tenía saldo, por lo que no tuvo acceso a internet. Es importante mencionar que considerando estas situaciones, el análisis del caso únicamente consideró las 15 sesiones presenciales debido a que las sesiones virtuales se retomaron después de un periodo de pausa, además no fueron constantes y variaron en su duración. A lo largo del proceso hubo algunas ausencias que se señalaron a la mamá dentro de sesiones de re-encuadre.

La evolución del proceso implicó que Elisa se apropiara del proceso terapéutico, de modo que ella percibiera el espacio como un momento seguro donde pudiera expresar y colocar sus conflictos sin riesgo a ser juzgada o no reconocida. En las primeras sesiones había muchos silencios y Elisa evadía preguntas, y en caso de responder, lo hacía con monosílabos o haciendo movimientos con su cabeza. A partir de esta constante fue que se decidió intervenir desde la propuesta del *holding*. Por la fase del proceso era primordial que ella experimentara un sostén emocional, más allá de las interpretaciones que se pudieran realizar. El *holding* implicó espera y paciencia frente al proceso, pues Elisa necesitaba saberse segura para establecer una alianza terapéutica. Es decir, adecuar el proceso y las intervenciones a las necesidades de la menor.

El desarrollo de la psicoterapia favoreció que Elisa accediera a diferentes maneras de elaborar sus conflictos: palabras, juego y dibujos. Con el paso de las sesiones ella pudo depositar mayor contenido en sus expresiones. Una muestra de ello es la expresión gráfica.

En las primeras sesiones se limitaba a dibujar números o escribir su nombre y gradualmente pudo realizar dibujos con personajes, problemáticas y símbolos. A partir de sus dibujos también elaboró historias y narrativas donde explicaba lo que estaba sucediendo. Lo que señaló la posibilidad de la expresión de los objetos “buenos y malos”.

Por otro lado, hubo una mejoría en su participación dentro de la sesión. Cada vez mostró más conciencia de su condición, el estrabismo. En el juego simbólico manifestó dolor, sin embargo, no era algo que destruyera o aniquilara. También se observó en la actividad lúdica la posibilidad de que el personaje “sane” a pesar de haberse “lesionado” de gravedad. El cuerpo y el aspecto físico se hicieron presentes en las sesiones y esto favoreció que se retomara el tema sobre el estrabismo. Además, fue capaz de nombrar a las personas que la quieren y representan un apoyo emocional para ella, a pesar de la dificultad que tiene para socializar.

A partir de las sesiones en enero (después de la pausa por vacaciones) en el juego manifestó constantemente su sentir respecto al entorno escolar y el estrabismo. En el diálogo con la mamá sobre los avances y retrocesos, ella mencionó que Elisa había comenzado a llorar cuando debía ir a la escuela. Al preguntarle a Elisa por la situación, simplemente decía que no quería ir. Después de algunas sesiones compartió qué comentarios recibía por parte de sus compañeros y que aludían al estrabismo. Posteriormente ella compartió que no usaba sus lentes porque no le gustaban y que tampoco quería recibir más comentarios.

Como parte de las estrategias de intervención, la terapeuta decidió utilizar sus lentes en las sesiones. Se dialogó con Elisa la importancia de su uso y el motivo por el cual es necesario utilizarlos. Con esto se buscó que Elisa lograra una identificación positiva. También se utilizó como recurso la diversidad de materiales en la sesión. Se seleccionaron algunos juguetes que hacían referencia al escenario escolar y familiar, que es donde se encuentran los principales conflictos, así como las figuras significativas.

Respecto a los momentos críticos del proceso, el inicio implicó la búsqueda constante de recursos y estrategias que facilitaran la relación terapéutica. Elisa hacía poco contacto

visual, emitía palabras de manera escueta, predominaban los silencios y parecía tener cierta imposibilidad de jugar. El *rapport* fue indispensable en esta fase inicial, para generar empatía en un primer momento y posteriormente promover en ella que se asumiera como una persona con posibilidades de entender y atender lo que le estaba sucediendo y que además vivía como algo disruptivo.

Fueron necesarios los momentos de evaluación para la toma de decisiones dentro del proceso. Después del receso de vacaciones en diciembre de 2019, en enero el rumbo del proceso parecía ser otro. Elisa comenzó a llevar a sesión su vivencia del estrabismo y la partida de su abuela materna ya no era relevante. En ese momento fue necesario evaluar el motivo latente, haciendo énfasis en el *holding* como una función que le permitiría saberse sostenida afectivamente frente a aquello que iba sucediendo. Sin necesariamente reducir la problemática a la ausencia de la abuela y lo que representaba como objeto primario.

Por otro lado, se realizaron diversos re-encuadres con la mamá de Elisa. El primero cuando hubo dos inasistencias a las sesiones, sin haber avisado previamente. Esto favoreció las asistencias de Elisa a las sesiones, debido a que se le señaló a la mamá la importancia del compromiso hacia el proceso. El segundo cuando inició la contingencia sanitaria y CESCO cerró sus puertas. Y el tercero cuando se retomaron las sesiones de manera virtual en agosto. Estos últimos re-encuadres fueron necesarios para acordar día, hora y medio de la videollamada, así como la periodicidad de las sesiones principalmente. Sin embargo la mamá atendió poco a lo acordado.

1.7. Motivo de finalización

El proceso se finalizó después de 35 sesiones, 15 de ellas realizadas presencialmente, 5 a través de un seguimiento telefónico y 15 sesiones a través de videollamada. El motivo de finalización fueron las ausencias que comenzaron a presentarse. En ocasiones al contactar a la mamá de Elisa para realizar la videollamada no respondió los mensajes para confirmar la sesión. También hubo semanas en las que la sesión se tuvo que posponer debido a que la mamá escribía para avisar que Elisa no se encontraba en casa porque había salido con sus

familiares o porque se había desplazado a otro lugar y no había llevado con ella su material para trabajar.

Después de realizar un re-encuadre con la mamá sobre la importancia de la frecuencia y constancia de las sesiones se acordó que si continuaban las inasistencias se procedería a concluir el proceso. Debido a que se siguieron presentando estas situaciones, se procedió a avisar que restarían 3 sesiones para realizar el cierre del proceso. También se le avisó a Elisa de estas tres sesiones y se le explicó las actividades a realizar, así como un diploma que se le entregaría por su proceso terapéutico.

1.8. Principales cambios como producto de la psicoterapia

Los cambios principales fueron intrapsíquicos, relacionados a la capacidad de Elisa para elaborar y compartir aquello que le resultaba doloroso. En las últimas sesiones presenciales Elisa expresó de manera verbal y simbólica su sentir. En el juego colocó los contenidos que le generaban malestar, por lo que desplazó el conflicto al mundo externo. También manifestó maneras de “resolver” situaciones en la actividad lúdica. Es decir, elaboró una realidad alterna donde encontró diferentes formas de solución.

Mostró la capacidad para “pedir” ayuda, aún cuando no había tenido respuesta en casa y en la escuela. Esto le permitió denunciar las experiencias hostiles a las que se había enfrentado, buscando apoyo en figuras significativas. Otro cambio importante fue que Elisa reconoció su condición, por lo que pudo hablar del estrabismo a partir de la fase intermedia de la intervención. Asimismo, en las últimas sesiones presenciales las historias poseían mayor estructura y una secuencia que correspondía a una temporalidad. También mostró mayor iniciativa en el juego y el dibujo. En las primeras sesiones había que motivarla al juego y con el transcurso del proceso incluso ella era quien decidía con qué material trabajar. De igual manera, Elisa pudo manifestar cuando deseaba cambiar de actividad, indicando la finalización o interrupción de lo que estaba realizando. Hubo mayor espontaneidad al momento de compartir cómo se sentía y lo que había realizado en la semana. No era necesario realizar preguntas, porque ella misma compartía.

2. Marco metodológico

2.1. Objetivo de la investigación

La presente investigación se realizó a partir de un caso de psicoterapia infantil con el objetivo de analizar las implicaciones del *holding* en el desarrollo del proceso psicoterapéutico en una menor con estrabismo. El término *holding* hace referencia al sostén emocional y fue planteado por Donald Winnicott. El sostén es conceptualizado como una de las funciones maternas que consiste en sostener física y emocionalmente al infante. Aunque el concepto alude a la relación parental, la investigación retoma el *holding* y lo sitúa en el proceso psicoterapia como la presencia y modo de estar por parte del terapeuta, así como las respuestas del infante que dan cuenta de la reciprocidad y mutualidad. Considerando esto, el objetivo de la investigación es identificar y analizar las implicaciones del *holding* en el desarrollo del proceso psicoterapéutico infantil en una menor con estrabismo.

2.1.1. Premisas teóricas.

Para el análisis del caso y el logro de los objetivos mencionados previamente, la presente investigación considera algunas premisas teóricas que se desprenden del enfoque psicodinámico, específicamente de la teoría de Winnicott respecto al desarrollo emocional en la infancia que implica la integración psíquica como resultado de las funciones de los cuidadores y un ambiente facilitador principalmente. En el proceso terapéutico con Elisa se encontraron concordancias con la teoría del *holding* debido a que la presencia de esta función está vinculada al desarrollo de la conformación de un sentido de existencia, la vivencia de ser aceptado y la experiencia de un medio ambiente que se percibe como seguro, constante y confiable de modo que sea posible la regulación de los afectos.

Por consiguiente, se puede afirmar que el trabajo parte de tres premisas básicas: 1) Aunque la función de *holding* surge de la relación primaria entre los cuidadores y el infante, esta puede estar presente en el escenario psicoterapéutico, como ambiente facilitador, donde también se conforma y es un elemento que apuntala a la cura y el bienestar. El *holding* en psicoterapia se puede traducir en la presencia continua y constante del psicoterapeuta, así como la posibilidad de comprender los afectos y necesidades del paciente (Mendoza, 2010).

2) Desde el planteamiento de la teoría de Winnicott, el juego es una actividad creadora donde el infante puede construir(se) y representarse en el mundo. En la psicoterapia infantil el juego es un elemento importante, tanto para el diagnóstico como para la intervención. Porque es en la actividad lúdica donde el infante puede expresar sus emociones y descargar sus angustias, y también elabora maneras de “resolver” sus vivencias, en compañía del terapeuta y dentro de un encuadre que brinda seguridad. “En el juego surgen elementos escindidos del *self* total, que al ser expresados y reconocidos adquieren la posibilidad de integrarse. Esta integración es posible gracias al *holding* terapéutico” (Abadi, 2014, p. 154).

3) La transferencia en la psicoterapia de enfoque psicodinámico es un elemento fundamental del proceso terapéutico porque es a través de ella que se manifiestan muchos de los conflictos de la persona y se colocan en la figura del terapeuta. En este sentido, la reacción de transferencia del paciente no es apropiada para el analista pero sí para alguien del pasado (Greenson, 2004). En la psicoterapia infantil, la transferencia posee elementos particulares porque las figuras primarias están presentes en la vida actual del infante y el vínculo se está re-editando continuamente. A pesar de esto, en el trabajo terapéutico con infantes la transferencia es uno de los principales medios para conocer lo que sucede en la mente del niño y también para descubrir y reconstruir su historia temprana (Klein, 1952, citada en Aberastury, 2009). Frente a la transferencia del infante, el terapeuta requiere responder para sostener dicha transferencia y de esta manera promover la presencia del conflicto, sin dejar de ocupar la figura de autoridad y de adulto significativo.

2.1.2. Supuestos.

A partir de las preguntas de investigación y los objetivos que orientan el estudio de caso, los supuestos a confirmar a través del presente proyecto son los siguientes:

- El *holding* se presenta en la terapia de juego como respuesta por parte de la terapeuta al sostener la creación lúdica de la menor durante el proceso psicoterapéutico.
- La transferencia se manifiesta en el vínculo que establece la menor con la terapeuta, siendo al principio del proceso de evitación y distanciamiento y con el transcurso del proceso se manifiesta en cercanía y confianza.

- Las características del proceso psicoterapéutico infantil como ambiente facilitador desde una intervención de *holding* son la mutualidad, empatía hacia las necesidades de la menor, representación de un objeto constante por parte de la terapeuta y la comprensión de los afectos y angustias.

2.1.3. Categorías de análisis.

El análisis de datos fue a partir de las viñetas clínicas de las 15 sesiones presenciales del proceso psicoterapéutico y las expresiones gráficas realizadas por la menor, organizadas de acuerdo con diferentes categorías respecto al *holding*. Las categorías son las siguientes: Intervenciones desde el *holding*, *holding* en la terapia de juego, transferencia y la presencia de la condición física en un ambiente facilitador.

El desarrollo y análisis de cada categoría es a partir de los planteamientos teóricos sobre el *holding* con relación a la función del desarrollo emocional en la infancia y cómo se fue conformando en la relación terapéutica como un espacio de cura para la menor. Los datos serán analizados a partir de la literatura que conforma el marco teórico de la investigación, desde el enfoque psicodinámico. A continuación se detalla cada una de las categorías y sus criterios de verificación.

2.1.3.1. Intervenciones desde el *holding*.

La mutualidad en el *holding* hace referencia a la reciprocidad que se establece entre la madre y el bebé, que les permite experimentar y sentir juntos, de modo que la mamá pueda responder a las necesidades a partir de lo que comunica el bebé. Es decir, un encuentro entre ambos que tendrá como resultado que el bebé pueda desarrollar su propia creación. En la psicoterapia también hay un proceso de respuesta y acción en un sentido recíproco, pues terapeuta e infante participan en dicho encuentro. Esta categoría constará de tres subcategorías y sus respectivos criterios de verificación.

“El psicoanalista ya no se coloca en posición de acceder a un conocimiento del que adolece el paciente, sino en una actitud de mutualidad, dispuesto a compartir la experiencia emocional del encuentro entre dos personas, que se reúnen en la sesión, para explorar las dificultades de una de ellas” (Talarn, 2009, p.94).

2.1.3.1.1. *Holding y mutualidad.*

Manifestación verbal, afectiva o conductual que dé cuenta de cercanía y confianza recíproca entre la menor y la terapeuta.

2.1.3.1.2. *Respuesta de la menor frente al holding.*

Expresión verbal o conductual de la menor resultante de una intervención como sostén emocional por parte de la psicoterapeuta.

2.1.3.1.3. *El holding de la psicoterapeuta.*

Intervenciones verbales o en el juego por parte de la terapeuta que denoten sostén emocional frente a los contenidos que presenta la menor en sesión.

2.1.3.2. *Holding en la terapia de juego.*

La capacidad del infante para manifestar contenidos y simbolizar en el juego es muestra del proceso de madurez y desarrollo emocional, pero también de un entorno que ha fomentado dicho desarrollo. El juego al ser una actividad creadora requiere de habilidades cognitivas y funciones psíquicas. Cuando se presenta alguna perturbación emocional, es posible que el juego esté limitado o inexistente, por lo que la actividad lúdica por sí misma ya se puede considerar un logro dentro de la psicoterapia. En el proceso terapéutico los contenidos del juego comunican el conflicto pero también son indicadores del avance y progreso del proceso. Incluso Winnicott (1993, p.40) consideraba “que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo”. Esta categoría está conformada por cinco subcategorías y los criterios de verificación respectivamente.

2.1.3.2.1. *Estructura del juego.*

Todo juego que contenga un orden lógico que coincide con aspectos del mundo real.

2.1.3.2.2. *Secuencia del juego.*

Toda actividad lúdica elaborada por la menor que posea un inicio, desarrollo y desenlace.

2.1.3.2.3. *Elección de material del juego.*

Juego donde la menor decide el material a utilizar, así como el abandono o cambio del mismo.

2.1.3.2.4. *Contenido del juego.*

Temas afectivos dentro del juego a manera de narrativa, que incluye los personajes, historias, conflictos y soluciones.

2.1.3.2.5. *Evolución del juego.*

Diferencias en la estructura, secuencia, material y contenido del juego a lo largo de las sesiones.

2.1.3.3. *Transferencia.*

Respecto a la transferencia como respuesta al *holding*, es importante señalar que la transferencia es un concepto fundamental en la teoría y técnica psicoanalítica e incluso Freud consideraba la transferencia como el “genuino portador del influjo terapéutico” (1905, citado en Perres, 1998, p. 126). Aunque la transferencia como fenómeno psíquico se hace presente en las relaciones humanas, en la experiencia terapéutica consiste en el depósito afectivo que hace la persona a la figura del terapeuta. Estos afectos manifiestan algunos aspectos de experiencias y relaciones pasadas, que se traducen también en lo que representa el terapeuta. Frente a los afectos, el terapeuta debe recibirlos, identificarlos y posteriormente señalarlos a la persona, para evidenciar lo que está sucediendo. Se podría considerar que también frente a la transferencia, el terapeuta realiza un función de *holding*, para acompañar a la persona en el proceso de traducir y decodificar los afectos que se han presentado para que el paciente pueda darles sentido.

Algunos autores, como Winnicott (2013) y Balint (1968), (citados en Mendoza, 2010), consideraron que en la relación transferencial con el terapeuta se reeditan aquellas experiencias que resultan de las fallas en las relaciones tempranas, buscando una nueva oportunidad de ser modificadas para alcanzar una organización yoica apropiada al desarrollo. La transferencia como categoría de análisis tiene dos subcategorías para distinguir la transferencia como reacción a la figura de la terapeuta o como respuesta a las intervenciones. Por lo tanto esta categoría cuenta con dos criterios de verificación.

2.1.3.3.1. *Transferencia como respuesta al holding.*

Discurso que refiera una acción pensamiento o sentimiento emitido por la consultante que haga referencia a otras figuras representadas por la psicoterapeuta.

2.1.3.3.2. Transferencia a partir de las intervenciones de la psicoterapeuta.

Expresión verbal que manifiesta la traducción de los afectos a figuras significativas como resultado de las intervenciones de la psicoterapeuta.

2.1.3.4. Presencia de la condición física en un ambiente facilitador.

Finalmente la condición física en un ambiente facilitador hace alusión a la mención de aquello que genera dolor emocional, que en el caso de Elisa es principalmente el estrabismo. Para que la menor pueda hablar de lo que duele, le es necesario confirmar que está en un espacio de seguridad, confianza y empatía. Además el proceso terapéutico deberá brindarle “herramientas” que le permitan afrontar también lo que pasa fuera de la sesión. El espacio terapéutico se asemeja al vínculo que establece el bebé con sus cuidadores, donde “el fin es que el bebé sea sostenido por un ambiente que le haga dar cuenta de a poco de su existencia, que le procure los recursos para tener la sensación por el resto de su vida a pesar de los peligros que existen en el mundo exterior, peligros que no generen angustia excesiva” (Toscano, 2015, p. 12). Esta categoría de análisis cuenta con dos criterios de verificación.

2.1.3.4.1. Contenido manifiesto de la condición física.

Conducta o verbalización que aluda de manera directa y consciente a la condición física o el estrabismo.

2.1.3.4.2. Contenido latente de la condición física.

Conducta o verbalización que aluda de manera indirecta y/o inconsciente a la condición física o el estrabismo.

2.2. Metodología de estudio de caso

La investigación tiene como objetivo generar o producir nuevos conocimientos para las disciplinas científicas. Dentro del ejercicio de la investigación existe una diversidad de metodologías y formas que varían de acuerdo con los objetivos, la problemática a indagar, la población y los medios para la recolección de datos. El estudio de caso es una metodología que se centra en la particularidad de un evento o hecho. “Lo que caracteriza al estudio de caso es el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos, más que la verificación o

comprobación de hipótesis previamente establecidas (...) puede dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia del lector o confirmar lo que se sabe” (Rodríguez, Gil y García, 2002, p. 14).

El presente proyecto de investigación es de tipo cualitativo, diacrónico, con alcance descriptivo y se realizó a partir de un estudio de caso. De manera general el estudio de caso implica “la examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso” (Luck, Jackson y Usher, 2006, citados en Scandar, 2014, p. 72). El “caso” en la psicoterapia se centra en la particularidad del proceso para la comprensión de la subjetividad desde el marco teórico que sustenta la intervención. El estudio de caso dentro de la psicoterapia es una herramienta indispensable porque permite el análisis a profundidad sobre un fenómeno en particular dentro de su contexto (Scandar, 2014). Además, “los estudios de casos fueron los pioneros en cuanto a divulgación de resultados investigativos en Psicoterapia” (Herrera y García, 2003, p. 114).

En cuanto al alcance del trabajo de investigación, es descriptivo porque pretende precisar características y condiciones particulares que se presentaron en el proceso terapéutico. Esto a partir del análisis del desarrollo de las sesiones y los cambios que manifestó la menor a lo largo de la intervención. Los estudios descriptivos se caracterizan por la búsqueda de “especificar las propiedades importantes de personas, grupos, - comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Dankhe, 1986, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 1997, p. 71). Por último, considerando los factores y características temporales, Thomas (2011) plantea tres tipos de estudio: retrospectivos, transversales y diacrónicos. El presente trabajo de investigación se considera diacrónico, porque este tipo de estudios “intentan dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo y son equiparables a los estudios longitudinales” (Scandar, 2014, p. 73). La investigación consiste en retomar datos e información del seguimiento al proceso terapéutico, observando los cambios que se produjeron en la menor como resultado del proceso y señalando momentos específicos que ejemplifican el progreso de la psicoterapia.

Para concluir, la unidad de análisis está conformada por las sesiones de psicoterapia. Se realizaron sesiones presenciales y virtuales, únicamente se considerarán las 15 sesiones presenciales. Utilizando como instrumentos de recolección de datos los formatos que conforman el expediente clínico. Se cuenta con la hoja de contacto (véase anexo 1), la hoja de seguimiento (véase anexo 2), los registros de sesión (véase anexo 4) y el reporte psicodiagnóstico (véase anexo 5). También se hace uso de las transcripciones de la audio grabación de las sesiones, bajo el consentimiento y autorización de la madre, a través del documento que establece la institución (véase anexo 10). Es importante mencionar que el uso de viñetas o ejemplificaciones clínicas requieren de cuidado para mantener la privacidad sobre los datos que pudieran identificar a la paciente del caso, como lo señalan los Códigos de Ética (Leibovich, 2006). Es decir, se omitirán y/o alterarán los datos que puedan facilitar la identificación de la menor a la que se hace referencia.

2.3. Tipo de análisis

El tipo de análisis en investigación se puede abordar desde tres sentidos diferentes: desde un marco teórico referencial, desde un modelo de intervención y desde los sujetos que participaron en la intervención. Este último tipo de análisis se caracteriza por centrarse en los efectos o cambios que se han presentado en las personas involucradas en la intervención, que en este caso será desde la relación terapeuta-paciente. Desde el psicoanálisis relacional, dicha relación es una díada donde lo terapéutico “es la propia experiencia relacional con el terapeuta (...) que el psicoterapeuta sea capaz, junto con su paciente, de crear un vínculo y una confianza donde el verdadero *self* pueda emerger y al que se le pueda legitimar tal como es” (Sáinz, 2017, p. 44).

La interacción entre terapeuta-paciente opera en una constante manifestación de contenidos por parte del paciente mientras que el profesional hace uso continuo de intervenciones o interpretaciones y apoyo, de acuerdo con las necesidades particulares del paciente y el enfoque teórico que utilice el profesional. En la investigación se pretende profundizar en la interacción y relación terapéutica en el proceso de psicoterapia con Elisa, teniendo como objetivo describir y analizar en función del *holding*, de modo que sea posible la comprensión de las representaciones relacionadas con este término teórico.

A partir de los datos obtenidos a lo largo de las sesiones de psicoterapia, se elaboraron argumentos de corte psicoanalítico que indican la efectividad de la relación terapéutica y los cambios producidos a lo largo del proceso que se manifiestan en expresiones verbales, dibujos y el juego. Considerando el objetivo de la psicoterapia como intervención que “consiste en ayudar al paciente a ponerse en contacto con sus necesidades emocionales y afectivas básicas, algo que será posible mediante la experiencia vincular entre paciente y terapeuta” (Sáinz, 2017, p. 51), además de los objetivos que se han establecido para el tratamiento. Es importante mencionar que en este tipo de análisis, la observación y recolección de datos inició con el propio tratamiento. Además, el análisis de la relación implica diversos factores subjetivos que corresponden tanto al terapeuta como al paciente y lo que se genera en el encuentro terapéutico.

Asimismo, se analizó el caso desde un diálogo intradisciplinar e interdisciplinar. La revisión desde lo intradisciplinar permite la comprensión del caso desde otras teorías y autores pertenecientes también a la Psicología y Psicoterapia cuyo abordaje de la situación es distinto y es precisamente esta diferencia la que enriquece el estudio integral de la persona. El principal enfoque para el diálogo intradisciplinar es la Psicoterapia Humanista. Por otro lado, el análisis desde lo interdisciplinar favorece el reconocimiento de las limitaciones de la Psicoterapia al retomar teorías de otras disciplinas cuya aportación da como resultado consideraciones y reflexiones importantes. Para el diálogo interdisciplinar se retomó la teoría del Yo Espejo de Charles Horton Cooley desde la Sociología y el Yo Relacional desde el Construccinismo Social de Kenneth Gergen, así como el estrabismo como afectación oftalmológica.

3. Marco referencial

3.1. Antecedentes

La psicoterapia en los últimos años ha tomado mayor relevancia en la atención a la salud mental, lo que ha generado un aumento en el interés por las investigaciones y estudio de esta disciplina. Algunas investigaciones han tenido el objetivo de conocer los cambios que generan los procesos, así como el desarrollo y evolución de estos. Debido a la multiplicidad de enfoques terapéuticos, la investigación también se ha diversificado. Retomando el aumento del estudio en la psicoterapia, es importante señalar que hay autores que consideran que “la investigación en psicoterapia de niños y adolescentes ha estado siempre bastante retrasada con respecto al trabajo paralelo hecho con adultos” (García-Villanova, 2001, p. 41). A pesar de ello existe un gran número de profesionales que han centrado su trabajo en las infancias, lo que puede dar cuenta de la importancia de las intervenciones en las primeras etapas de la vida.

La revisión de los artículos permite comprender las perspectivas y avances actuales, así como posibles áreas de conocimiento a seguir profundizando. Para los antecedentes del presente proyecto se revisaron nueve artículos, elaborados entre 2014 y 2019. Se hallaron investigaciones donde se atendieron condiciones físicas en psicoterapia, otras donde se analiza qué es lo que sucede en el proceso de psicoterapia infantil, así como estudios de caso donde se evaluó el *holding* o el *setting*.

De los artículos consultados, ocho fueron elaborados en América y uno en el continente asiático. En cuanto a los documentos realizados en América, cuatro provienen de Brasil, dos de Ecuador, uno de Chile y otro de Argentina. El estudio restante fue realizado en Irán. En cuanto a la población participante, en la mayoría de las investigaciones fueron menores entre 4 y 12 años de edad. Únicamente en tres estudios participaron adultos y en uno de estos una persona mayor. Por último, seis de los documentos tuvieron marco referencial del enfoque Psicoanalítico, un estudio del Humanismo, uno del enfoque Cognitivo-Conductual y uno con una perspectiva integrativa.

Respecto al diseño metodológico de los estudios, dos fueron de tipo mixto y siete de diseño cualitativo, de los cuales seis son estudio de caso y uno es un estudio de diseño narrativo con distintos casos. En las investigaciones de tipo cualitativo, los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron principalmente el relato clínico o narrativa clínica, la entrevista estructurada, fichas de observación e historia clínica. En los estudios mixtos, además de los instrumentos ya mencionados, se utilizaron cuestionarios y escalas Likert. A continuación se presentan los principales hallazgos y resultados de las investigaciones que conforman los antecedentes del tema a abordar en el presente documento.

En Brasil, Medeiros y Aiello-Vaisberg (2014) realizaron un análisis sobre el holding y apoyo como gestos psicoterapéuticos. Sin embargo, este estudio de caso fue a partir de la intervención con una señora mayor. Las autoras señalaron que se vivieron transformaciones significativas en el vínculo terapéutico, apuntando a una experiencia mutua que prescindió de estrategias de acercamiento puramente intelectualizadas, basadas en sentimientos transferenciales y contratransferenciales. Afirmaron que el manejo de estos sentimientos se constituyó como soporte para una experiencia completa, favoreciendo la integración de aspectos fundamentales del yo de la paciente. Concluyeron que “sostener en la clínica implica invitar al paciente a vivir el tiempo de la experiencia, abriéndose sin prisas ni urgencia a una narrativa verbal y corporal anclada en la transferencia” (Medeiros y Aiello-Vaisberg, 2014, p. 59-60).

Respecto a lo significativo en la psicoterapia infantil, Verceze y Sei (2014) realizaron en Brasil una intervención psicoterapéutica infantil con un niño de 7 años durante un año, a partir del marco teórico de Winnicott. Las autoras concluyeron que más importante que la interpretación verbal de los contenidos aportados por el paciente en la sesión, fue la presencia y el manejo del terapeuta lo que ofreció las condiciones para la aparición de gestos creativos y espontáneos. Asimismo, hicieron énfasis en que el terapeuta debe tener apertura para jugar en la sesión, porque es una forma de comunicación y terapia en sí. También en Brasil, Höfig y Zanetti (2016) realizaron una investigación sobre el *setting* suficientemente bueno y el manejo clínico en la psicoterapia infantil a partir de un estudio de caso con una niña de 5 años que tenía problemas de alimentación. En el análisis del caso, las autoras percibieron que

la niña probó el entorno en las primeras sesiones, comprobando qué estaba permitido y qué no, intentando entender si podía confiar en el entorno. La niña también miraba al terapeuta, esperando autorización / rechazo antes de realizar alguna acción. Las autoras concluyeron que a lo largo de las sesiones la menor pudo vivenciar su verdadero Yo, experimentando su motilidad y expresando su agresividad. Esto fue posible porque se tuvo cuidado de proporcionar un entorno que se adaptara completamente a las necesidades de la niña, como una madre suficientemente buena, desde el *setting*. A partir de la presencia del terapeuta fue posible:

1. Que el entorno se mantuviera estable
2. Brindar apoyo emocional y seguridad
3. Permitir la regresión a la dependencia
4. Expresión de experiencias inconscientes
5. Apoyo de un verdadero Yo

Por su parte, Alamo (2019) realizó en Chile una investigación del proceso de psicoterapia infantil para conocer qué es lo que cambia, en términos de contenido, durante el proceso psicoterapéutico. La autora seleccionó 11 procesos terapéuticos. Uno de los procesos se abordó desde el enfoque psicoanalítico y la autora concluyó en ese proceso, que lo principal fueron los cambios intrapsíquicos, relacionados principalmente con la elaboración consciente de los conflictos, afectos y emociones. Estos cambios se manifestaron en la disminución de la ansiedad y síntomas ansiosos, que el menor pudiera contactarse con sus propias emociones y verbalizar sus experiencias, necesidades y deseos.

Otra investigación realizada en Ecuador por Urgilez (2015) tuvo como objetivo determinar las consecuencias de la Terapia de Juego en la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Infantil. La intervención de juego terapéutico fue cognitivo conductual a cinco niños de la población evaluada. La terapia de juego dio como resultado, cambios en el comportamiento de los signos de ansiedad de los menores y en la relación con sus padres, por lo que se infirió que la terapia de juego disminuye el nivel de ansiedad. La autora concluyó que la terapia de juego es un medio de escucha que brinda al niño un espacio donde puede expresar con facilidad sus miedos o temores, descubrir sus fortalezas y debilidades.

Algunas investigaciones se centraron en la relación entre alguna condición o discapacidad física y el desarrollo personal/emocional de la persona. Moein & Houshyar (2015) realizaron en Irán un estudio que tuvo como objetivo investigar el efecto de la logoterapia en la mejora de la autoestima y el ajuste en personas con discapacidad física. Los resultados revelaron que la logoterapia favoreció el ajuste en aspectos físicos, sociales, personales, familiares, ocupacionales y educativos. Se halló que estas mejoras pueden ayudar a las personas con discapacidad a adoptar un enfoque diferente hacia su discapacidad, disfrutar de sus vidas, intentar alcanzar sus metas y mejorar su adaptación. Y respecto a la autoestima se encontró que es una fuerza que reconforta respecto a la apariencia, la condición física y la capacidad, y además mejora la autoaceptación.

Dentro del desarrollo personal de la persona, dos investigaciones hicieron énfasis en la subjetividad de la persona frente a una condición física. Rodrigues y Herzberg (2018) en Brasil realizaron un trabajo de investigación sobre las contribuciones psicoanalíticas a la clínica de niños con discapacidad física congénita. Los autores afirmaron que si no se simboliza el problema orgánico, se corre el riesgo de crear una imagen fija e inamovible a la que se podría llamar imagen corporal. Los autores concluyeron que los procesos de identificación de la persona discapacitada trae consecuencias, principalmente considerando el lugar que la discapacidad adquiere en el vínculo social. Y consideraron fundamental abordar el tema del cuerpo y la imagen corporal, ya que la discapacidad física se inserta precisamente en este punto, por la imagen que le da al otro.

Por otro lado, Velásquez (2018) investigó en Ecuador sobre la subjetividad en niños con labio leporino y paladar hendido. El objetivo fue “determinar, desde el psicoanálisis, la incidencia de las funciones parentales en la vida anímica y constitutiva del inconsciente como parte del proceso subjetivación del sujeto en general y en aquellos con labio leporino y paladar hendido” (p. 6). Se realizó a partir del análisis de dos casos clínicos de adultos que nacieron con hendidura del labio y el paladar. La autora concluyó que los niños con labio fisurado y paladar hendido requieren de alguien que posea sensibilidad, paciencia y constancia para acompañar, sostener y fortalecer al bebé/infante en todo su proceso de

reparación y restauración física, con el objetivo de aportarle conscientemente el soporte físico y emocional que el infante necesita para acabar con lo inacabado de su cuerpo y de su psiquismo.

Por último, una investigación realizada en Argentina por Fagliano (2016) buscó a través de un estudio de caso la comprensión psicoanalítica para los niños deficientes mentales y las consecuentes ventajas para el desarrollo integral de su personalidad y una mejor calidad de vida. La intervención fue con una niña de 4 años, con un diagnóstico de autismo por daño orgánico. Si bien la deficiencia mental es distinta a una condición física, la investigación es una muestra de la intervención integral que requiere la persona para favorecer el desarrollo. Algo significativo en el proceso fue la presencia de la terapeuta, pues en el transcurso de las sesiones se percató que la niña la estaba registrando y que podía quedarse a solas con ella. La terapeuta concluyó que al final de la intervención se la veía a la niña mucho más vivaz y conectada, interesada en explorar el medio, la relación con su familia y con la misma terapeuta.

De manera general las investigaciones concluyeron que la figura del terapeuta en el desarrollo psicoterapéutico es fundamental en la evolución del proceso porque la persona puede manifestar sus temores, angustias y necesidades con mayor facilidad. Por otro lado, el juego como recurso en la psicoterapia infantil genera cambios, tanto en el comportamiento como en aspectos intrapsíquicos. Por último, la condición física en la infancia tiene un impacto en la estructuración psíquica de la persona, por la etapa de vida, el lugar social que ocupa y las propias limitaciones que la misma condición puede generar.

A partir de las investigaciones mencionadas y los hallazgos señalados se puede inferir que las afecciones y condiciones físicas se atienden en psicoterapia para favorecer el desarrollo emocional, subjetivo y psíquico de la persona. Sin embargo, hay condiciones físicas que se han revisado y estudiado en mayor medida, como el paladar hendido y el labio leporino o alguna discapacidad física. Es necesario profundizar en otro tipo de condiciones que por el órgano o parte corporal que afectan, tienen un impacto distinto y particular en la persona, como es el caso del estrabismo.

3.2. Marco conceptual

Se denomina psicoterapia al “método de tratamiento psicológico de los estados psíquicos que usa como medio terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente en la forma de una relación o una transferencia” (Roudinesco, 2018, p. 299). La psicoterapia es un tratamiento psicológico que se desarrolla entre un profesional y la persona que solicita la atención para hacer frente a su malestar emocional, fundamentándose en teoría, metodología y técnicas específicas. “Tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente” (Coderch, 1990, p. 53).

Roudinesco (2018) en su definición de psicoterapia señala la relación entre el terapeuta y el paciente como el medio a través del cual será posible el tratamiento psicológico. Cada enfoque terapéutico aborda dicha relación de manera particular, haciendo énfasis en su importancia e influencia en la cura. Desde el psicoanálisis, esta relación que se establece posee características específicas, entre las cuales está la transferencia. Greenson considera que la transferencia “es tener pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona actual que no convienen a esa persona sino son una repetición de reacciones formadas en relación con personas importantes de la primera infancia, desplazada inconscientemente a figuras actuales” (2004, p. 177). Es decir, la transferencia se hace presente en las relaciones interpersonales, por lo que en la relación terapéutica se colocan los afectos, sentimientos, pulsiones, fantasías y defensas en la figura del terapeuta.

Tal como se ha mencionado previamente, la psicoterapia se estructura en una metodología y técnica que corresponde a un enfoque teórico particular. Es necesario que estos elementos se adecúen a la problemática, situación y contexto de la persona. Esto implica situar a la persona en la etapa de vida en la que se encuentra para considerar el desarrollo biológico, psicológico, afectivo, social y cognoscitivo. A partir de esto también se pueden considerar parámetros de “salud” y “enfermedad” para determinar, primero, si la psicoterapia es la atención idónea y segundo, qué estrategias e intervención realizar. En este sentido, en

base a la edad o momento de vida se requiere adecuar los elementos de la psicoterapia que se han mencionado previamente, de modo que el tratamiento pueda ser realmente terapéutico.

La psicoterapia infantil precisamente requiere de una adecuación de la teoría, la técnica y la metodología, porque la persona a atender posee características muy distintas a las de un adulto. Incluso las problemáticas son diferentes y la manera de experimentarlas y vivirlas también. En opinión de McDermott (1984) la psicoterapia con niños y adolescentes viene definida por cualquier actividad, acontecimiento, método, técnica o circunstancia que mejora la capacidad del ser de crecer, madurar y desarrollarse, expandiendo la existencia potencial del sujeto. También en la psicoterapia infantil existen diversos enfoques, teorías y métodos, muchos de estos surgen de las teorías de la psicoterapia en adultos.

El adulto suele utilizar las palabras como principal medio para compartir sus vivencias, pensamientos y emociones. La verbalización es un proceso complejo que es resultado de procesos cognitivos, por lo que en la adultez ya se cuenta con la capacidad suficiente para poder realizarlo. Sin embargo, en la infancia estos procesos se encuentran en desarrollo. Debido a esto en la psicoterapia infantil el recurso principal es la actividad lúdica. El juego ha sido revisado como un medio de expresión y también como herramienta terapéutica. Dependiendo del enfoque teórico es el énfasis y abordaje que se le otorga al juego. Dentro del Psicoanálisis, Winnicott fue un autor que señaló la importancia del juego en la estructuración psíquica del infante. Para Winnicott (1993) el juego es un medio que le permite al infante expresar su mundo interno y la interacción que tiene con el mundo externo porque constituye el modo de comunicación en la infancia. Lo considera una actividad creadora que se muestra como un logro en el niño, además el juego “es por sí mismo una terapia” (Winnicott, 1993, p. 49). Para este autor el juego consiste en una experiencia entre el menor y el terapeuta, más allá del contenido, siendo el juego una actividad creadora que es terapéutico por sí mismo.

Winnicott centró su trabajo en el desarrollo de la psique en la infancia. Su interés se debió a que previo a ser psicoanalista obtuvo una formación profesional como pediatra, profesión que desempeñó gran parte de su vida. A partir de su práctica y observación clínica,

formuló su pensamiento que resultó innovador en ese momento. Él destacó la importancia que tiene el ambiente o entorno como “facilitador” de la maduración. Dentro del ambiente, la función materna es relevante e indispensable para que pueda haber una adecuada integración del Yo en el infante (León, 2016).

Winnicott (1993) señaló que la función materna consta de tres funciones básicas: *holding* (sostenimiento), *handling* (manipulación) y presentación del objeto. Dichas funciones permitirán la organización psíquica en el menor y darán como resultado el pasaje del estado de dependencia al estado de independencia. Para Winnicott el *holding* denota no sólo el sostén físico, sino también la provisión ambiental. Es decir, esta función hace referencia a un sostén que no se limita a la cuestión orgánica o biológica del niño, implica:

El manejo de experiencias intrínsecas de la experiencia instintiva, tales como el completamiento (y por lo tanto el no-completamiento) de los procesos, procesos éstos que desde fuera pueden parecer puramente fisiológicos, pero que son propios de la psicología del infante y se producen en un campo psicológico complejo, determinado por la conciencia y la empatía de la madre. (Winnicott, 1960, p. 56).

Winnicott desarrolló el concepto de manera amplia, por lo que en el apartado posterior se mencionará de manera más precisa y detallada.

En cuanto al ambiente facilitador, que ya se mencionó previamente, Winnicott lo define como el ambiente:

Que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se produce conforme a esas tendencias (...) un ambiente que lo sostiene suficientemente bien, el bebé puede desarrollarse de acuerdo con las tendencias heredadas. El resultado es una continuidad de existencia que se convierte en un sentido de existir, en un sentido del *self*, y a su debido tiempo conduce a la autonomía. (1967, p. 1 y 4).

El ambiente se integra por las personas y los vínculos primarios que el infante va estableciendo. Pero también implica el entorno social inmediato que rodea al menor. Se torna un ambiente facilitador en la medida en la que adultos y cuidadores tratan de adaptarse a las

necesidades del niño, para entonces poder atenderlas de manera efectiva y afectiva. Es indispensable que el ambiente sea capaz de identificar las necesidades del menor, sin reducirlas a aquellas orgánicas o físicas, porque hay algunas que resultan no ser visibles, como lo son las vivencias subjetivas.

Precisamente una condición física puede ser percibida desde lo tangible, pero la vivencia no se limita al aspecto físico de la persona. Quien vive con una condición física o alguna discapacidad, la incorpora a su persona y forma parte de su subjetividad. El ambiente facilitador deberá atender en la medida de lo posible las necesidades que surgen de dicha condición para brindar una crianza saludable y a partir de esto que el infante pueda lograr una adecuada integración de su Yo, así como la maduración emocional. La condición física presente en el caso de esta investigación es el estrabismo. La Academia Americana de Oftalmología (American Academy of Ophthalmology) define el estrabismo como “una afección ocular (...) que se produce cuando los ojos no están alineados correctamente y apuntan en distintas direcciones (desalineación)” (AAO, 2020, pp.1). Aunque se trata de una condición orgánica, las vivencias subjetivas de la menor pueden abordarse en el proceso de psicoterapia infantil, siendo este un espacio de *holding* o sostén emocional donde se puede incorporar el juego como recurso y herramienta terapéutica.

3.3. Marco teórico

Diversos autores han buscado explicar cómo se conforma y desarrolla la psique del ser humano a través de teorías con diferentes abordajes, haciendo hincapié en etapas particulares del desarrollo. A lo largo de los años, los hallazgos han brindado ciertas respuestas que dan cuenta de cómo las experiencias, los vínculos y el contexto configuran la existencia de la persona desde el inicio de su vida. Es importante señalar que cada enfoque y autor se ha centrado en un área particular del desarrollo desde una perspectiva epistemológica distinta.

3.3.1. Desarrollo del psiquismo infantil.

El Psicoanálisis surge a finales del siglo XIX como una teoría del desarrollo de la personalidad y de la psicopatología propuesta por Sigmund Freud, un neurólogo de origen austriaco. Fue la primer propuesta teórica no médica que buscó explicar y atender la

psicopatología, es decir, el malestar y sufrimiento humano. Actualmente la teoría continúa siendo una referencia importante, puesto que el resto de las teorías y técnicas que hoy abordan la salud mental han surgido como una extensión del Psicoanálisis o como una respuesta opuesta a dicho pensamiento. Freud no solo formuló una teoría, también un procedimiento para investigar y curar los fenómenos psíquicos.

La constitución de una estructura de personalidad fue la primer gran diferencia respecto a postulados previos sobre el funcionamiento de la mente humana. En sus primeros escritos Freud desarrolló la primera tópica del aparato psíquico. El consciente, preconsciente e inconsciente, siendo este último un elemento clave en el estudio de los procesos psíquicos. Freud entonces establece en su texto *Estudios sobre la histeria* que la psique está escindida, es decir, está estructuralmente dividida. “La actividad psíquica representadora se les descompone en consciente e inconsciente, y las representaciones, en susceptibles e insusceptibles de conciencia” (Freud, 2003, p. 235) y es en el inconsciente donde se encuentran las claves del malestar y la identidad de la persona.

En el desarrollo de la teoría psicoanalítica, Freud estableció que la infancia es un mundo lleno de emociones. Esta idea fue criticada debido a que se consideraba que el infante se caracterizaba por la dulzura e inocencia. Posteriormente la experiencia clínica de Freud lo llevó a considerar que el malestar o “trauma” que aqueja a la persona tiene un origen en las vivencias infantiles. Encontró ciertos patrones que le permitieron establecer algunos de los conflictos en la infancia. A partir de esto Freud elaboró la hipótesis genética de la personalidad, que se centraba en la teoría sobre el desarrollo de la sexualidad a través de etapas de acuerdo con la edad cronológica. La sexualidad está relacionada a la búsqueda de placer (pulsiones), entonces hay presencia de sexualidad en las etapas tempranas. “La búsqueda de placer en el niño es muy semejante a aquella en el adulto, sólo que en el menor se centra de forma parcial en las diversas partes del cuerpo” (Esquivel, et. al., 2016, p. 162). Estas formas son pulsiones parciales que pueden dejar ciertos restos que quedarán anclados en los síntomas de la vida adulta.

La sexualidad en la teoría psicoanalítica no se reduce a la genitalidad, el acto sexual o los órganos sexuales, por el contrario se trata de una psicosexualidad, un “conjunto de procesos psíquicos donde entran en conflicto diferentes deseos e intereses. La sexualidad para el psicoanálisis es la forma en que cada sujeto se sitúa respecto al deseo” (Fontana, 2001, p. 43). La teoría de la sexualidad implicó un cuestionamiento y reformulación sobre la persona y su sexualidad, afirmando que esta última estaba presente desde el nacimiento del sujeto. La sexualidad en la infancia hace que el sujeto se vaya estructurando.

Freud (Learning Corporation of America- Universidad McGill, s.f.) también elaboró una teoría de la personalidad desde una hipótesis estructural. Cada instancia dentro de la psique busca la satisfacción a sus demandas y son estas exigencias las que generan conflicto. Esta hipótesis estructural supone la existencia de tres instancias: Ello, Yo y Superyó. El Ello es instintivo, primitivo e infantil y se rige por el principio de placer, manifestándose a través de la agresión y la impulsividad. El Yo se encarga de la interacción social y el sentido de la realidad. Se encuentra al servicio de las exigencias del Ello y el Superyó, por lo que debe afrontar las exigencias de la realidad. Y por último, el Superyó representa las limitaciones morales y sociales, es estricto y surge como herencia de las restricciones de los padres y las normativas sociales. Durante la infancia estas tres instancias se encuentran en desarrollo, por lo que hay una constante “negociación” entre ellas para que el infante pueda resolver los conflictos intrapsíquicos que se van presentando y así poder adaptarse a la realidad (Freud, 1917).

En la persona adulta mentalmente sana estas tres instancias forman una organización unificada que le permite al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente, y así cubrir las necesidades y deseos básicos del ser humano. Por el contrario, cuando los tres sistemas se encuentran en desacuerdo, la persona se encuentra en un estado de insatisfacción e inadaptación. Freud consideraba que “el verdadero estado de salud deriva de la consideración de las relaciones entre yo, ello y super-yó” (Assoun, 2002, p. 100). Es decir, la satisfacción pulsional y la relación de fuerza intrapsíquica son las que permiten evaluar el estado de salud de la persona.

Para esta hipótesis dinámica, Freud señaló que la energía psíquica procede principalmente del Ello y al estar en estado móvil se puede descargar con prontitud y desplazar de un objeto a otro. Debido a que el Ello no está regulado por la razón o la lógica, requiere ser controlado y regulado por el Yo. Esta instancia utiliza como recursos ciertos mecanismos de defensa, cuya función es preservar al Yo del desequilibrio psíquico. Dichos mecanismos actúan para poder frenar, neutralizar, desviar o satisfacer de una manera sustitutiva la pulsión (Govea, 2019). El desarrollo de las funciones del Yo, le permitirá al infante insertarse en el mundo y comprenderlo para encontrar satisfacciones y también poder transformarlo. Estas capacidades son el resultado de un funcionamiento bien organizado del Yo, que es capaz de crear una vida de representaciones elaboradas y un mundo interior capaz de utilizar mecanismos de defensa refinados (Acuña, 2018).

Desde la perspectiva psicoanalítica el desarrollo emocional a lo largo de la vida está vinculado al desarrollo de las pulsiones. Aunque Freud no trabajó de manera directa con infantes, su desarrollo teórico brindó la pauta para la comprensión del niño como una persona integral, haciendo énfasis en su constitución psíquica y la importancia de la infancia para determinar la estructura de personalidad del sujeto. El psicoanálisis infantil actualmente permite la comprensión del desarrollo en esta etapa y su impacto en el psiquismo.

La pionera en el psicoanálisis infantil fue Hermine Hug-Hellmuth, quien buscó desarrollar una teoría y técnica que se adecuara a los infantes, partiendo de los postulados básicos de Freud. Esta autora buscó superar las dificultades que presentaba la técnica de la asociación libre en menores. Esto lo hizo a partir de la observación del juego de sus pacientes y jugando con ellos dentro de su propio ambiente (Aberastury, 2009). Posteriormente Anna Freud y Melanie Klein centraron su trabajo en el psicoanálisis infantil, sistematizando tanto la técnica como la teoría aunque desde enfoques un tanto opuestos.

Anna Freud retomó el trabajo realizado por su padre, Sigmund Freud, desarrollando la técnica del psicoanálisis infantil. También hizo énfasis en el yo, los mecanismos de defensa y el ambiente como determinantes importantes de la conducta (Compas y Gotlib, 2003). Su postura teórica tuvo como característica la atribución de la conducta al yo, y no al ello

exclusivamente como lo había afirmado su padre. A partir de esta conceptualización, Anna profundizó en los mecanismos de defensa y las funciones del yo. En cuanto a la infancia, Anna subrayó que “algunas de las defensas del niño no se organizan contra las pulsiones procedentes del ello, sino como formas más o menos adaptativas del yo ante las presiones de los padres o del entorno” (Vallejo Orellana, 2002, p. 70). Debido a esto estableció como objetivo del análisis infantil el fortalecimiento del inmaduro yo infantil, ayudar al establecimiento de un superyó armónico a través de acciones educativas o de apoyo por parte del terapeuta. Lo cual dará como resultado el desarrollo adecuado de la personalidad del infante.

Melanie Klein fue otra pionera del psicoanálisis infantil pues enfatizó la existencia de las relaciones objetales tempranas como fundantes del desarrollo psíquico y la personalidad. Una de sus principales hipótesis Klein es que “el psiquismo se origina en un vínculo intersubjetivo, en primer lugar la relación de objeto del bebé y su madre” (Bleichmar y Leiberman, 2014, p. 94). Por lo que su teoría se centró en estudiar las características emocionales de dicho vínculo, haciendo énfasis en la ansiedad y las fantasías que se presentan. Otra premisa importante dentro de la teoría Kleiniana es que la angustia está presente desde el comienzo de la vida, siendo esta la fuente que moviliza el desarrollo psíquico pero también es la causa de patología. Klein buscó estudiar el desarrollo psíquico durante los primeros años de vida debido a que lo consideró fundamental para el desarrollo psíquico en etapas posteriores.

Melanie Klein consideró que desde que el niño nace, comienza a establecer relaciones psicológicas con sus otros, principalmente con la madre. El niño posee un Yo muy precoz, por lo que señala que ya tiene determinadas características congénitas que influirán en sus relaciones con los demás. Posteriormente a través de los cuidados que recibe el menor inicia un doble proceso: a) de introyección de los objetos externos —de entrada, las figuras personales más importantes para él—, y b) de proyección sobre los mismos —proyección de sus impulsos y percepciones—, que iniciará la constitución de lo que ella llama los objetos internos (Talam, 2009). Los objetos internos son la representación mental que resulta de la interacción del infante con las figuras personales y los estímulos más representativos de su

entorno. Klein señaló que a lo largo de este proceso el infante atraviesa diferentes posiciones. Una posición es “un conjunto de relaciones objetales, ansiedades y defensas determinadas que, si todo va bien, se irán modificando con la edad” (Talarn, 2009, p. 76).

A diferencia de Klein y de A. Freud, Winnicott (2016) resaltó la importancia del ambiente en el que se cría el niño. Aunque al igual que las autoras mencionadas previamente, también señaló que los problemas emocionales tienen origen en etapas tempranas del desarrollo. Para este autor las fallas de provisión ambientales eran las causantes de los trastornos mentales y la psicopatología. Por lo que el ambiente tiene una gran influencia en la formación de la personalidad del infante y su estado futuro mental. Como parte del ambiente es relevante el papel que desempeña la madre, por lo que la constitución psíquica en el niño surge de la relación de la madre con su hijo. Winnicott (2016) también aportó conceptos como el espacio y el objeto transicional, el verdadero y falso *self*, y las funciones maternas. Su pensamiento es considerado como independiente y apuntala a los elementos del desarrollo saludable en la infancia y la influencia de los aspectos ambientales en el psiquismo temprano. En apartados posteriores se desarrollarán algunos de sus postulados teóricos.

3.3.2. Holding.

El *holding* o sostén es una de las funciones maternas que corresponden al cuidado parental. Para Winnicott el holding es “la capacidad de sostener emocionalmente al niño, en todos los momentos y en todos los estados por los que pueda atravesar su afectividad y su impulsividad” (Stutman, 2011, pp. 12). El sostén en el recién nacido hace referencia al sostén físico del infante, pero también a la provisión de afecto y seguridad por parte del ambiente. En etapas posteriores, el sostén establece una continuidad del ser, que constituye la base de la fuerza del yo.

3.3.2.1. Holding: Función materna.

Donald Woods Winnicott fue un pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés que desarrolló su trabajo acerca de la relación entre la madre y el infante. Al inicio de su carrera se desempeñó como pediatra. Debido a sus observaciones y experiencias clínicas, así como la necesidad por comprender el desarrollo psíquico de los menores, alrededor de 1930

comienza su formación como psicoanalista. Es importante situar históricamente al autor para comprender cómo surge su postura teórica.

Winnicott consideró el entorno como parte del desarrollo del menor, por eso hizo énfasis en la importancia de los progenitores en la vida del infante. Para el autor el bebé en la relación con un adulto cuidador establece un intercambio emocional y afectivo que opera dentro de la mutualidad psíquica (Sáinz, 2015). Winnicott también afirma que el/la menor puede vivir situaciones agradables o dolorosas que están fuera de su alcance. Esto se debe a que la infancia es una etapa donde la capacidad de incorporar los factores externos está en un proceso de formación. Debido a esto “el yo auxiliar del cuidado materno le permite vivir y desarrollarse a pesar de no ser aún capaz de controlar o de sentirse responsable por lo bueno y lo malo del ambiente” (Winnicott, 1993, p. 48).

Winnicott refiere en su trabajo que el ambiente debe proveer al niño las condiciones mínimas para que sea posible el desarrollo físico y emocional. Debido a que “los infantes llegan a ser de modo diferente, según las condiciones sean favorables o desfavorables” (Winnicott, 1993, p. 55). El autor plantea diversas tareas a realizar por parte de los progenitores para que exista una estabilidad ambiental, centrándose en la función materna. Para Winnicott el cuidado materno satisfactorio significa el cuidado parental. En sus primeras propuestas teóricas la madre desempeña la función más importante, por lo que estableció tres funciones específicas que debe cumplir: *holding*, *handling* y presentación del objeto.

Las funciones maternas antes mencionadas tienen como propósito promover que el menor pueda transitar de una dependencia absoluta a una independencia. Además desempeñan una labor fundamental en el psiquismo del menor. En este sentido Ariz (2016) afirma:

Son funciones estructurantes para el psiquismo y la subjetividad del propio niño, representan el ambiente facilitador (suficientemente bueno) y propician el estado de confianza y seguridad para los logros madurativos. Es así necesario ubicar tanto las funciones parentales como las necesidades de la infancia en un contexto relacional,

lo que posibilita la comprensión de la mutualidad y del vínculo, entendido éste como la vivencia interna de la relación parento-filial. (p. 229).

El sostén es fundamental en el desarrollo del infante, desde su nacimiento hasta los primeros años de vida, porque en ese lapso hay una progresión que va de la dependencia hasta la independencia. Debido a que esta función implica cierta empatía con el infante para poder preocuparse y dar respuesta a lo que siente, la presencia del *holding* en la primera infancia se podría considerar crucial. El sostén facilitará el proceso de independencia en vista de que el entorno para el infante será armonioso y seguro. El sostén está vinculado a la confianza básica que el menor pueda construir, para desarrollar a partir de esto, ciertas funciones sociales y su yo verdadero. “El *self* verdadero muestra un ser humano capaz de relacionarse con los demás de un modo más genuino” (Talarn, 2009, p. 121).

A partir de la contención que pueda recibir, el menor construirá una idea de su entorno desde el bienestar, el afecto y la compasión. Los encuentros entre el infante y los cuidadores establecen una relación de mutualidad, resultado de que puedan vivir y sentir juntos (Abello, 2011). Cuando la función materna no cumple con las necesidades, el entorno le parecerá amenazante y hostil, confirmando su fragilidad y pobre integración del yo. El rol de padres y cuidadores va implicando ciertas destrezas que permitan una aproximación suficientemente cercana pero también distante, para promover un estado de independencia. El pasaje a la independencia requiere que el infante haya logrado integrarse como una unidad, asumiéndose como un ser separado de sus cuidadores.

El *holding* debe transmitir al menor una atmósfera de seguridad que atenúe aquello que pudiera resultar doloroso en la realidad. El infante elabora cierta confianza hacia su entorno y las personas que le rodean. Esta confianza influirá en el desarrollo emocional y psíquico de la persona, así como en la manera que establece vínculos con otros, en etapas posteriores en su vida. Talarn (2009) afirma que:

Si el niño se siente bien sostenido –bien cuidado, bien amado–, logrará integrar los estímulos del exterior y una idea de sí mismo de modo armonioso. Si este sostenimiento falla, el niño experimentará una sensación de amenaza y falta de integración que impedirá su desarrollo normal. (p. 120).

Es decir, se brinda contención al niño para poder recibir sus angustias, temores e impulsos y entonces transformarlos para poder devolverlos de tal manera que el menor los pueda tolerar e incorporar a su propia experiencia.

Desde la postura de Winnicott, la familia es el entorno más propicio para continuar con la función materna y satisfacer las necesidades del individuo, de esta manera “el hogar y la familia proporcionan al individuo la oportunidad de alcanzar un desarrollo personal” (Winnicott, 1995, p. 120). Es importante señalar que la función materna puede desempeñarse desde otro lugar que no sea el de la madre. Incluso Winnicott entiende a la “madre” como un prototipo del ambiente, es decir, del contexto relacional del menor, independientemente de quién ejerza el rol de cuidador principal (Navarro, Arteaga y Pérez, 2017).

3.3.2.2. *Holding terapéutico.*

A pesar de las diferencias que distinguen a cada modelo psicoterapéutico, una premisa común es que durante la psicoterapia ocurre un encuentro de subjetividades, entre la persona consultante y el profesional de la salud mental. Y es en este encuentro donde surge un proceso que tiene como objetivo la búsqueda del bienestar de la persona. Cada enfoque nombra de manera distinta lo que sucede en la psicoterapia, pero se podría resumir en que “se produce un intercambio preciso y especificado de transacciones entre paciente y terapeuta que conducen a una reordenación en el modo en que el paciente percibe su realidad y orienta sus acciones” (Campo, 2004, p. 127). Para que esto sea posible, el/la psicoterapeuta necesita brindar herramientas y elementos que favorezcan el proceso de la persona consultante.

A partir de lo anterior y tomando como referencia el enfoque psicodinámico, se puede considerar que la labor a realizar por parte del terapeuta es recibir aquello que le sucede a la persona y que es motivo de su sufrimiento y malestar. Posteriormente transformar aquel discurso para poder devolverlo de tal manera que sea tolerable para la persona y así lo pueda incorporar a su propia experiencia. Considerando que la función materna *holding* consiste en “proveer apoyo y/o en el estado de dependencia absoluta, y que es anterior a que se afirme la integración del yo” (Aranda, Ochoa y Lezama, 2013, p. 1016), entonces el sostén también se proporciona en el proceso terapéutico.

Aunque la persona consultante no se encuentre en un estado de dependencia absoluta, puede ser que el yo no esté totalmente integrado debido a la situación que está viviendo. La contención del terapeuta se asemeja al sostén que proporcionan los cuidadores parentales porque entonces a la persona le es posible apropiarse del espacio físico al sentirse en un entorno seguro. De la misma manera, el menor puede desenvolverse con mayor facilidad cuando percibe un entorno protector capaz de ayudarlo a enfrentar sus angustias. “Lo que se hace en la terapia equivale, entre otros aspectos, a un intento de imitar el proceso natural del cuidado primario, entendido este como un “estar” y un “no estar ... estando” (De la Torre, 2012, p. 306).

Para Winnicott, el elemento fundamental en la psicoterapia es “la relación misma entre paciente y terapeuta, dos sujetos que, estableciendo un vínculo confiable, investigan juntos sobre las vivencias del paciente, incluidas las que derivan de la relación entre ambos” (Sáinz, 2017, p. 72). En este sentido, la interpretación no se constituye como lo primordial, sino la posibilidad del terapeuta para adecuarse a lo que requiere el paciente para poder abordar sus propias problemáticas y su subjetividad. Es a través de la relación con el terapeuta que la persona puede experimentarse desde la comprensión y el reconocimiento, lo que promoverá que sea él mismo. Mientras que “el terapeuta muestra lo que va aprendiendo del paciente, lo comparte con él, le aproxima aquellos contenidos que considera útiles para que él los encuentre o, mejor dicho, para que pueda descubrirlos por sí mismo” (Sáinz, 2017, p. 74).

Winnicott también hace énfasis en la función del analista o terapeuta al ofrecer al consultante la posibilidad del uso del objeto que requiere para el desarrollo de su Yo. Entonces el proceso terapéutico es una segunda oportunidad para “reparar” aquello se vivió como “inacabado o insuficiente”. Winnicott señalaba en este sentido que es importante que el terapeuta cuide no caer en el deseo de ser una “madre suficientemente buena” y entonces brindar toda especie de gratificaciones porque en algún momento será insostenible y generará un impacto en la transferencia y la contratransferencia (Winnicott, 1949, en Daurella, 2018).

El énfasis por parte del terapeuta está en “configurar una forma de relación hospitalaria y generadora de confianza, porque solo así el paciente tendrá una oportunidad para modificar sus respuestas defensivas y abandonar sus patrones de respuesta perturbados y patológicamente organizados” (Daurella, 2018, p. 13). La experiencia terapéutica requiere la función de sostén o *holding*, a través de la empatía y la aceptación que el terapeuta pueda brindar. Esto le permitirá “ser un «buen objeto (sujeto)» para el paciente, con defectos y con capacidad para fallar, en algunos casos parecido a los objetos (sujetos) del pasado, pero suficientemente distintos para ofrecer una interacción suficientemente diferente a la original” (Sáinz, 2017, p. 74).

Joyce Slochower es una autora que ha retomado el desarrollo teórico de Winnicott. Ella considera que el terapeuta al estar disponible para el paciente suspende su propia subjetividad, pero está ahí para cuando el o la paciente lo requieran. La finalidad de esta presencia es la de brindar a la persona un espacio de contención, un lugar seguro, que le permita decir algo de sí mismo y también para que logre ser (Toscano, 2015). Esto implica que frente al sostén emocional que brinda el terapeuta, hay una respuesta por parte del paciente y es esta misma respuesta la que confirma que la función del analista ha generado algo. Lo mismo sucede en la relación entre los cuidadores y el infante, puesto que los gestos y expresión emocional del menor da cuenta de la capacidad de contención de los adultos. Considerando esta retroalimentación que surge de ambas partes, se podría hablar de una mutualidad en la relación. “Los integrantes de una díada relacional se sostienen entre sí, aunque es necesario que el niño sea sostenido especialmente, y de una manera distinta, por el adulto, de igual manera que en psicoterapia hablamos de mutualidad y, a la vez, de asimetría en la relación paciente – terapeuta” (Aron, 1996, citado en Sáinz, 2017, p. 70).

El *holding* terapéutico se hace presente no únicamente por medio de lo que puede proveer el/la psicoterapeuta, también en la manera en la que está presente durante el proceso porque es justo la presencia la que confirma un ambiente de seguridad y confianza. Cuando la persona percibe al psicoterapeuta como alguien disponible y con posibilidad de sostenerle, le resultará más sencillo experimentar y enfrentarse a sus propias angustias y sufrimientos.

Entonces “el analista es un soporte, en el sentido de sostén, sostiene la palabra y el deseo del analizante” (Fontana, 2001, p. 92).

El psicoterapeuta se posiciona en un lugar similar al que ocupan los cuidadores frente al menor cuando está descubriendo el mundo y lo que le rodea porque en el proceso psicoterapéutico la persona se enfrenta a lo interno, que también resulta desconocido. En este sentido Winnicott consideraba que “el analista sostiene al paciente, lo cual suele tomar la forma de la comunicación con palabras, en el momento oportuno, de algo que demuestre que el analista conoce y comprende la angustia más profunda que el paciente experimenta o espera experimentar” (Winnicott, 1963, p. 315).

Hay autores que desde el enfoque psicoanalítico relacional atribuyen la característica de la función materna al terapeuta, refiriéndose a este como un terapeuta que puede ser suficientemente bueno o insuficientemente bueno. Al igual que los cuidadores, el sostén que brinde el terapeuta será suficiente o insuficiente por la empatía generada para adaptarse a las necesidades de la persona y no por la “cantidad” del sostén emocional. En este sentido, el exceso de sostén podría manifestarse como una intrusión a la persona, lo cual limitaría el proceso de maduración e independencia. El trabajo terapéutico desde este postulado requiere, como ya se ha mencionado, la presencia del terapeuta y que este pueda:

Realizar interpretaciones claras, pertinentes y mantener una mirada estructurante, comprensiva y constante, en el momento preciso y de la manera requerida por el paciente, cuidando y reflejando su propio *self*, en un ambiente de reciprocidad, facilitando su independencia, permitiendo que su verdadero yo se revele. (Reyes, 2018, p. 54).

Para Winnicott la presencia del terapeuta como “sujeto real” es clave para el desarrollo terapéutico, por lo que “no se trata de interpretar, sino de jugar el papel que el paciente necesita para abordar su problemática personal y su subjetividad que siempre es relacional e intersubjetiva” (Sáinz, 2015, p. 99). Esto se traduce en la adaptación del terapeuta para flexibilizar y adecuar su práctica clínica, de modo que sea una experiencia emocional nueva y distinta a las previas, pero que también responda a las demandas emergentes. La

subjetividad del terapeuta hará posible que se desplieguen las potencialidades de la persona, siendo esto lo terapéutico. Finalmente, el trabajo terapéutico para Winnicott “tiene que ver con la experiencia vinculativa y emocional que construyen paciente y terapeuta, el sostén permite que se dé la experiencia compartida donde es posible la transicionalidad” (Sáinz, 2015, p. 103) que dará como resultado la manifestación del *self* verdadero, la adaptación a la realidad externa y la vivencia de la propia subjetividad.

3.3.3. Psicoterapia Infantil Psicodinámica.

Roudinesco define la psicoterapia como un “método de tratamiento psicológico de los estados psíquicos que usa como medio terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente en la forma de una relación o una transferencia” (2018, p. 299). Esta definición facilita la comprensión de la psicoterapia como un proceso interpersonal donde se establece una interacción y relación entre las personas participantes del proceso. Aunque depende del enfoque teórico el énfasis que se brinde a la relación terapéutica y la manera de abordarla. La finalidad última de toda psicoterapia es promover la salud mental de individuos y grupos a partir de “comprender el entramado de factores sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales que hacen a la constitución de la subjetividad en las sociedades actuales” (Fiorini, 1993, p. 18).

Existe una diversidad amplia de psicoterapias que se fundamentan en diferentes enfoques teóricos y postulados de autores. Sin embargo, a pesar de que las psicoterapias coinciden en el objetivo de aliviar el malestar y los síntomas de la persona, “sólo el psicoanálisis intenta hacerlo resolviendo los conflictos neuróticos que están en el fondo de los síntomas” (Greenson, 2004, p. 44). La terapia psicodinámica es aquella que se fundamenta tanto en su estructura conceptual y teórica, como en su metodología operativa, en el cuerpo de doctrina psicoanalítica (Esteve, 1984, citado en Coderch, 1990). Por lo que la psicoterapia psicodinámica se centra en el conflicto intrapsíquico y su abordaje es a través de elementos y técnicas psicoanalíticas, tales como la transferencia, la interpretación, la resistencia y la asociación libre.

Aunque el Psicoanálisis inició como un tratamiento para adultos, a lo largo de los años el desarrollo teórico de la infancia se ha llevado a la práctica clínica con infantes. Esta adecuación a la psicoterapia infantil ha requerido de cambios y propuestas a la técnica de adultos, porque con los infantes es indispensable considerar el proceso de desarrollo. En este sentido, el desarrollo comprende aspectos orgánicos, cognitivos, psicológicos, sociales y del contexto/ambiente. Las características y propiedades que va adquiriendo el infante como parte de su persona es resultado de la interacción de estos factores. “La personalidad es el resultado de la interacción de influencias de maduración ambiental y experiencias personales en un proceso que se caracteriza por continuidad y discontinuidades” (Rangel, 2016, pp. 24-25).

La psicoterapia infantil y de adolescentes puede definirse como cualquier actividad, acontecimiento, método, técnica o circunstancia que mejora la capacidad del ser de crecer, madurar y desarrollarse, expandiendo la existencia potencial del sujeto (McDermott, 1984). A esta definición, Cuevas (2003) añade que esta mejora o resolución del problema es por medio de la relación que se establece con el terapeuta, con el objetivo de hacer posible un cambio interno que favorezca disminuir la angustia, “corregir un comportamiento indeseable o poco adaptativo, o mejorar el tipo de relaciones que establece con las personas que son importantes en su vida” (Cuevas, 2003, p. 124).

La psicoterapia infantil psicodinámica busca entonces atender los conflictos intrapsíquicos que surgen de la interacción de los factores ya mencionados, sin dejar de considerar la edad y momento de desarrollo del infante, haciendo uso de recursos y técnicas propias del enfoque psicoanalítico. Esto se logra mediante “la comprensión y la autoobservación, lo que permite a los niños desarrollar más sus potenciales, al liberar la energía psíquica que presumiblemente se utiliza para defensas en contra de peligros fantaseados, y emplearla así en forma más constructiva” (Cuevas, 2003, p. 124). El proceso psicoterapéutico favorece que el menor resuelva sus conflictos emocionales, de comportamiento o sus relaciones interpersonales a través de la relación que establece con el psicoterapeuta pues este promueve un cambio interno. A partir de los cambios es posible que haya una disminución de su angustia, corrección o modificación de un comportamiento poco

adaptativo, o mejora en el tipo de relaciones que establece el infante con las personas que son importantes en su vida (Cuevas, 2003). Dentro de la psicoterapia es importante incorporar una visión sobre la tendencia al desarrollo, crecimiento y maduración del infante para que el proceso no se centre únicamente en atender el conflicto y posibilitar la adquisición de recursos, capacidades y habilidades que le permitirán al menor afrontar conflictos posteriores.

Debido a que el desarrollo del infante no es un proceso lineal, Rangel (2016) menciona algunas consideraciones importantes que distinguen el tratamiento infantil del adulto. A continuación se mencionan brevemente:

1. El infante atraviesa múltiples procesos de desarrollo que resultan en transformaciones internas a las cuales el psicoterapeuta debe prestar particular atención. Son estos cambios una de las constantes en el proceso psicoterapéutico.
2. Cada etapa del desarrollo se caracteriza por conflictos evolutivos específicos. Por lo que es necesario considerar la edad en el sentido psicológico, psicosexual y psicosocial.
3. En los infantes el juego y la fantasía son la asociación libre y la interpretación de los sueños en los adultos.
4. La tolerancia frente a la ansiedad y la frustración es menor en los infantes, por lo que en la psicoterapia se buscará reducir ambas.
5. Debido al desarrollo del lenguaje verbal, la narrativa de los hechos y eventos se escenifican en el juego.
6. Los padres o cuidadores desempeñan una labor importante en el desarrollo de la psicoterapia, así como en el éxito o el fracaso terapéutico.
7. La neutralidad del terapeuta se adecuará al desarrollo de las estructuras Ello, Yo y Superyó.
8. La figura del terapeuta debe resultar valiosa para el infante, de modo que se despierte en el menor un interés por el proceso.
9. Debido a la maduración del Yo, es importante considerar el *insight* para que haya un proceso de internalización.

Como se ha mencionado previamente, en el proceso de psicoterapia infantil es necesario considerar el momento de vida del infante para utilizar estrategias y técnicas que le resulten cercanas, de modo que lo trabajado tenga sentido psicológico para él/ella, sin perder de vista sus necesidades. Durante la primera infancia el juego es una estrategia que facilita la relación con el niño, pues se trata de una actividad lúdica que el menor conoce y le resulta natural. También a través del juego se puede tener acceso a información porque es un espacio donde el niño puede expresarse con libertad. De acuerdo con algunos autores el juego tiene:

Propiedades terapéuticas que favorecen cambios cognitivos y conductuales, constituye no sólo un medio para aplicar otros procedimientos terapéuticos, sino que es terapéutico en sí mismo, y permite abordar diversos objetivos tales como la identificación de emociones; el reconocimiento de las relaciones entre pensamiento-emoción-conducta, el modelado, el control de impulsos, etc. (Bunge, Gomar y Mandil, 2009, citado en De Jongh, 2017, p. 54).

Otra factor importante a considerar es que en la psicoterapia infantil, la persona que solicita la atención psicoterapéutica llega con un malestar y la esperanza de encontrar en el proceso la manera de “eliminar” dicho malestar, pero no sobre su persona, sino en aquello que percibe como malestar en el/la infante. Eso no significa que la problemática no sea real o no exista, por el contrario, que es necesario atender a las necesidades del infante y de quien ha solicitado la psicoterapia. Dio Bleichmar (2005) hace énfasis en el papel que desempeñan los padres o los cuidadores en el proceso debido a que están presentes en la mente y en la relación que tienen el infante con el psicoterapeuta. Aunado a esto los adultos significativos son el origen y fuente del mundo interno, pero también son quienes tiene la posibilidad de mantener el tratamiento desde la colaboración o la perturbación.

Finalmente, hay autores que coinciden en que otra diferencia entre la psicoterapia con adultos y niños es que la solución del conflicto en los menores consiste en mayor medida a un factor emocional, más que racional (Tanco, 1962, citado en Estrada, 2017). Por lo que es necesario que el trabajo terapéutico posea una diversidad de intervenciones verbales y no verbales que le faciliten al infante manifestar y trabajar con sus propios afectos, con el apoyo

y la figura del terapeuta, que también es participe en dichas intervenciones. Janin (2012) precisamente en su trabajo desarrolla la diversidad de intervenciones por parte del terapeuta, clasificándolas de la siguiente manera:

- Intervenciones no verbales.- acciones, actividades lúdicas, participación en el juego y su interpretación, dibujo y modelado.
- Intervenciones verbales.- señalamientos, verbalizaciones, interpretaciones y construcciones.
- La contención o “sostén”.- posibilita el despliegue pulsional sin desorganización.
- Intervenciones que favorecen la ligazón con los afectos.- nombrar afectos y devolver al infante una imagen de sí que le permita conectar con lo que le sucede.
- Armado de una trama.- construcción de una historia.

Aunque las intervenciones se clasifican, esto no significa que sean excluyentes entre sí. Es decir, en la psicoterapia surge la necesidad de integrarlas, de modo que se adecúen a las necesidades del infante y el momento del proceso. El material también es una determinante importante, sin embargo el terapeuta deberá hacer uso de los recursos posibles, que incluyen su persona y presencia. Toda intervención deberá partir de la acción de “descifrar palabras, acciones, juegos, dibujos, pero también silencios y gestos” (Janin, 2012, p. 53) para conocer y comprender la estructura psíquica que determina tal producción.

3.3.3.1. *Juego.*

El infante comienza a nombrar el mundo desde que emite sus primeras palabras, pero la posibilidad de nombrar el mundo interno requiere de mayor tiempo. Es por esta razón que el juego es el lenguaje del niño, además de ser una función fundamental para su propio desarrollo. La actividad lúdica tiene diversas funciones porque posibilita habilidades y capacidades biológicas, cognitivas, psíquicas y sociales. Aunque el juego cumple una diversidad de funciones y también es manifestación del desarrollo del infante, el propósito del juego desde el punto de vista del niño es el simple disfrute. No participa de manera consciente para descubrir cómo funcionan las cosas, ensayar roles de adultos o ejercer su imaginación, sino porque es divertido e intrínsecamente satisfactorio.

El juego ha sido definido por diversos autores y desde diferentes enfoques, que incluyen el análisis de las funciones psicológicas, cognitivas, sociales y biológicas. Vygotsky (2000) consideraba el juego como una actividad social donde el infante desarrolla ciertas habilidades como la cooperación, adquisición de roles, asignación y seguimiento de normas y reglas. También afirma que el juego inicia con una situación imaginaria que se encuentra cerca de la situación real. Es esta creación de la situación imaginaria, desde la mirada del desarrollo, un medio para que el infante pueda desarrollar el pensamiento abstracto. Por lo tanto, el juego desempeña funciones sociales y también cognitivas. “El juego no es el rasgo predominante en la infancia, sino un factor básico de desarrollo” (Vygotsky, 2000, p. 154).

Retomando el juego desde las funciones cognitivas, Piaget también hizo énfasis en el juego desde esta perspectiva. Para Piaget (citado en Govea, 2019) el juego se relaciona directamente con las etapas del desarrollo cognitivo infantil, al ser parte importante del proceso de maduración intelectual. Cada etapa posee características particulares respecto al desarrollo y adquisición de habilidades, que van desde las más sencillas a las más complejas. Por lo tanto, Piaget estableció que a cada etapa le corresponde un tipo de juego. La clasificación del juego consiste en el juego sensoriomotor, hasta el segundo año de vida, el juego representativo o simbólico, que va los dos hasta aproximadamente los seis años de edad y el juego reglado o formal, a partir de la etapa escolar.

El juego también implica el desarrollo de habilidades físicas, debido a que se requiere de gasto de energía, destrezas y movimientos corporales. Erikson define el juego a partir de los aspectos cognitivos y sociales que ya se han mencionado, pero incorpora la destreza física. Para Erikson (1950, citado en Schaefer y O’Connor, 1988, p. 2) “el juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo”.

En cuanto a los aspectos psicológicos, hay una diversidad de autores que señalan las funciones que desempeña el juego, así como logros e impactos positivos resultantes de este. Desde el Psicoanálisis, la concepción del juego varía de un autor a otro, pues cada uno hace énfasis en alguna dimensión particular del juego. Freud (citado en Govea, 2019) consideró el juego como una manifestación de los impulsos eróticos y agresivos que requieren ser

comunicados y expresados para posibilitar su interpretación en el contenido simbólico. En el siguiente apartado se detallará las diferentes concepciones del juego por parte de autores de la psicoterapia infantil.

Sin importar las variantes de la conceptualización del juego, se trata de una acción que involucra toda la persona y posibilita el contacto con la realidad y lo que le rodea. Es una actividad de movimiento, descubrimiento, aprendizaje y de mucho disfrute. El infante, aún sin saberlo, en el juego encuentra respuestas, nombra el mundo experimenta sensaciones y también logra encuentros sociales. El juego es entonces una actividad necesaria e indispensable, porque:

Gracias al juego los menores integran su mundo afectivo, social y cognitivo, al tiempo que perfeccionan sus habilidades. Por medio de esta capacidad para jugar, éstos descubren y comprenden diversas situaciones de su mundo, aprenden roles, ensayan soluciones y manipulan los objetos dándoles características propias que corresponden a sus deseos. (Esquivel, 2010, p. 61).

Se ha mencionado diversas definiciones del juego, así como las funciones que desempeña en el desarrollo integral en la infancia. Desde lo social, hasta lo psicológico, el juego es una actividad indispensable en la vida del infante, además de lo señalado, porque el juego del niño es por sí mismo una expresión de la madurez y el esfuerzo por el desarrollo. Por lo tanto, se puede concluir que:

El niño dedica gran parte de su vigilia a jugar. Desde el punto de vista físico, descarga energías excedentes, perfecciona sus coordinaciones neuromusculares y contribuye a su desarrollo muscular y al ejercicio de su cuerpo. Desde el punto de vista psicológico, contribuyen a la salud mental del individuo: cumplen un fin terapéutico al proporcionar canales para la descarga de tensiones emocionales. Desde el punto de vista social, dan oportunidades para la satisfacción del deseo de contacto social, facilitando cierto adiestramiento moral, ya que el niño aprende a estimar lo que el grupo considera correcto o incorrecto. (Castellanos, 1973, p. 30).

3.3.3.2. *Terapia de juego.*

Como se mencionó previamente, el juego es el lenguaje del niño a través del cual expresa sus afectos, necesidades e incluso sus conflictos. La psicoterapia infantil, a partir de adecuar las técnicas de la psicoterapia con adultos, hace uso del juego como herramienta para el diagnóstico, tratamiento y proceso psicoterapéutico, e incluso para el establecimiento de la relación y la alianza terapéutica. Sin embargo, así como en la psicoterapia con adultos existe una diversidad de enfoques, modelos y autores, también la terapia de juego se ha desarrollado desde diferentes postulados. Desde cada enfoque se busca atender a las demandas del infante y de los padres o cuidadores, para promover un estado de bienestar a través de la terapia de juego. La psicoterapia infantil con juego se convierte entonces para el niño, en toda una experiencia de alivio, liberadora de conflictos, que brinda la oportunidad de realizar prácticas para la vida diaria en un espacio seguro (Schaefer, 2005). Además,

La Terapia de Juego le proporciona al niño la oportunidad de explorar y expresar sus experiencias, sentimientos y pensamientos. Así como a intentar comprender la propia conducta y la de los demás. Los conflictos internos y contenidos que se reflejan en el juego, frecuentemente se relacionan con la dependencia, pérdidas, control, miedo, ansiedad, inversión de papeles y autoconcepto. (Esquivel, 2010, p. 66).

Desde el enfoque psicoanalítico, la psicoterapia infantil ha sido desarrollada por diversos autores que han elaborado y construido teorías sobre el psiquismo infantil. A partir de la teoría, adecuaron la técnica y esto generó la integración del juego como medio y herramienta. De la misma forma, el juego se ha conceptualizado desde cada autor y autora.

Anna Freud usó el juego en su práctica clínica como una herramientas para establecer la alianza terapéutica con el infante (citada en Schaefer y O'Connor, 1988). Usó el juego, por ser el medio natural del infante, para interesar al niño tanto en la terapia como en ella como terapeuta. El juego tuvo como objetivo construir una relación fuerte y positiva entre el infante y el terapeuta. Mientras que Melanie Klein (citada en Schaefer y O'Connor, 1988) hizo uso del juego como un sustituto de las verbalizaciones en el adulto. El juego entonces era el medio de expresión del menor, por lo que las interpretaciones tenían lugar desde el comienzo del proceso.

Tanto Anna Freud como Melanie Klein (citadas en Compas y Gotlib, 2003) usaron el juego como técnica para entender la naturaleza de las dificultades experimentadas por los niños y para ayudarles en el tratamiento. Mientras Anna consideraba que para los niños el juego era un medio esencial que fortalecía su relación con el terapeuta, Klein se centró particularmente en el significado simbólico del juego.

Para Winnicott (1993) el juego es una experiencia creadora, es una forma básica de vida. El juego también es en sí mismo terapéutico. El autor afirma que el infante posee la posibilidad innata de evolución y al ser sostenido por una identificación creativa, como lo son los padres, tendrá garantía de su desarrollo evolutivo. En caso de que el sostén no se presente, el psicoterapeuta podría reemplazar esta figura materna que favorecerá el crecimiento y la posibilidad de crear libremente a través del juego y de la imaginación.

A través del juego el niño se ocupa en forma creativa de la realidad externa. A la postre esto produce un vivir creador y lleva a la capacidad de sentirse real, y de sentir que la vida puede ser usada y enriquecida. Sin el juego, el niño es incapaz de ver creativamente el mundo, y en consecuencia se ve arrojado de vuelta al sometimiento y a un sentimiento de futilidad, o bien a la explotación de las satisfacciones instintivas directas. El juego cumple una función vital, especialmente para el manejo de la agresión y la destructividad, cuando el niño tiene la capacidad de disfrutar la manipulación de símbolos. (Winnicott, 2013, p. 81).

Winnicott considera que el juego es una herramienta esencial para el tratamiento infantil porque le permite al menor expresarse simbólicamente. Esto lo hace a través de los juguetes y objetos, al proyectar los personajes, conflictos y angustias de su mundo interno. Mediante el juego es posible desarrollar una psicoterapia profunda y Winnicott destaca que lo importante es el momento en que el niño se sorprende a sí mismo y no la interpretación del juego que hace el terapeuta (Estrada, 2017). Por esta razón se pone énfasis en que se establezca una buena relación terapéutica y el juego sea una herramienta que le permita al niño exteriorizar y definir su “problema”.

Cuando el niño coloca en el juego parte de su mundo interno, el juego no se encuentra completamente en la realidad, pero tampoco se ubica en la fantasía. Por lo tanto, el juego se ubica en lo que Winnicott denominó espacio transicional y que favorece la diferenciación yo - no yo. El espacio transicional se define “como zona intermedia de la experiencia que no pertenece a la realidad interna, ni a la realidad externa. Es un espacio libre de exigencias e intrusiones, cuya existencia no es discutida” (Bardi, Jaleh y Luzzi, 2011, p. 59). El juego se vuelve entonces un espacio donde el infante puede entrar en contacto con sus experiencias internas y el exterior. “El juego es el reflejo de la capacidad del niño para ocupar un espacio entre la realidad psíquica y la externa del niño” (Schaefer, 2005).

Winnicott (1993) también consideraba que en el espacio transicional surge una zona de superposición entre el juego del menor y el del terapeuta, y que es precisamente ahí donde emerge la posibilidad de introducir enriquecimientos. El psicoterapeuta “se ocupa en especial de los procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos evidentes para el desarrollo” (Winnicott, 1993, p. 49). Por lo tanto el terapeuta debe proporcionar su persona, disposición, espacio y medios para que el proceso terapéutico se vuelva un espacio potencial donde el juego podrá desarrollarse.

Si el juego es el medio de comunicación entre el niño y el terapeuta, entonces el juego brindará elementos para valorar la situación clínica que se presenta. Aunque “si el niño no quiere jugar no es conveniente presionarlo para que lo haga” (Govea, 2019, p. 41). Habría que distinguir entre el no querer jugar y la imposibilidad de jugar, pero de igual manera esta situación requiere que el psicoterapeuta oriente al infante para que pase de un estado en el que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo. En este sentido, Winnicott afirmaba que:

Cuando aquel carece de capacidad para jugar, la interpretación es inútil o provoca confusión. Cuando hay juego mutuo, la interpretación, realizada según principios psicoanalíticos aceptados, puede llevar adelante la labor terapéutica. Ese juego tiene que ser espontáneo, no de acatamiento o aquiescencia, si se desea avanzar en la psicoterapia (Winnicott, 1993, p. 49).

A pesar de la diversidad de postulados sobre el juego, en el enfoque psicodinámico, de manera general, el juego permite “observar la función simbólica del contenido manifiesto y el latente que se da en la transferencia y la contratransferencia” (Esquivel, 2010, p. 67). El juego en la terapia psicodinámica se utiliza como medio para la proyección a través de materiales, principalmente no estructurados, porque favorecen la libertad de expresión del infante. De igual importancia, también se hace uso de los dibujos realizados por el menor. Los dibujos proporcionan material para poder interpretar el contenido simbólico. “El niño, al expresar el conflicto, tendrá la posibilidad de relacionar el simbolismo expresado en sus juegos y dibujos con las situaciones que vive y de este modo podrá poner en palabras sus dificultades y las emociones asociadas a éstas de manera que las pueda elaborar” (Esquivel, 2010, p. 67).

El dibujo por lo tanto es una medio para que el infante represente su realidad, plasmándola de manera gráfica y dándole “forma”. El dibujo además está vinculado a las imágenes mentales que tiene el niño, de esta manera no se trata solo de una imitación de la realidad, también implica que exprese sus propios deseos y necesidades (Delval, 1996, citado en Cortés, 2007). El dibujo, al igual que el juego, es una actividad placentera y de disfrute para el menor, siendo a la vez lenguaje y medio de expresión del mundo interno y la percepción que tiene el niño de su realidad. A diferencia del juego, el dibujo se logra en una edad posterior porque involucra la integración de otros elementos como lo son el lápiz o colores y la hoja para representar gráficamente el contenido. Por esta razón el dibujo tiene componentes particulares, tales como:

El motor, ya que debe ser capaz de controlar sus movimientos y de desarrollar cierta motricidad fina para poder llevar a cabo la actividad gráfica, no obstante, más allá de la capacidad motriz del niño debe rescatarse el carácter simbólico que tiene el dibujo para él. Además involucra un componente cognitivo, toda vez, que es una expresión de la representación intelectual que el niño hace de la realidad. Por último incluye al campo de lo afectivo y emocional pues el niño representa en el dibujo todo aquello que le preocupa, interesa y desea. (Cortés, 2007, p. 66).

En conclusión, la terapia de juego es un tratamiento donde el juego tiene una función específica y definida. A través del juego el infante comparte y coloca sus contenidos, deseos, y conflictos de una manera que le es posible y tolerable, por lo que también da cuenta de su nivel de desarrollo y las habilidades con las que cuenta. En la terapia de juego se encuentran dos seres expertos, el terapeuta como conocedor para traducir lo simbólico del juego y el infante con su capacidad creadora puesta en el juego y la espontaneidad. Por lo tanto, la terapia de juego es un “compartir jugando, descubrir jugando y sanar jugando”.

3.3.3.3. *Desarrollo del infante en la terapia de juego.*

Ya se ha mencionado en apartados previos que el proceso psicoterapéutico infantil consiste en un encuentro entre dos personas, infante y psicoterapeuta, que interactúan y se comunican a través de medios particulares que son accesibles al menor, como lo es el juego. Por lo tanto, ambos se comunican jugando juntos. A través de esta interacción surge el espacio transicional, “en el que será fundamental el despliegue de la capacidad de jugar del niño como potencial creativo y la disponibilidad del terapeuta para ser usado por él: el terapeuta disponible, asimilando la función materna primaria” (Oyola, 2015, p. 19).

Lo que sucede en el juego es que el niño logra expresar su fantasía, deja al descubierto lo irreal, sucede una producción imaginaria a la que el terapeuta debe prestar particular atención, para comprender cómo es que se está articulando este proceso. Alba Flesler (1994, citada en Álvarez, 2016), considera que el menor hace un esfuerzo para representar la realidad a través del jugar, de poner en escena lo que no se puede decir por medio de la palabra, porque muchas veces el suceso le genera angustia al infante. Esta autora utiliza una metáfora para expresar cómo funciona el juego en la psicoterapia y como lo vive el infante y el terapeuta.

Es a través del juego donde el niño hace texto su realidad, pone de manifiesto su mundo real mediante un espacio imaginario donde el otro es el que cumple la función de incorporar la letra, por lo tanto se da un juego que proporciona un intercambio entre los involucrados, se juega con el otro. (Álvarez, 2016, p. 25).

Por esta razón el juego es una creación, porque es ahí donde el infante “crea” desde su mundo interno y desde sí mismo, para colocarlo en un espacio fuera de su persona. Por lo tanto el juego no es sólo creación, también es expresión desde la capacidad psíquica de simbolizar sus propios contenidos. Esto es posible al:

Sustituir las experiencias inhibidas a través del goce que experimenta el infante al jugar, manifiesta mediante una imagen fantaseada las experiencias de la vida real, en él se pierde todo tipo de rigidez y se procede mediante la expresión y creatividad en ese mundo imaginario creado por él mismo, pero que devela rasgos de su propia imagen real y de su historia de vida. (Álvarez, 2016, p. 25).

Cuando el niño juega en el espacio psicoterapéutico trae consigo todo tipo de contenido, sin embargo, solo podrá colocar en el juego lo significativo en la medida que el psicoterapeuta escuche y sostenga ese contenido, a través de su mirada, la presencia, el lenguaje e incluso su capacidad para jugar. De este modo se establece la transferencia, que posibilitará nuevas experiencias y lo creativo del mismo juego. Por lo que el psicoterapeuta debe tener claridad que lo terapéutico inicia desde su “presencia”, al establecer un proceso dinámico que se adecúe a las necesidades y demandas del infante. “Trabajar en y con el otro (...) el terapeuta lo va a hacer con su paciente, utilizando lo creativo, el movimiento, el encuentro y desencuentro, lo nuevo” (Álvarez, 2016, p. 25).

Cuando el infante juega se está representando su realidad psicológica, “está dejándose llevar por su necesidad y deseo de simbolizar su vida emocional” (Portalatin, 2020 p. 170). Al igual que en los primeros años de vida, la simbolización demanda de la presencia de otra persona para poder experimentar lo que requiere el proceso. “La mirada que sostiene y habilita al infante y la palabra que estructura y contextualiza” (Álvarez, 2016, p. 25) por parte de los cuidadores, es el ambiente que promueve dicho proceso. En la psicoterapia, el terapeuta es quien desempeña estas funciones que darán como resultado que en el juego el infante pueda poner todas sus expresiones creativas. Ya se ha mencionado que la simbolización es un proceso, por lo que el terapeuta debe respetar los tiempos del niño sesión a sesión, “donde se irá conformando un entramado de elementos muchas veces

contradictorios, inconstantes, cambiantes, pero que a su vez muchas veces se presentan como flexibles y manejables, permitiendo su modificación” (Álvarez, 2016, p. 26).

Considerando el proceso de simbolización, el juego simbólico es fundamental en la psicoterapia infantil porque consiste en la representación de un objeto en la ficción. A través del juego simbólico el niño suspende la realidad temporalmente, mientras asume distintos personajes dentro de la narrativa y revela el interjuego de su vida anímica: deseos, conflictos y defensas (Rangel, 2016). Es importante considerar que el juego simbólico desaparece aproximadamente entre los 11 y 12 años porque el infante “intenta someter la realidad más que asimilarla” (Rangel, 2016, p. 86). Esto significa que aquello que se desea no se construye en la ficción, sino que se busca en la realidad.

El juego en la psicoterapia es lenguaje que utiliza el infante, como lo es la palabra en el adulto. Por lo que el juego en el proceso de la psicoterapia va cambiando de sentido y significado a la vez que el proceso se desarrolla. Chethik (1989, citado en Rangel, 2016, p. 88) considera cuatro momentos:

1. Un periodo inicial de no involucramiento donde se prepara el escenario. El niño no mantiene un juego, juega solo o su juego es ininteligible o sin sentido. Alguna verbalización emerge en relación con sus síntomas y “preocupaciones” y conducta del niño.
2. Fase temprana del involucramiento afectivo. El terapeuta gradualmente se orienta el juego y empieza compartir metáforas significativas específicas que emergen en el mismo juego. Un interés creciente en el niño se hace evidente y los lazos con el terapeuta empiezan a cobrar cualidades de una fuerte investidura libidinal.
3. Surgimiento de fantasías centrales. El niño poco a poco elabora fantasías que tienen un importante significado, aunque el terapeuta se percate parcialmente de él. Conforme la trama de la historia en el juego evoluciona, los padres empiezan a reportar cambios (puede ser alivio de síntomas, mejoría conductual, aumento de ansiedad, exacerbación de síntomas o deterioro de la conducta).
4. Periodo de elaboración. Con frecuencia el terapeuta integra varios significados del material que se desenvuelve e interviene interpretativamente; esto ayuda a estabilizar los logros o a controlar el proceso.

Durante los momentos señalados es posible que surja el dibujo, como técnica expresiva donde el infante también colocará el conflicto. Sin embargo, es probable que el dibujo no esté presente desde el inicio del proceso. En este sentido es importante señalar que el dibujo puede ser un recurso de diagnóstico al aplicar pruebas proyectivas, donde hay indicadores de desarrollo y emocionales de acuerdo con la edad del menor. Pero el dibujo también es un lenguaje para el niño, aunque este llega después. Esto responde a cuestiones de desarrollo biológico, cognitivo y motriz, así como al psiquismo.

El juego del niño precede al lenguaje. En la situación de psicoterapia, precede también al dibujo cuyo nivel simbólico es posterior y supone la utilización de los objetos/cosas (lápiz, pincel) convertidos en instrumentos, con una finalidad de figuración definida. En la figuración gráfica, la parte inconsciente de la representación se adhiere al símbolo de forma directa, mientras que, en el juego, fluctúa más cerca de la fantasía, y pasa por el contacto táctil con la cosa representativa y por los movimientos significantes. (Anzieu, Anzieu-Premmereur y Daymas, 2001, p. 20).

Retomando los momentos del juego en la psicoterapia, en el periodo inicial se debe preparar el espacio terapéutico para que el infante en el transcurrir de las sesiones pueda comenzar a jugar desde lo simbólico. Esto no significa que haya ausencia de juego, sino que quizá el juego tenga poca estructura, poco contenido y poco sentido. Sin embargo, cuando el infante no puede jugar, el psicoterapeuta deberá hacer uso de toda su persona para identificar qué es lo que le impide al niño jugar. Además de estar atento y a la espera de que el mismo inicio de la psicoterapia comience a tener efectos terapéuticos. En este sentido, Janin expresa lo siguiente:

Hay niños que no juegan, ni dibujan, ni hablan. Es como encontrar algo de la insistencia de la muerte allí donde uno esperaría encontrar sólo vida. Pero esto mismo lleva a una fuerte tentación de irse. Si él no se conecta, si él no establece ningún vínculo con el analista piensa en otra cosa, mira por otro lado, deja pasar el tiempo. (...) Para estar, hay que proponérselo, intentar sostener el vínculo desde uno, acercarse... Es un trabajo de despertar a otro que permanece en una especie de estado

de somnolencia. (...) El despertar al otro es aquí una intervención estructurante en tanto tome en cuenta los tiempos y los ritmos del niño. (Janin, 2012, p. 53).

Que el infante pueda pasar de un estado en el que no hay posibilidad de juego, a uno donde no solo le es posible jugar, además ser capaz de colocar en el juego su mundo interno, inquietudes y malestares ya es una muestra de lo terapéutico. “Lo terapéutico del juego no se limita al alivio de los síntomas, tiene un efecto más profundo: la transformación de la relación con uno mismo, con los otros y con el mundo” (Lenormand, 2018, citado en Portalatin, 2020, p. 179). Schaefer, O’Connor, y Braverman (2016) consideran que hay mecanismos reales que generan el cambio en el infante. Para estos autores el juego inicia, facilita o refuerza los efectos terapéuticos, que se nombraron poderes terapéuticos (Tabla 1). A continuación se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1

Poderes Terapéuticos

Mecanismos	Poderes terapéuticos
Facilita la comunicación	Autoexpresión Acceso al inconsciente Enseñanza directa Enseñanza indirecta
Fomentan el bienestar emocional	Catarsis Abreacción Emociones positivas Contracondicionamiento de los miedos Inoculación del estrés Manejo del estrés
Mejoran la relaciones sociales	Relación terapéutica Apego Sentido del yo Empatía
Aumentan las fortalezas personales	Solución creativa de problemas Resiliencia Desarrollo moral Desarrollo psicológico acelerado Autorregulación Autoestima

Nota: Adaptado de “Manual del Terapia de Juego” por Ch. Schaefer, K. O’Connor & L. Braverman, 2016, Manual Moderno, p. 88.

Por último, respecto al desarrollo del infante en la terapia de juego, es relevante considerar que aunque el tratamiento tenga objetivos claros a alcanzar, los cambios se pueden ir presentando durante las sesiones, incluso no de manera lineal o cronológica. El infante en la psicoterapia ensaya, propone y encuentra soluciones para aquello que le resulta doloroso y eso es ya terapéutico. “En general, para la mayoría de los terapeutas psicoanalíticos una señal clara del avance o del logro de los objetivos del tratamiento es que el niño hable, pregunte, cuente su historia en las sesiones y converse en su ambiente cotidiano” (Cortés, 2007, p. 112). Es decir, los cambios y mejoras que puede generar la psicoterapia, se harán visibles en su entorno y lo cotidiano, y no necesariamente cuando la psicoterapia llegue a su fin.

3.3.3.4. *Transferencia en la psicoterapia infantil.*

A lo largo de su trabajo, Freud le atribuyó gran valor terapéutico a la interpretación, cuando comprobó en distintos casos que cuando la persona le comunicaba sus “descubrimientos o hallazgos”, lograba que aquellos contenidos que se habían mantenido reprimidos pasaran a ser conscientes. De esta manera la asociación libre y la interpretación facilitaron la conceptualización de la transferencia, debido a que la persona coloca aquellos afectos del objeto originario en el terapeuta, pero en un espacio de contención y soporte donde el terapeuta debe ser capaz de traducir y devolver. En este sentido el análisis personal es posible no porque el terapeuta lo “realiza”, sino porque su función consiste en sostener con su presencia transferencial, su escucha, atención flotante, y su palabra analítica. De modo que la persona sea quien elabore su propio análisis y el proceso que esto requiere (Assoun, 2002).

La transferencia es un concepto fundamental en la teoría y técnica psicoanalítica que ha ido cambiando a lo largo del tiempo y con las aportaciones de diferentes autores. La transferencia hoy en día se considera como “el verdadero eje de la situación analítica así como de la teoría de la cura psicoanalítica” (Perres, 1998, p. 126). La transferencia puede entenderse como el “desplazamiento de afectos –positivos y negativos – de los imagos infantiles a la persona del analista” (Assoun, 2002, p. 110). Siendo los imagos modelos que provienen del inconsciente de personajes que se elaboran a partir de las primeras relaciones objetales, principalmente los cuidadores primarios o padres.

En el proceso terapéutico surge una resistencia de transferencia debido a que en el “amor de transferencia” los contenidos reprimidos están a punto de ser actualizados y es cuando se cristaliza la pasión transferencial (Assoun, 2002). La resistencia surge para mantener la represión y de esta manera se detiene el proceso en el que el contenido es traducido al consciente. Por lo tanto la persona debe enfrentarse a sus propias resistencias a través de la transferencia. El vencimiento de las resistencias es clave y fundamental para el trabajo terapéutico. “Los efectos analíticos se producen, podríamos decir, en y por la transferencia, pero siendo condición sine qua non las interpretaciones del analista (para ser más precisos, sus intervenciones), quien acompaña y no dirige el proceso” (Perres, 1998, p. 189). En este sentido, el terapeuta no es quien realiza o conduce el proceso, simplemente lo sostiene. Es decir, la transferencia es una oportunidad para reorganizar el mundo emocional y las vivencias, por lo que el psicoterapeuta debe facilitar a la persona el desarrollo de una nueva experiencia relacional (Sáinz y Cabré, 2012).

Freud hizo la distinción entre la dualidad de la neurosis de transferencia y neurosis narcisista. Conceptualizó la neurosis de transferencia como al estado que se genera a partir de la cura analítica y se caracteriza por la capacidad de la persona para depositar su libido en objetos externos, en contraste con la psicosis o la neurosis narcisista. Y es precisamente el depósito de la libido lo que hace posible el proceso terapéutico, principalmente en la psicoterapia de adolescentes y adultos. Respecto a la psicoterapia infantil, existen múltiples posturas sobre la transferencia del terapeuta y el infante, por una diversidad de factores, como lo es la edad, la constitución psíquica, los vínculos parentales, entre otros.

Tal es el caso de Anna Freud (1951, citada en Aberastury, 2009), quien afirmaba que en el proceso analítico infantil no puede considerarse una neurosis de transferencia, aunque si se establece entre el infante y el terapeuta una relación donde se expresan muchas de las situaciones que vive el menor con sus padres o cuidadores. Anna Freud lo explicó de la siguiente manera:

El pequeño paciente no está dispuesto, como lo está el adulto, a reeditar sus vinculaciones amorosas porque, por así decirlo, aún no ha agotado la vieja edición. Sus primitivos

objetos amorosos, los padres, todavía existen en la realidad y no sólo en la fantasía, como en el neurótico adulto; el niño mantiene con ellos todas las relaciones de la vida cotidiana y experimenta todas las vivencias reales de la satisfacción y el desengaño. El analista representa un nuevo personaje en esta situación y con toda probabilidad compartirá con los padres el amor o el odio del niño. Pero éste no se siente compelido a colocarlo inmediatamente en lugar de los padres, pues en comparación con estos objetos primitivos no le ofrece todas aquellas ventajas que encuentra el adulto cuando puede tocar sus objetos fantásticos por una persona real. (1951, citada en Aberastury, 2009, p. 52).

Es decir, debido a la edad, etapa de vida y necesidades, el infante experimenta los afectos hacia los objetos primarios en la realidad y cotidianeidad. Además la estructura psíquica aún está en formación, por lo que está atravesando la neurosis infantil. Esto dificulta que dicha neurosis se pueda manifestar en el proceso terapéutico y por lo tanto, en la relación terapéutica. En cuanto a la transferencia, la relación con los objetos primarios y afectos tampoco es posible que se transfieran a la figura que representa el terapeuta. En el caso del adulto el superyó ha alcanzado su independencia y es menor la probabilidad la influencia del exterior y la realidad. Sin embargo, el infante aún busca satisfacer y agradar a los adultos que son un referente, como es el caso de sus padres y educadores o docentes. Lo que lleva al niño a buscar “ajustarse a las exigencias y siguiendo todas las fluctuaciones de la relación con la persona amada y todos los cambios de sus propias opiniones” (Aberastury, 2009, p.54).

Se podría considerar que más allá de una posible interpretación de la transferencia en la psicoterapia infantil, es primordial su construcción. En un primer momento puede surgir la transferencia básica que se manifiesta en la alianza terapéutica y a lo largo del proceso dicha transferencia podrá modificarse de acuerdo con las necesidades del infante, siendo positiva o negativa. Es importante señalar que:

La transferencia básica se inicia en la situación analítica... Aún así el analista no puede contar con la participación activa consciente del niño en el proceso analítico, o en su habilidad de reflexión y auto-observación, la transferencia básica provee una fuerza direccional en el niño para presentar sus conflictos y síntomas y el niño se

vuelve al analista para pedir ayuda como a un padre. (Ritvo, 1978, citado en Rangel, 2016, p. 101).

3.3.3.5. *Psicoterapia infantil como ambiente facilitador.*

En apartados previos se ha señalado como a lo largo de su obra, Winnicott hace énfasis en la tendencia natural del ser humano al crecimiento y desarrollo que le permitirá construirse y vivirse como un individuo “sano”. Esta tendencia puede verse limitada o reducida cuando el entorno no provee condiciones que respondan a las necesidades de la persona, principalmente en los primeros años de vida. El bebé interactúa con su ambiente y en el encuentra la satisfacción de sus necesidades, cuidado, protección y soporte que permitirán la integración psíquica. “En el desarrollo, el psiquismo humano, sostenido por un ambiente facilitador, tiende a pasar de un estado de no integración a uno de integración” (Saínz, 2017, p. 98).

Al entorno que posibilita el desarrollo favorable de la persona Winnicott lo nombró ambiente facilitador. Para el autor “un ambiente suficientemente bueno es, podría decirse, el que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se produce conforme a esas tendencias” (Winnicott, 1967, p. 28). Winnicott a lo largo de su teoría enfatizó en los aspectos “hereditarios” del individuo que ya configuran las posibilidades de desarrollo y que están a la espera de un contexto que invite a su desenvolvimiento para favorecer la potencialidad de la persona. Debido a esto es que el ambiente facilitador desempeña una función relevante, principalmente en los primeros años de vida. “En todo individuo que inicia el proceso del desarrollo emocional encontramos, en un extremo, la herencia y, en el otro extremo, el ambiente que respalda o falla y traumatiza; en el medio está el individuo viviendo, defendiéndose y creciendo” (Winnicott, 1959, p. 178-179).

El ambiente facilitador permite el desarrollo al brindar la posibilidad al infante de experimentar las pulsiones del ello, así como las emergentes destrezas del yo. Un entorno “suficientemente bueno” será flexible para considerar el desarrollo individual y también ampliarse o limitarse de acuerdo con esto (Saínz, 2017). Por lo tanto, el ambiente facilitador

es un detonante en el proceso de maduración. En los primeros años de vida, las funciones maternas (*holding*, *handling* y presentación de objeto) acompañan la integración del yo y permiten que el infante pase de un estado de dependencia a uno de independencia. Cuando el entorno es percibido como un ambiente de confianza, el yo precario del niño experimentará el ambiente como un apoyo, por lo tanto serán más tolerables las pulsiones. El ambiente se convierte en un yo auxiliar que favorece la maduración del *self*. El ambiente también atiende las necesidades fisiológicas y al facilitar la integración del yo también promueve el estado de independencia.

Aunque la psicoterapia no atiende a las necesidades fisiológicas, desempeña una función de ambiente facilitador al promover la integración del yo, la maduración y posibilitar la independencia de la persona. La psicoterapia infantil y la terapia de juego serán entonces un espacio seguro y de contención para el menor, además de su entorno familiar y escolar que conforman el ambiente más directo. Si el infante percibe la psicoterapia como un espacio “suficiente bueno” será posible el desarrollo de las potencialidades del niño, así como el desarrollo del mismo proceso terapéutico. Sáinz (2017) al considerar el enfoque terapéutico de Winnicott, señala cómo es la secuencia de este proceso:

- La provisión ambiental que inspira confianza, permite la regresión a la dependencia, acompañada de sensación de riesgo.
- A partir de allí se realiza el descubrimiento del ser verdadero con la posibilidad de nuevas integraciones.
- Al producirse el descongelamiento del fracaso ambiental original, el yo más fuerte puede sentir y expresar la ira y el dolor.
- El yo se fortalece y se integra, las defensas se aflojan y se hacen más específicas, la vivencia de encierro en la enfermedad comienza a disolverse.
- Se inicia así la evolución hacia la independencia con la aparición de necesidades y deseos con posibilidad de expresarse y realizarse.

Al revisar la secuencia del proceso, se pueden resaltar dos aspectos importantes. El primero, se enfatiza la manera en la que se percibe la terapia como ambiente y segundo, el desarrollo de la persona en el proceso como respuesta al ambiente, que no se reduce a las

estrategias o intervenciones del terapeuta, pues involucra todo lo que su persona pueda brindar. Winnicott a lo largo de su propuesta teórica señala las funciones a desempeñar por parte del terapeuta, que favorecerán el proceso de cura.

Winnicott recalca que el terapeuta debiese posicionarse como contenedor, emocional y de confiabilidad; debido a que solo de esa forma se podrá reparar e iniciar un proceso psicoanalítico. Será fundamental que pueda proporcionar un entorno acogedor, otorgando sostén emocional y físico. El autor en cuanto a esto propone que no puede existir una contención emocional, sin estar acompañada de un cobijo físico. Por lo tanto, es primordial desde la teoría Winnicottiana en su manera de comprender la Terapéutica Psicoanalítica, que el profesional pueda proporcionar aquellas funciones maternas en el campo analítico, reparando las fallas ambientales de los cuidados parentales. (Martínez, 2017, p. 51).

A partir de esto, se podría concluir que en la psicoterapia se realiza cierto “maternaje” para que sea entonces un ambiente facilitador para la persona. En la psicoterapia el terapeuta brinda protección, apoyo, contención y soporte a través de su persona, que además se vuelve constante. “Winnicott establece que en la relación analista-paciente, se debe sostener en la confianza de un ambiente sostenedor, vital, semejante a los primeros cuidados maternos” (Bareiro, 2016, p. 30).

Ya se ha mencionado que el ambiente facilitador favorece los proceso de maduración del infante. Un signo de desarrollo y maduración es la capacidad del infante para jugar, al ser una actividad creadora por medio de la cual el menor puede colocar contenidos de su mundo interno en el exterior, simbolizar y buscar solución a sus conflictos. Por lo tanto el juego requiere también de un ambiente suficientemente bueno que favorezca el desarrollo del juego, al mismo tiempo que sostiene lo que ahí se coloca.

“Para que un niño juegue, para que la potencialidad heredada se desarrolle, son necesarias condiciones ambientales suficientemente buenas, en especial la confianza. Ésta se adquiere en la primera relación con la madre, en la relación con el ambiente que en el inicio configura la madre y luego se amplía, deja de reducirse sólo a ella y se extiende a otras personas.” (Bardi, et. al., p. 80).

Así como el juego se presenta frente a un ambiente de confianza, a través de los cuidadores o las figuras significativas. “El juego es un logro en el desarrollo emocional, y se inicia como símbolo de la confianza del niño en el ambiente” (Abadi, 2014, p. 29). En la psicoterapia el terapeuta debe construir y ofrecer un ambiente facilitador que también favorezca el desarrollo del juego en el proceso terapéutico. “En el juego, como en la terapia, participar implica estar” (Portalatin, 2020, p. 166). Porque además, como ya se ha señalado previamente, en caso de que el infante no pueda jugar, deberá pasar a un estado en el que sí le sea posible. Cuando esta situación se presenta en la psicoterapia, el gesto facilitador del terapeuta comienza desde la espera, además;

El analista suficientemente bueno permite el desarrollo del juego, no invade ni obstruye con sus propias contribuciones y se dispone creativamente a jugar; ofrece un medio ambiente contenedor que facilita el crecimiento del espacio interior creativo del paciente; entiende las fortalezas y debilidades yoicas del paciente y se adapta activamente a sus necesidades cuando lo considera necesario para el desarrollo del proceso analítico. (Bardi, et. al., 2011, p. 59).

“Winnicott (...) destacó la importancia de tratar los problemas emocionales mediante la no intervención y la provisión de un medio ambiente de sostén en el que los procesos «naturales» de crecimiento pudieran reafirmarse” (León, 2016, p. 4). Para Winnicott incluso lo terapéutico se encontraba principalmente en la presencia y la relación que brindaba el terapeuta, por encima de las interpretaciones o intervenciones que pudiese realizar. “El acompañamiento terapéutico, más allá de cualquier interpretación, ha sido la clave para la apertura del espacio transicional como mediador entre el mundo interno y el externo” (Abadi, 2014, p. 150).

Así como al inicio de la vida, el sentido de sí mismo se adquiere a través de la relación con otros y lo que provee el ambiente, “la respuesta del entorno-terapeuta será lo que otorgue sentido al gesto del paciente. Lo que se repite en las sesiones tiene que ser tramitado en el marco de una relación” (Portalatin, 2020, p. 174). Aunado a esto, la psicoterapia como ambiente facilitador deberá responder a las necesidades del infante y adecuarse para

atenderlas. Por lo tanto, el terapeuta debe tener la capacidad para identificar lo que el niño manifiesta en el proceso como necesidad y replantear el sentido de la psicoterapia.

Winnicott resalta la idea de acomodarse a las características del propio niño y no al revés. Permitir su gesto espontáneo y salir al encuentro y a facilitarle la vida son elementos esenciales de una crianza saludable. Los adultos cuidadores, los padres suficientemente buenos, tratan de adaptarse a las necesidades de sus pequeños generando un ambiente facilitador de sus potenciales. (Sáinz, 2017, p. 39).

Para promover el ambiente facilitador dentro de la psicoterapia es necesario que el terapeuta ponga toda su persona al servicio del proceso, de modo que pueda ser un yo auxiliar para el yo del infante. A través de la escucha, la mirada y la participación en el juego se construye un espacio donde el infante puede desplegar sus contenidos de manera verbal, pero lúdica y gráficamente principalmente. Frente a lo que el niño manifiesta, entonces el terapeuta deberá “realizar acciones que contengan el accionar del niño, poner en palabras lo que se hace, meterse en el juego y representar papeles, investigar y preguntar acerca de un dibujo pidiendo asociaciones” (Estrada, 2017, p. 39).

El actuar del terapeuta no necesariamente involucra lo altamente elaborado o con un sentido interpretativo profundo. En ocasiones lo terapéutico es una acción que resulta una muestra de lo diferente, lo novedoso y que termina siendo esperanzador y le confirma al infante su posibilidad de enfrentar su realidad.

Una palabra, un gesto, una acción del analista, pueden tener un efecto privilegiado operando como disparadores, articuladores, como apertura a lo innombrable, posibilitando el armado de una historia. Quizás una de las cuestiones fundamentales es esa: no se trata muchas veces de develar una historia (aunque puede tratarse de ello) sino de posibilitar que se arme una, que se despliegue una trama. (Janin, 2012, p. 55).

Winnicott mencionaba que la persona en el proceso puede no requerir una explicación de aquello que le sucede, por el contrario, necesita encontrar una experiencia que le resulte distinta frente a su realidad. Aún cuando experimente afectos hostiles, el terapeuta debe

“hacerle saber al paciente que no nos destruye, permitirle ser creativo, acompañarle en el uso que pueda hacer de nosotros, y que finalmente pueda sentir que está vivo” (Portalatin, 2020, p. 178-179). Esto generará en el niño que pueda descubrir en sí mismo nuevas maneras de relacionarse y de ser con otros, al tiempo que se sabe sostenido por un ambiente facilitador.

Con suerte la terapia será un lugar suficientemente seguro para atreverse a explorar y el niño puede desarrollar un jugar espontáneo y elaborativo, que se origina y reaparece siempre en el seno de, y sostenido por, el vínculo con otro. Así es como los niños comienzan a jugar, cuando encuentran a alguien disponible que sostenga el escenario de juego y a su vez se ocupe de la realidad del entorno. (Portalatin, 2020, p. 180).

3.3.4. Teoría del apego.

John Bowlby fue un psicoanalista inglés que centró su trabajo en el desarrollo de la teoría del apego. “La teoría del apego consiste en entender que un ser humano desde su nacimiento necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal con la finalidad que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad” (Bowlby, 2014, p. 18). Es decir, la relación que establece la persona con sus cuidadores es esencial para su desarrollo personal y la estructuración de su personalidad. Para el autor el apego respondía no solo a necesidades psicológicas y afectivas, pues el apego se hace presente en otros seres vivos, como los mamíferos. Bowlby señaló que el apego también posee elementos biológicos y evolutivos que se manifiestan en la bioquímica del cerebro y por lo tanto se traducen en la supervivencia y bienestar de la persona.

La teoría del apego se centra en la interacción del infante con su(s) cuidador(es) o la persona que se ha colocado en dicho lugar en los primeros años de vida. Aunque en los escritos se hace referencia a la madre y su relación con el bebé por el contexto y momento histórico en que se desarrolló la teoría. Bowlby señaló que el apego responde a las necesidades del bebé en la medida que los adultos se ubican en ese lugar. De modo que sean “adultos sensibles y receptivos a las relaciones sociales y permanecen como cuidadores consistentes” (Bowlby, 2014, p. 18). Cuando el infante se enfrenta a situaciones que se viven como amenaza o riesgo, los adultos al ser figuras conocidas brindan una relación de confianza y seguridad. “Saber que la figura de apego es accesible y sensible le da la persona un fuerte

y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación” (Bowlby, 2009, p. 40). La respuesta de las figuras es lo que dará como resultado el desarrollo de patrones de apego que conducen a la construcción de modelos internos que serán guía de las percepciones individuales, emociones y pensamientos del menor (Bowlby, 2014).

Bowlby estableció diferentes conceptos a partir del desarrollo de la teoría del apego. Uno de esos conceptos es la ansiedad por separación que se considera como la ansiedad que surge cuando se pierde a alguien amado o al quedar separado de él (Bowlby, 2009). Otro término importante es la conducta de apego, que Bowlby diferenció del apego como tal. El apego es la disposición absoluta para buscar proximidad y contacto con ciertas figuras, principalmente en momentos de aflicción. Mientras que “la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 2009, p. 40).

La teoría del apego ha sido revisada y desarrollada por diferentes autores posteriores a Bowlby. Mary Ainsworth fue colaboradora de Bowlby y realizó diversas investigaciones en las décadas de 1960 y 1970 sobre las relaciones de apego. Dentro de sus principales hallazgos, en colaboración con otros autores (Blehar, Waters y Wall 1978), se encuentran los diferentes patrones de apego infantil: apego inseguro, apego inseguro-evitativo y apego inseguro-ambivalente. Posteriormente Main, Hesse y Solomon (1990, citados en Espina, 2005), validaron y desarrollaron un nuevo patrón de apego: modelo desorganizado/desorientado. En la siguiente tabla se muestra una síntesis de los patrones de apego (Tabla 2).

Tabla 2

Estilos de apego

Estilo de apego	Conducta infantil	Características del cuidado
Seguro	Exploración activa; disgusto ante la separación; respuesta positiva ante el cuidador.	Disponibilidad, receptividad, calidez.
Inseguro-Evitativo	Conductas de distanciamiento; evitación del cuidador.	Conductas de rechazo, rigidez, hostilidad, aversión al contacto, intrusión.
Inseguro-Ambivalente	Conductas de protesta, ansiedad de separación; enfado-ambivalencia ante el cuidador.	Insensibilidad, inconsistencia.
Desorganizado	Desorganizada, contradictoria, (por ejemplo: búsqueda intensa y rechazo).	Desorganizado, contradictorio.

Nota: Adaptado de "Apego y violencia familiar" por E. Espina, 2005, Universidad Ramón Llull, p. 5.

En el apego seguro el infante confía en que sus cuidadores o figuras parentales serán accesibles, sensibles y colaboradores si se encuentra en una situación adversa o que le resulte atemorizante (Ainsworth, 1971, citada en Bowlby, 2009). A partir de esta seguridad sentida el infante podrá explorar el mundo. En el apego inseguro-evitativo el infante está inseguro de si sus cuidadores serán accesibles o sensibles o si estarán disponibles para ayudarlo cuando lo necesite (Ainsworth, 1971, citada en Bowlby, 2009). Debido a esta incertidumbre la separación resulta ansiosa, por lo tanto el menor se aferra y la exploración del mundo también resulta ansioso. El apego inseguro-ambivalente consiste en que el infante no confía que al buscar cuidados recibirá una respuesta, por el contrario espera ser despreciado (Ainsworth, 1971, citada en Bowlby, 2009).

El infante entonces busca explorar el mundo sin el afecto y apoyo de otras personas y al acercarse a las figuras significativas en busca de consuelo y protección se encuentra con rechazo. Puede ser que los cuidadores se muestren insensibles y su respuesta sea muy

variables, por lo tanto utilicen la posibilidad de abandono como medio de control. Por último, el apego desorganizado se caracteriza por la ausencia de estrategias por parte de los adultos que le ayuden al niño a organizar su respuesta frente a la situación de riesgo o estresante (Espina, 2005). Las acciones ofrecidas por las figuras suelen ser contradictorias por lo que el menor experimenta miedo y confusión frente al adulto.

Además de la clasificación de los patrones de apego, Mary Ainsworth consideraba que el apego no se reducía a un aspecto conductual y señaló lo siguiente:

“El apego se manifiesta a través de patrones de conducta específicos, pero los patrones en sí mismos no constituyen el apego. El apego es interno... Este algo internalizado que llamamos apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas, y de intenciones, todos los cuales... sirven como una especie de filtro para la percepción e interpretación de la experiencia interpersonal, como un molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable”. (Ainsworth, 1967, citada en Fernández, 2002, p. 16)

Ainsworth pensaba que la figura de apego le brinda al menor una base para el desarrollo de su conducta de separación, así como la posibilidad de exploración del mundo. “Cuando las condiciones son favorables, un niño se aleja de la madre para hacer excursiones exploratorias y regresa a su lado de vez en cuando” (Bowlby, 2009, p 60). A partir de esto introdujo el concepto de base segura que es fundamental para comprender el apego y el apego en la psicoterapia, donde se brinda un nuevo espacio para que la persona re-edite el apego que estableció con figuras significativas. “Si nuestros primeros vínculos han sido problemáticos, las relaciones posteriores pueden ofrecernos otra oportunidad, y quizá el potencial de amar, sentir y reflexionar con la libertad que surge de un apego seguro. La psicoterapia aporta, idealmente, ese vínculo curativo” (Wallin, 2012, p. 11).

3.3.4.1. Base segura.

Durante los primeros años de vida los adultos significativos, principalmente los progenitores, brindan una base segura a partir de la cual un niño o un adolescente puede hacer salidas al mundo exterior y posteriormente regresar sabiendo con certeza que será bien

recibido, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si se siente afligido y tranquilizado si está asustado (Bowlby, 2009). Cuando los cuidadores logran contener las emociones que el menor experimenta con respuestas que comunican empatía, recursos para afrontar las dificultades y comprensión de la vivencia del niño generan un proceso de regulación interactiva del afecto. A través de este proceso, refuerzan la confianza del hijo en el vínculo de apego como refugio y base segura (Wallin, 2012).

Mary Ainsworth introdujo el concepto de base segura a partir de estudios que realizó con infantes sobre el apego. En estos estudios observó que los niños se movían por sí mismos y utilizaban a sus madres como una base a partir de la cual explorar (Bowlby, 2009). La autora señaló a la madre como base segura porque socialmente era a quien se le asigna la función de crianza y cuidado, sin embargo, actualmente las figuras significativas pueden asumirse por los progenitores o adultos cercanos al menor. Cuando los adultos brindan una base segura el infante puede alejarse para explorar su entorno y regresar cuando se sienta angustiado. Lo mismo sucede en la adultez, por lo que la base segura permite comprender cómo es que una persona emocionalmente estable se desarrolla y funciona a lo largo de su vida (Bowlby, 2009).

La base segura favorece el establecimiento de un apego seguro, lo cual da como resultado que el infante, adolescente o adulto experimente seguridad para explorar el mundo, incluido el mundo interno (Wallin, 2012). También es esta seguridad la que posibilita el surgimiento del yo reflexivo. Los adultos necesitan manifestar una presencia constante que comunique su disponibilidad y protección frente a lo que el menor pueda experimentar.

Las respuestas del cuidador asociadas a la base segura incluyen la responsividad, la coherencia, la fiabilidad, la sintonización, la capacidad para absorber la protesta y la “mentalidad mental”, la habilidad para ver a la criatura angustiada como a un ser autónomo y sensible con sentimientos y proyectos propios. (Holmes, 2009, p. 28).

Un aspecto importante de los primeros apegos es cómo estos han favorecido una experiencia relacional de una base segura que se traduce en los cimientos de una representación mental de una base segura interiorizada (Wallin, 2012). Es decir, cómo es que

se ha introyectado esta base segura. Aquí se presenta un proceso circular, porque las respuestas y conductas de los adultos le brindan al infante (o el adulto en psicoterapia) la conciencia de su experiencia. Esta capacidad reflexiva y mentalizadora impulsa la posibilidad de regular los afectos y de experimentar el vínculo como una base segura. Y es esta base segura la que favorece la integración, el crecimiento psicológico y la construcción de una base segura interiorizada, en la infancia y en la psicoterapia. La base segura “parecía presentar una aplicación limitada a los adultos hasta que se observó que la base segura podría considerarse no sólo como una figura externa, sino también como una representación de seguridad dentro de la psique del individuo” (Holmes, 2009, p. 26).

Ya se ha mencionado que el proceso psicoterapéutico es un espacio que la persona necesita experimentar como seguro para poder enfrentarse sentimientos dolorosos y explorarlos en compañía de otra persona. En la psicoterapia la base segura “puede tomar forma de proximidad emocional en lugar de proximidad física. En este caso, el terapeuta no es tanto una presencia física como una representación mental de la figura comprensiva cuya imagen hace soportable el dolor emocional” (Holmes, 2009, p. 79). El psicoterapeuta contribuye para que la persona se sienta comprendida, autónoma y desarrolle competencias emocionales.

El terapeuta con sus respuestas simpáticas, coherentes y colaborativa permiten al paciente desarrollar una nueva forma de manejar y enfrentar la ansiedad y el miedo, proporcionándole una base segura y estable desde la que aprender nuevas formas de construir una relación, explicar y compartir emociones, en lugar de sólo cogniciones e ideas. (Estrada, 2017, p. 47).

En la psicoterapia el vínculo de apego del paciente con el terapeuta “ofrece una base segura que facilita la exploración, el desarrollo y el cambio. Tal sensación de seguridad surge de la eficacia del terapeuta para contribuir a que el paciente tolere, module y comunique sentimientos difíciles” (Wallin, 2012, p. 12). El vínculo como base segura le permite al paciente explorar y sumergirse en sus afectos, experiencias y vivencias sabiendo que si le resulta angustiante puede regresar a la figura del terapeuta, quien le brinda sostén y empatía. A través de estos gestos el terapeuta favorece la integración “de la experiencia traumática y

los afectos disociados, así como la recomposición de los fragmentos de imágenes del yo” (Wallin, 2012, p. 202).

Esta integración depende de la capacidad de generar un apego cada vez más seguro – un refugio de seguridad y una base segura– que pueda ser en sí el recurso primordial del paciente para tolerar, modular y comunicar los sentimientos que anteriormente eran insoportables. (Wallin, 2012, p. 202).

Bowlby ya señalaba que “mientras el terapeuta no permita que su paciente sienta cierto grado de seguridad, la terapia no puede siquiera empezar. Así pues, la función del terapeuta empieza con la aportación [...] de una base segura” (1988, citado en Wallin, 2012, p. 104). El proceso psicoterapéutico y el cambio terapéutico en el paciente es posible “debido a que gracias a la base relativamente segura proporcionada por el analista desarrolla el valor suficiente para permitir que parte de la información hasta el momento excluida siga adelante para ser procesada” (Bowlby, 2009, p. 88).

El terapeuta que trabaja desde la teoría de la apego debe brindar condiciones para que la persona pueda explorar los modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego con el fin de que pueda volver a evaluarlos y reestructurarlos desde una nueva comprensión adquirida y de nuevas experiencias vividas en la relación terapéutica. Bowlby (2009) ha establecido que el terapeuta debe desempeñar tareas terapéuticas específicas. Una de estas tareas consiste en:

Proporcionar al paciente una base segura desde la cual explorar los diversos aspectos desdichados y dolorosos de su vida pasada y presente, en muchos de los cuales le resulta difícil o tal vez imposible pensar y reconsiderarlos sin un compañero confiable que le proporciona apoyo, aliento, comprensión y, en ocasiones una guía. (Bowlby, 2009, p. 160).

Una base segura en la psicoterapia surge a partir de la proximidad emocional, aunque en la infancia también involucra la proximidad física. Cuando emergen los afectos en las sesiones, estos se vuelven un recurso a través del cual se logra la proximidad emocional como

respuesta a los esfuerzos del terapeuta por sintonizar el mundo interno del paciente (Holmes, 2009). La proximidad emocional favorece el proceso terapéutico porque

El paciente puede arriesgarse más, a semejanza de lo que ocurre con el niño en el juego. Los aspectos simulados de la psicoterapia –junto con el vínculo terapéutico como base segura– aportan cierto grado de libertad y seguridad con el que el paciente puede imaginar, pensar y sentir más libremente. (Wallin, 2012 p. 139).

Holmes (2009) menciona que el objetivo o finalidad de la psicoterapia es ayudar a crear una base segura, en la realidad misma y como representación interna en el paciente. “Una base segura surge, en parte, de la responsividad y sintonización ofrecidas por el terapeuta, en parte de su capacidad para aceptar y metabolizar la protesta e ira dirigidas hacia éste” (Holmes, 2009, p. 226).

3.3.5. Psicoterapia Humanista.

La Psicología Humanista surge entre 1930 y 1960, se establece como la tercera fuerza de la Psicología para 1970. Su origen responde a un momento histórico donde se cuestionan los valores que habían dado “sentido” a la existencia humana. La humanidad había presenciado una guerra mundial, crisis económica y enfrentamientos sociales, y con esto la capacidad destructiva del ser humano. Estos acontecimientos mostraron entonces la condición de “enfermedad” del ser humano, pero no como un estado, sino como un proceso dinámico.

Después de la guerra llegó la reintegración y acuerdos para evitar otro enfrentamiento de esa magnitud. Se reconoció la fragilidad del humano, pero también su experiencia y existencia que le permiten hacer frente a condiciones adversas. La Psicología Humanista entonces hace énfasis en la existencia de la persona y cómo puede sanar o enfermar a través de las relaciones humanas. Debido a esto los fundamentos filosóficos se centran en la Filosofía Existencial.

El existencialismo se centra en la exploración y contemplación del ser humano y su existencia, entonces surge la esperanza en la relación del individuo consigo mismo. La

Psicología Humanista retoma este postulado al poner al ser humano en el centro. El enfoque Humanista confía en la orientación fenomenológica. Entendiendo que “la concepción fenomenológica de lo real, (...) es relacional, ya que asume que la realidad debe ser entendida como una co-construcción que se produce entre el observador y lo observado” (Yontef, 1993 citado en Sassenfeld y Moncada, 2006, p. 95). A partir de esto se puede afirmar que la persona construye una realidad subjetiva que está influida por lo relacional y la experiencia de la persona. Entonces la persona que “sufrir” está padeciendo algo en esa realidad que ha elaborado y que además es válida para ella. Otra influencia importante para la Psicología Humanista es la Filosofía Existencial de Buber (1923, citado en Sassenfeld & Moncada, 2006) quien propuso la relación Yo – Tú. En este tipo de relación la persona se relaciona con el mundo y con los demás y es a partir de esta relación que deviene verdaderamente humano en cuanto se relaciona, de manera personal y comprometida.

Carl Rogers es uno de los principales autores de la psicoterapia humanista y retomó ideas del existencialismo para desarrollar una teoría de la personalidad basada en el *self*, así como un método de intervención en psicoterapia. La propuesta de Rogers surge como una “alternativa” frente al Psicoanálisis y el Conductismo, puesto que el autor se oponía a la condición determinista que proponían. Carl Rogers (1980) afirmó que el ser humano posee una tendencia a la actualización, que es característica de la vida orgánica. Esta tendencia implica que la persona tiene la capacidad para desarrollar toda su potencialidad y de esta manera experimentarse en la totalidad. Es decir, existe una fuerza dentro de cada individuo que apunta a la autorrealización. Rogers hizo énfasis en que esta tendencia requiere de un ambiente y condiciones favorables para que se pueda desarrollar.

A partir de estas premisas de la personalidad, Rogers elaboró un método psicoterapéutico: enfoque centrado en el “cliente”, también conocido como enfoque centrado en la persona o como enfoque no directivo. Una diferencia importante de este método terapéutico a otros es el nombre que Rogers le brindó a la persona consultante. Él señaló que la persona que solicita la atención es un cliente y no un paciente. La palabra cliente destaca la responsabilidad y la libertad que tiene la persona en su proceso terapéutico, siendo un agente activo en su propia transformación y crecimiento. Al considerar a la persona como un

agente responsable de su propio proceso, se afirma la hipótesis central del enfoque centrado en la persona, que los individuos poseen dentro de sí mismos vastos recursos para auto-comprenderse, alterar sus auto-conceptos, actitudes básicas y comportamiento auto-dirigido (Rogers, 1980). La persona es activa porque es quien lleva la dirección de su proceso al ser experta en su propia vida y no el terapeuta.

Rogers hace énfasis en las condiciones que pueden determinar la eficacia de la relación terapéutica. El encuentro terapéutico requiere la presencia plena de ambas partes, donde el terapeuta reconoce a toda persona como un ser humano valioso de manera incondicional. En el enfoque centrado en la persona, Rogers le dará el nombre de presencia terapéutica. “Estar plenamente presente y ser plenamente humano con otra persona se considera sanador en y por sí mismo” (Shepherd, Brown & Greaves, 1972 citados en Geller & Greenberg, 2014, p. 163). Carl Rogers (1980) afirmaba que hay tres condiciones necesarias y suficientes que deben estar presentes para que el clima promueva el crecimiento y cambio. Estas condiciones se aplican en cualquier relación (terapeuta-cliente, padre-hijo, líder y grupo, maestro-estudiante, etc.).

1. Autenticidad (congruencia): El psicoterapeuta es él/ella mismo, se muestra transparente al cliente. El cliente no experimenta una limitación por parte el terapeuta. Lo que el/la terapeuta experimenta está disponible para la conciencia y puede ser vivido en la relación y comunicado si es apropiado.
2. Consideración positiva incondicional: El terapeuta experimenta una positiva aceptación hacia lo que el cliente es en ese momento.
3. Comprensión empática: El terapeuta detecta sentimientos y significados personales que el cliente está experimentando y le comunica esta comprensión a la persona. La escucha empática promueve el cambio porque la personas al sentirse apreciada tienden a desarrollar una actitud más cariñosa hacia sí mismo/a.

En el enfoque centrado en la persona la relación interpersonal es lo fundamental en el proceso de cambio, por encima de las técnicas. El motivo de esto es que propone que la persona que experimenta alguna disfunción psicológica encuentre en la relación terapéutica y en la actitud del terapeuta un vínculo de aceptación, confianza y empatía en un ambiente

libre de prejuicios. Debido a esto las actitudes básicas, la presencia y el acompañamiento son fundamentales para promover el proceso de cambio. Para Rogers (1957) una condición necesaria para el cambio es la consideración positiva incondicional que implica cuidar al cliente como una persona separada, con permiso para tener sus propios sentimientos, sus propias experiencias. Cuando la persona es más consciente de sus experiencias afectivas, conductuales y psicológicas surge un proceso de liberación de sus posibilidades a la autorrealización. Por lo tanto la persona desarrolla su autonomía y aceptación que le permitirá ampliar su visión del mundo y establecer relaciones interpersonales más genuinas y congruentes.

3.3.5.1. *Comprensión Empática.*

Rogers considera que la empatía es una de las condiciones o actitudes necesarias para proporcionar un clima que promueva el crecimiento y el cambio en la psicoterapia. La comprensión empática consiste entonces en que el terapeuta detecte sentimientos y significados personales que el cliente está experimentando y le comunica esta comprensión a la persona (Rogers, 1980). La empatía puede entenderse como la capacidad de sentir el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero sin perder nunca la cualidad de "como si" (Rogers, 1957). Para que esto sea posible, el mundo de la persona debe ser claro para el terapeuta, de modo que pueda comunicar la comprensión de lo que es ya conocido por la persona. Sin embargo, la comprensión empática brinda la posibilidad de que el terapeuta le comunique al cliente significados de su experiencia que la persona no se ha percatado del todo.

Cuando el terapeuta puede comprender bien los sentimientos del paciente, sus comentarios e intervenciones responden al estado de ánimo de la persona, así como el contenido que ha expresado. Una vez que la persona siente que sus sentimientos han sido comprendidos y reafirmados, puede compartir más de su experiencia porque tiene la certeza de que "la otra persona" está disponible y atenta para recibir y escuchar. En ocasiones la persona tiene dificultad para organizar sus ideas, afectos y experiencias y la comprensión empática puede ser el detonador para favorecer la organización. "Las respuestas de comprensión empática son con frecuencia el único tipo de intervención que las personas

pueden recibir mientras se encuentran en medio de un proceso frágil, sin sentirse traumatizadas o desconectadas de su experiencia” (Warner, 2014, p. 130).

La comprensión empática se hace presente en lo que se dice y también en el cómo se dice. El tono de voz y la postura del terapeuta transmite al consultante la capacidad total de compartir sus sentimientos. Por esta razón Rogers hacía énfasis en que la persona del terapeuta debía estar presente de manera total para comunicarle al cliente que estaba ahí, entendiendo y atendiendo. “Es posible que la comunicación empática, por ejemplo, no sea solo la manera del terapeuta de decir “te escucho”, sino también “estoy abierto a lo que sea que desees expresar” (Geller & Greenberg, 2014, p. 179).

Rogers consideraba que la comprensión empática permite al terapeuta comprender el marco de referencia interno del cliente, para que sea posible percibir el mundo tal como lo ve y para percibir al cliente tal como se ve a sí mismo/a. En la comprensión empática, se suele prestar atención principalmente a las emociones de los consultantes. Sin embargo, Carl Rogers hacía énfasis en la importancia de la atención a las cogniciones relacionadas con la propia persona, en la medida en que estuvieran relacionadas con las emociones (Warner, 2014).

La respuesta empática crea un tipo particular de reconocimiento experiencial que tiende a hacer surgir nuevos aspectos de la experiencia, permitiendo que las narrativas de vida de los clientes sean reformuladas (Warner, 2014). A través de la comprensión empática surge la posibilidad de que la persona reconozca nuevos aspectos de su experiencia.

La comprensión empática, al devolverle al cliente su propia experiencia, le permite verla más claramente y promueve el que se de cuenta de aspectos anteriormente borrados o relegados, iniciándose un proceso de reconocimiento y aceptación de lo que siempre ha estado ahí. (Armenta, 2001, p. 9).

La comprensión empática del terapeuta le permite a la persona internalizar una respuesta empáticas hacia sí misma, por lo tanto el rechazo es reemplazado por un esfuerzo para entender la propia experiencia. La comprensión empática en el proceso lleva a la persona

a validar sus afectos y experiencias. Por otro lado, la persona al sentirse recibida y profundamente comprendida podrá desarticular su aislamiento y establecer relaciones interpersonales más cercanas y significativas.

3.3.5.2.Terapia de juego centrada en el niño.

La terapia de juego centrada en el niño se basa en la teoría de la personalidad de Carl Rogers y su propuesta terapéutica del enfoque centrado en el cliente. Virginia Axline es la creadora de esta terapia de juego, quien fue discípula de Rogers. A esta terapia también se le denomina no directiva, al distinguirse de otros enfoques por el rol del terapeuta. La autora considera que “la terapia de juego puede ser directiva en cierta forma, es decir, el terapeuta puede tomar la responsabilidad para guiar e interpretar, puede ser no directiva, el terapeuta puede dejar la responsabilidad y dirección al niño” (Axline, 2003, p. 18).

En el enfoque centrado en el cliente, como se ha mencionado previamente, se parte de la suposición de que la persona posee la capacidad para resolver sus propios problemas y también tiene la posibilidad de crecimiento dentro de sí mismo. En la terapia de juego centrada en el cliente se retoman estos postulados teóricos de los adultos, con la diferencia en el método y los medios. Debido a que el infante tiene características particulares que corresponden a su etapa de vida, la terapia se da a través del juego, entendido como el medio de comunicación y herramienta dentro del proceso terapéutico.

El enfoque humanista sostiene que la persona posee la fuerza intrínseca para alcanzar su auto-realización, pero para que esta fuerza pueda desplegarse se requiere de un ambiente que favorezca el crecimiento y desarrollo. Debido a esto, Virginia Axline hizo énfasis en la participación del terapeuta en el juego porque responde a cómo el infante dirige su juego, sin dejar de establecer ciertos límites que faciliten el proceso de juego para ambos. A diferencia del enfoque psicoanalítico, el terapeuta no interpreta el juego, simplemente refleja y acompaña. En este sentido, las conductas del terapeuta promoverán la autodirección, autoexploración y auto-crecimiento del infante. Virginia Axline describe la terapia de juego no – directiva como:

La oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Ya que el juego constituye su medio natural de autoexpresión, el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión. (Axline, 2003, p. 24).

La terapia de juego como ambiente favorecerá la confianza del niño para poder ser “él mismo”, lo cual lo llevará a la auto-aceptación. Cuando el infante encuentra un impedimento para alcanzar la realización de su Yo (*self*), entonces manifiesta “síntomas” a través de conductas como un intento por alcanzar la auto-realización. Esto dará como resultado poca confianza y estima en sí mismo, generando conductas inadaptadas. Una muestra de estas conductas son el “retramiento, agresión, represión, proyección, entre otros. Los cuales son un será un intento del Yo para acercarse a la realización del autoconcepto, pero de forma distorsionada y poco funcional” (Govea, 2019, p. 123).

En el proceso terapéutico el infante podrá entonces adquirir la capacidad para estimarse, aceptarse a sí mismo, ser más independiente y consciente sobre sus conductas. El terapeuta es parte importante e indispensable del proceso porque el infante al sentirse acompañado podrá actuar y manifestar sus afectos y experiencias, pero en un entorno sin amenaza o juicios. “Para relacionarse con el niño de una manera terapéutica, el terapeuta debe encontrarse con el niño en un lugar caracterizado por la calidez, el afecto y la aceptación” (Glover y Landreth, 2016, p. 168). De esta manera el niño aprenderá a comprender lo que le sucede, pensar y actuar por sí mismo y alcanzar mayor madurez emocional.

Para el logro de los objetivos, la relación terapéutica es indispensable porque será a través de esta relación que el niño experimentará confianza y libertad. Para el fortalecimiento de esta relación, Axline (2003) estableció ocho puntos centrales para guiar al terapeuta en la terapia de juego centrada en el niño:

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.

2. El terapeuta acepta al niño tal como es.
3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.
7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.
8. El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación.

Los puntos centrales que señala Axline son fundamentales para que el terapeuta tenga claridad de su presencia y modo de intervención en el proceso. En cuanto al proceso del infante en la psicoterapia Hendricks (1971, citado en Schaefer, et. al., 2016) identificó fases en la terapia de juego por las que tiene que atravesar el niño para aceptarse a sí mismo y alcanzar su auto-realización, que son algunos de los objetivos del enfoque. La fase inicial de la terapia incluye las primeras sesiones y se caracteriza por la presencia de un alto nivel de ansiedad, juego exploratorio y el establecimiento de la relación terapéutica. La segunda fase dura entre cuatro y seis sesiones, se caracteriza por el aumento del juego agresivo. Conforme éste disminuye, aumenta el juego creativo y relacional. Y en la tercera fase, hay un predominio de la expresión de felicidad y también el infante comparte información personal, sobre su persona y su familia. En la cuarta fase, el niño expresa de manera más amplia sus emociones positivas y negativas.

La última fase consistirá en el cierre del proceso, la despedida y el reforzamiento de las capacidades o habilidades adquiridas, así como los cambios que se han producido. En el juego y la relación terapéutica es donde el terapeuta podrá identificar señales de cambio en el menor como referencia para concluir el tratamiento. Landreth (2012, citado en Schaefer, et. al., 2016, p.185) considera que las características descritas por Rogers al referirse a una persona “sana” pueden encontrarse en el juego, a través de las siguientes conductas del menor:

- El niño es menos dependiente.
- El niño está menos confundido.
- El niño expresa abiertamente sus necesidades.
- El niño puede enfocarse en sí mismo.
- El niño acepta la responsabilidad de sus propias acciones y sentimientos.
- El niño limita su conducta de manera adecuada.
- El niño se autodirige.
- El niño es más flexible.
- El niño es más tolerante frente a los sucesos externos.
- El niño inicia actividades con seguridad.
- El niño colabora, pero no es conformista.
- El niño expresa su enojo de manera apropiada.
- El niño pasó de los afectos negativos/tristes a los felices/placenteros.
- El niño se acepta más.
- El niño puede representar en su juego secuencias de historias; el juego tiene una dirección

A lo largo del tratamiento el infante experimenta libertad para expresar sus conflictos, lo cual favorece que encuentre soluciones y resuelva sus conflictos emocionales por sí mismo, con ayuda del juego y su relación con el terapeuta. La terapia de juego centrada en el niño se enfoca en la persona del menor, más allá de sus problemas o síntomas, por lo tanto se requiere que el terapeuta se apegue a los principios del enfoque y tenga claridad de su función en el desarrollo del proceso. De esta manera el terapeuta podrá potencializar las

capacidades que el infante posee, reconociendo la tendencia a la actualización y asumiendo que el infante es el experto en su propia historia.

3.3.6. Alianza terapéutica.

El término de alianza terapéutica (*helping alliance*) comenzó a desarrollarse con el Psicoanálisis. Freud no estableció el concepto, sin embargo es el primer antecedente cuando señala que “la situación analítica consiste en aliarnos nosotros mismos con el yo de la persona bajo tratamiento, para someter porciones de su ello que está sin control, esto quiere decir, incluirlas en la síntesis de su yo” (Freud, 1937, citado en Rangel, 2016, p. 99). Freud ya mencionaba la influencia de la figura del terapeuta para que el proceso terapéutico fuera posible. También hizo énfasis en la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta resultante del afecto positivo que puede experimentar este último hacia el profesional.

A lo largo de los años autores de diversos enfoques han desarrollado e investigado sobre la alianza terapéutica, poniendo énfasis en aspectos particulares. Aquí es importante mencionar que cada autor ha utilizado términos diferentes para referirse a la alianza terapéutica, como alianza de trabajo o contrato terapéutico. Greenson definió la alianza de trabajo como “la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica” (2004, p. 59). Mientras que Nicholi (1988, citado en Parres, 2003) refiere que la alianza terapéutica implica todos aquellos aspectos de la relación terapéutica que se basan en el deseo consciente e inconsciente del paciente por cooperar con el terapeuta en sus esfuerzos por ayudarlo. Zetzel (1958, citado en Rangel, 2016, p. 99) “define la alianza terapéutica como la relación objetal real que sustenta la movilización de atributos autónomos del yo”.

Retomando la definición de Greenson (2004, p. 59), este autor señala que “las manifestaciones clínicas de esta alianza de trabajo son la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del psicoanálisis y su capacidad de trabajar analíticamente con los *insights* dolorosos y regresivos que provoca”. Por lo tanto se puede afirmar que la alianza terapéutica se manifiesta en la forma que la persona colabora para que el proceso de psicoterapia sea posible y progresivo, aún cuando los cambios psíquicos se presenten.

Un autor que ha contribuido al desarrollo del concepto y técnica de la alianza terapéutica es Luborsky (1993) en colaboración con otros autores (Horvath, Barber, Frank, Daley y Jhonson). Para Luborsky (1976, citado en Horvath y Luborsky, 1993) la alianza terapéutica refleja el grado que un paciente experimenta la relación terapéutica como útil para lograr los objetivos en psicoterapia. En las diferentes investigaciones este autor ha encontrado que un factor que influye en gran medida en el éxito de un tratamiento, es la calidad de la alianza terapéutica.

Horvath y Luborsky (1993) señalaron que la alianza terapéutica es dinámica porque responde a las diferentes demandas que surgen en cada fase de la terapia. Los autores también identificaron dos tipos de alianza: Tipo 1 y Tipo 2. Concluyeron que la fuerza de las alianzas de Tipo 1 y Tipo 2 está asociada con la probabilidad de mejora en la terapia psicodinámica. A continuación describen brevemente ambas.

- Alianza terapéutica tipo 1: Se hace más evidente al inicio de la terapia. Es "una alianza terapéutica basada en que el paciente experimenta al terapeuta como un apoyo y una ayuda consigo mismo como receptor" (Horvath y Luborsky, 1993, p. 563).
- Alianza terapéutica tipo 2: Se refiere a "un sentido de trabajar juntos en una lucha conjunta contra lo que está impidiendo al paciente. En la responsabilidad compartida de trabajar los objetivos del tratamiento" (Horvath y Luborsky, 1993, p. 563).

La mayoría de los terapeutas considera que la relación terapéutica puede ser de los ingredientes más importantes para que una terapia sea exitosa. Esto porque "sin una relación de ayuda consolidada, no hay técnica ni estrategia que sea eficaz" (Schaefer, et. al., 2016, p. 101). La alianza terapéutica es necesaria tanto en la psicoterapia de adultos como en la psicoterapia con niño. Aunque al igual que la teoría y la técnica, es necesario que se adecúe a los infantes. La alianza terapéutica en la psicoterapia infantil está asociada con resultados positivos, independientemente del tipo o modelo de tratamiento. Al comienzo de la psicoterapia es indispensable establecer una alianza inicial para que posteriormente el terapeuta facilite el establecimiento de la alianza terapéutica de manera estable, de modo que esto motive al infante a permanecer y colaborar en el proceso. "Para formar una relación

eficaz, el terapeuta debe mostrar calidez, afecto, comprensión, respeto, confianza y aceptación al niño” (Schaefer, et. al., 2016, p. 101).

Ya se ha mencionado que el juego en la psicoterapia infantil es el medio por el cual el menor puede manifestar sus afectos, sus problemáticas y sus angustias. Debido a la etapa de vida, el juego en la infancia es el lenguaje y medio de expresión. En el enfoque psicodinámico el juego permite observar el contenido latente en una construcción simbólica y además es la actividad en la que es posible el encuentro entre infante y terapeuta. Respecto a la alianza terapéutica, el juego también favorece el establecimiento y mantenimiento de la alianza) “Los juegos sirven para fortalecer la alianza terapéutica, facilitar la expresión de la fantasía y ofrece información importante para el diagnóstico” (Schaefer y Reid, 2001, citados en Schaefer, et. al., 2016, p. 485). Aunque dependiendo de la etapa del proceso y el estado de la alianza será el tipo de juego. En este sentido, Esquivel (2010) afirma lo siguiente:

“Los juegos más estructurados, como los juegos de mesa, se utilizan en las primeras etapas del tratamiento con niños que se presentan temerosos y más defensivos, de manera que sea posible crear la alianza terapéutica que le permita al menor sentirse seguro para expresar sus dificultades y conflictos de manera simbólica”. (Esquivel, 2010 p. 67).

El juego es determinante para que la alianza surja pero también para que se construya y se mantenga a lo largo del proceso. Schaefer et. al. (2016, p. 101 – 102) consideran que el juego favorece la construcción de la relación terapéutica. Los autores enlistan una serie de cualidades que posee el juego para la alianza terapéutica, donde retoman posturas de otros autores.

- Los afectos positivos surgidos durante el juego conjuntan las emociones que permiten que una persona se conecte con otra. Una actividad divertida para ambas, como el juego, crea un “vínculo de alegría” entre ellas y fortalece, así, su relación.
- Si los terapeutas de juego son divertidos, los niños los perciben más confiables, afectuosos y accesibles.
- Al sonreír y reír, el terapeuta de juego emite una señal que le indica al niño que aquél es cordial y que es seguro estar con él.

- Cuando los niños se ríen con un adulto, sienten que su relación es equitativa en vez de jerárquica, lo cual les permite sentirse con mayor confianza.
- En el juego se puede fomentar un modelo de interacción recíproca terapeuta-niño tomando turnos en juegos de reglas o de construcción con piezas.
- La emoción que el juego provoca puede animar una relación e inyectarle energía.

En el proceso de la psicoterapia, la alianza terapéutica es un elemento fundamental para que se manifiesten cambios y resultados positivos, es decir, el éxito de la intervención. Sin embargo, la alianza no se reduce únicamente al logro de los objetivos, porque es precisamente la alianza lo que favorece que la persona o el menor se mantenga constante en las sesiones. A partir de colocarse en un lugar donde hay certeza de que es posible la “cura” y el “bienestar”. Por lo tanto colaborará durante el proceso y esto generará una experiencia de compromiso frente a la psicoterapia, así como la confianza en el terapeuta.

3.3.7. Estrabismo.

La Academia Americana de Oftalmología define el estrabismo como “una afección ocular (...) que se produce cuando los ojos no están alineados correctamente y apuntan en distintas direcciones (desalineación)” (AAO, 2020, pp.1). “El estrabismo es una desviación manifiesta, permanente o intermitente, de la línea primaria de visión. La desviación ocular impide que se forme la imagen de un objeto en la fóvea del ojo estrábico” (Ministerio de Salud de Chile, 2010, p. 7). El estrabismo consiste entonces en la pérdida del paralelismo entre los ojos y esta alteración afecta del 2 al 4% de la población infantil en México (Martínez-Mayorquín , Cárdenas-Lamas, Villaseñor-Fierro, 2017). Se considera que el estrabismo “constituye, junto con los defectos de refracción, la patología oftálmica más frecuente que se presenta en la infancia” (Puertas, 2015, p. 329).

Además de la falta de paralelismo, el estrabismo genera algunas dificultades para la persona: “la pérdida de la función binocular, la reducción de la visión del ojo desviado (ambliopía u ojo vago) y el aspecto estético desfavorable. También se produce una alteración en la visión en relieve y en la visión de precisión” (Puertas, 2015, p. 329). Estas dificultades se refieren a condiciones orgánicas y motoras de la visión que responden a la madurez y

experiencia visual. “Las distintas funciones binoculares (coordinación motora, fusión, estereopsis) progresan en los 6 primeros años de vida” (Puertas, 2015, p. 329).

En condiciones normales el infante ve un objeto con ambos ojos y el cerebro realiza la fusión de ambas imágenes. Por lo tanto, la visión binocular requiere que ambas imágenes sean similares. En el caso del estrabismo, debido a que ambas imágenes son diferentes, con el paso del tiempo se registran únicamente las imágenes del ojo dominante y las otras se suprimen. “Si este trastorno no recibe tratamiento, el paciente permanece funcionalmente monocular durante toda su vida” (Puertas, 2015, p. 331) .

Actualmente existen diversas alternativas para atender el estrabismo. Todo tratamiento tendrá el objetivo de alinear los ejes visuales (Ministerio de Salud de Chile, 2010). Las opciones de tratamiento pueden ser conservadoras o invasivas. Aunque también es posible la combinación de ambas. La determinación del tratamiento idóneo le corresponde al médico oftalmólogo. A continuación se detallan los tipos de tratamiento propuesto por el Ministerio de Salud de Chile (2010).

- Alternativas conservadoras (médicas): prismas para realinear los ejes visuales y ejercicios ortópticos, para promover y establecer el control binocular de la alineación ocular donde ambos ojos puedan posteriormente trabajar como un par. También el uso de lentes ópticos.
- Alternativas invasivas: procedimientos quirúrgicos – cirugías, para alterar la función muscular del ojo.

Respecto a las implicaciones del estrabismo, además de las dificultades en la visión que ya se han señalado, algunas investigaciones muestran las limitaciones que pueden presentarse en la vida de la persona. Un estudio realizado a personas de más de 15 años que tenían antecedentes de estrabismo infantil y que no se corrigió o se corrigió de manera parcial después de los 13 años tuvo como objetivo conocer los aspectos psicosociales del estrabismo. Los autores encontraron que el estrabismo tuvo un impacto negativo en muchos aspectos de la vida de las personas. Algunas implicaciones fueron dificultades con la imagen de sí mismos, la obtención de empleo, las relaciones interpersonales, la escuela, el trabajo y los

deportes. Además, identificaron que las dificultades encontradas no desaparecieron después de la infancia, y que por el contrario, estas dificultades se intensificaron en la adolescencia y la edad adulta (Satterfield, Keltner y Morrison, 1993). Los autores concluyeron que la corrección del estrabismo en la infancia o adolescencia puede brindar una mejora en el funcionamiento psicosocial (Satterfield, et. al., 1993).

Otra investigación, realizada en México, tuvo como objetivo conocer el impacto psicosocial asociado al *bullying* en pacientes pediátricos con estrabismo. Los autores concluyeron que “el 55.38% de los pacientes que sufrió *bullying*, admitió pensar que la causa del mismo es el estrabismo y/o uso de lentes” (Martínez-Mayorquín, et. al, 2017, p. 66). Esto significa que más de la mitad de los infantes participantes identifican y reconocen la susceptibilidad que genera su condición visual. En este mismo estudio se encontró que la forma de acoso más frecuente fue la exclusión o bloqueo social, como la exclusión de juegos o actividades en grupo, prohibir a otros para no establecer una relación con estos menores, querer provocar el llanto y fomentar el rechazo de otros (Martínez-Mayorquín, et. al, 2017). “Es evidente que existe repercusión psicosocial con el uso de lentes u otras intervenciones oftalmológicas, situación que demerita la búsqueda de atención oftalmológica y empeora el pronóstico en estos pacientes” (Martínez-Mayorquín, et. al, 2017, p. 66).

Considerando lo señalado previamente, el tratamiento del estrabismo no se puede reducir únicamente a intervenciones médicas o quirúrgicas, aunque la atención médica es primordial para que los infantes accedan a una mejor calidad de vida, en los diferentes ámbitos que esto implica.

Los beneficios potenciales del estrabismo tratado en los niños son, además de la alineación ocular y su efecto sobre las relaciones óculo-faciales y el contacto visual con las demás personas, el desarrollo de la agudeza visual normal, el logro de la mejor visión binocular posible (útil para la mayoría de las actividades profesionales, deportivas y de la vida diaria) y mejoras en la calidad de vida. Ministerio de Salud de Chile, 2010, p. 7.

3.3.8. Construccinismo Social.

El surgimiento del paradigma posmoderno ha generado el cuestionamiento a las ideas modernas sobre la construcción del conocimiento. Estas ideas se centraban en que un sujeto podía conocer la realidad externa (común para todos y todas) a través de la observación. Esto implicaba que el sujeto desempeñara un rol pasivo en la construcción del conocimiento. En cambio la visión posmoderna “plantea la construcción como la forma de llegar al conocimiento” (Agudelo & Estrada, 2012, citados en Celis & Rodríguez, 2016, p.24). Desde esta postura la realidad no es algo separado y ajeno al sujeto, por el contrario, la realidad es construida por cada persona, entonces resulta difícil considerarla objetiva.

El Construccinismo Social surge de esta perspectiva construccional de la realidad y considera que esta construcción es a través del lenguaje, y sitúa la “conversación y al diálogo como condición necesaria para que pueda existir el conocimiento” (Celis & Rodríguez, 2016, p.25). Kenneth y Mary Gergen (2011) definen el construccinismo social como la creación de significados mediante el trabajo colaborativo. En el construccinismo, no se trata de lo que es, sino de lo que “es para nosotros”. Al comunicarnos unos con otros construimos el mundo en el que vivimos.

El Construccinismo se centra en “la influencia de lo social en el proceso de construcción de la realidad, siendo los espacios discursivos los únicos que dan sentido y significado a la experiencia humana” (Celis & Rodríguez, 2016, p. 25). Por lo tanto, este modelo “asume que nuestros modos de describir, explicar y representar la realidad derivan de las relaciones” (Molinari, 2003, citado en Celis & Rodríguez, 2016, p.25). Respecto a esto, Gergen afirma, que “el contexto marca la manera como se construyen las relaciones y que es necesario abandonar la idea de comprender al individuo para centrarse en su matriz relacional” (2010, citado en Celis & Rodríguez, 2016, p. 44).

El conocimiento es entonces resultado de la interacción social entre los integrantes que conforman un contexto cultural y “solo a través del lenguaje y de la conversación con otros, es posible la construcción de acciones con sentido y significado” (Celis & Rodríguez, 2016, p.25). Todas las construcciones de realidad proceden de las relaciones (con sujetos o

con objetos) porque los sujetos vivimos en sistemas, en sistemas relacionales (Celis & Rodríguez, 2016). El relativismo es una característica relevante del construccionismo, porque la validez de las construcciones es relativa al contexto en el que se desarrolla. Kenneth Gergen, uno de los principales autores del Construccionismo Social, precisamente señala que la objetividad no es posible porque todo conocimiento es relativo a la comunidad a la cual pertenece (1991, citado en Celis & Rodríguez, 2016).

El construccionismo social hace énfasis en que existe cierta determinación de lo social sobre lo que se considera individual. Es la sociedad la que brinda “herramientas” para que le sea posible al individuo insertarse en su contexto social. Estas herramientas incluyen palabras que poseen conceptos y significados. Pero al mismo tiempo, lo que existe es una sociedad constituida por creencias y representaciones, que surgen de las “herramientas” antes mencionadas, que generan sujetos.

Las palabras son, al fin y al cabo, algo pasivo y vacío simplemente sonidos o marcas sin consecuencia. Con todo, las palabras están activas en la medida en que las emplean las personas al relacionarse, en la medida en que son un poder garantizado en el intercambio humano. Gergen, 1996, p. 43.

Gergen (1996) en su desarrollo teórico señala supuestos que dan sentido al conocimiento desde el construccionismo social. A continuación se mencionan dos de estos supuestos:

1. “Los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambio situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas” (Gergen, 1996, p. 45).
2. “La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación” (Gergen, 1996, p. 48).

Respecto al primer punto, Gergen considera que las descripciones y explicaciones que se utilizan para dar nombre a la realidad, no son derivadas del mundo tal y como es. Porque “las palabras adquieren su significado sólo en el contexto de las relaciones actualmente vigentes” (Gergen, 1996, p. 45). Incluso el sentido otorgado a las palabras surge

de la relación que se establece con el pasado, y esto es lo que hará posible hallar sentido al mundo. Y sin embargo, el pasado como referente no alcanza para que las comprensiones se clarifiquen, pues hace falta considerar las formas de interacción del lenguaje. “No es simplemente la repetición ni la univocidad las que sirven para reificar el discurso, sino la gama completa de relaciones de las que forma parte ese discurso en cuestión” (Gergen, 1996, p. 46).

En cuanto al segundo punto, Gergen afirma que la significación del lenguaje posee proporciones que “no derivan su sentido de su relación determinante con un mundo de referentes. Al mismo tiempo, encontramos que el enfoque semántico puede reconstituirse en el seno de un marco social” (Gergen, 1996, p. 48). Al considerar la reconstitución surgen posibilidades semánticas del significado de la palabra. “La forma de la relación permite que la semántica funcione” (Gergen, 1996, p. 48). Por lo tanto, el significado dentro del contexto o situación depende del uso del contexto en el seno de pautas culturales más amplias (Gergen, 1996). Por último, Gergen señala algo importante respecto a las posibilidades de significados. “Para la transformación social se requieren nuevas visiones y vocabularios, nuevas visiones de la posibilidad y prácticas que en su misma realización empiezan a trazar un curso alternativo” (Gergen, 1996, p.54).

3.3.8.1. *Yo Relacional.*

Retomando los postulados posmodernos, el sujeto es un ser activo en la construcción de la realidad, pero no solo de la realidad externa, esto involucra también la realidad interna. Esto significa que la persona es protagonista en la construcción de su identidad, su historia y lo que narra de sí mismo. El Construccinismo entiende el concepto de “Yo” como una configuración que se sujeta a las relaciones que se establecen en contextos específicos. “La identidad, el Yo o el *Self* son resultado de las implicaciones de los seres humanos en espacios discursivos” (Gergen & Warhus, citados en Celis & Rodríguez, 2016, p. 30). A lo largo de su obra, Gergen ha desarrollado el concepto de “Yo”, como una construcción social, lo que significa que la identidad no está dentro de ninguna unidad sino que se compone de flujos temporales (Gergen, 1985, citado en Arango y Moreno, 2009).

Gergen confronta la idea de que la acción humana se origina en un interior mental porque entonces la persona se conceptualiza como un ser delimitado, además de considerar que responde a la tradición individualista. El autor señala que aún en el uso del lenguaje que expresa el estado mental o cuando una persona habla de sí misma se puede reconfigurar la comprensión para identificar la base relacional. “Podemos empezar a ver que nuestro vocabulario mental es fundamentalmente un vocabulario de relación” (Gergen & Castell, 2015, p. 125).

Lo que sabemos de nosotros mismos y de los demás no es una descripción objetiva, pues este saber surge a partir de una construcción realizada con otros. Es decir, cada uno posee muchas opciones sobre cómo interpretar a los otros, al entorno y a nosotros mismos, sin apoyarnos en una realidad objetiva sino desde las diferentes concepciones que han tomado sentido. Por lo tanto, el enfoque relacional “considera la autoconcepción no como una estructura cognitiva privada y personal del individuo sino como un discurso acerca del yo: la representación de los lenguajes disponibles en la esfera pública” (Gergen, 1996, p. 163). Es decir, la autoconcepción es acerca de los relatos del yo. La construcción de la identidad se constituye en el intercambio y apoyo de otro(s), la mirada e intercambio que se presenta. “Si uno tiene una identidad, solo se debe a que se lo permiten los rituales sociales en que se participa; es capaz de ser esa persona, porque esa persona es esencial para los juegos generales de la sociedad” (Gergen, 1992, citado en Celis & Rodríguez, 2016, p. 33).

“Hay una nueva concepción del yo (...) ya no se define como una esencia en sí, sino como producto de las relaciones” (Gergen, 1992, p. 191). Entonces es un Yo relacional, no fijo ni único, que se constituye en cada relación. Por consiguiente, el sujeto es la sumatoria de lo que es, con sus diversos vínculos. Sin embargo, Gergen (1992) señala que para que el yo se pueda constituir como relacional debe atravesar tres fases de la construcción del yo. Estas son: la manipulación estratégica, personalidad “pastiche” y el yo relacional. El yo relacional se construye a partir de las relaciones y los significados que otro les da a las cosas. “Las relaciones son las que crean el sentido del Yo, entonces el yo deja de ser el centro de los éxitos o los fracasos (...) yo soy un yo solamente en virtud de cumplir un determinado papel en una relación” (Gergen, 1992, p. 204).

Al considerar el lenguaje de la construcción del yo, en los relatos de lo cotidiano y en nuestra historia “utilizamos la forma del relato para identificarnos con otros y a nosotros mismos (...) nuestras relaciones con otros se viven de una forma narrativa” (Gergen, 1996, p. 163). En este sentido, Gergen afirma que “la autonarración garantiza un futuro relacional” (1996, p. 182) porque “estos lenguajes, extraen ese poder de las consideraciones compartidas acerca del yo, o sea, acerca de quiénes somos, cómo estamos constituidos y de qué modo debemos obrar” (Gergen, 1996, p. 41).

Las narraciones permiten poseer un yo inteligible, es decir, un ser reconocible con un pasado y un futuro (Gergen, 1996), por lo que las narraciones forman parte de la construcción del yo y su identidad. Sin embargo, la manera en la que se teje la continuidad narrativa responde no solo a las acciones de la persona, también de otros.

Las acciones de los demás se convierten en parte integrante de la inteligibilidad narrativa. En este sentido, las construcciones del yo requieren de todo un reparto de participaciones de apoyo. (...) La validez narrativa, por consiguiente, depende fuertemente de la afirmación de los demás. (...) La identidad de uno puede mantenerse sólo durante el espacio de tiempo que los otros interpretan su propio papel de apoyo, y dado qué uno a su vez es requerido para interpretar papeles de apoyo en las construcciones de los otros. (Gergen, 1996, p. 183).

3.3.9. Yo Espejo.

Charles Horton Cooley estudió Economía Política y Sociología en la Universidad de Michigan alrededor de 1890. Su formación y desarrollos teóricos lo han consolidado como uno de los pioneros en el estudio de la comunicación social, la psicología social y la sociología norteamericana. Cooley perteneció a la Escuela de Chicago, junto con otros autores destacados como Charles S. Peirce, George Herbert Mead o William I. Thomas (Cooley, 2005). Dentro de sus principales aportes se encuentra el interaccionismo sobre la construcción cognitiva del yo, que lo llevó a desarrollar la teoría del Yo Espejo.

Cooley consideraba que el ser humano posee un yo diferenciado a lo largo de su vida (Rousseau, 2002). Este yo al definirse a sí mismo se establece como distinto a los demás. Sin embargo, este proceso de auto-definición no es un fenómeno que se configure en solitario, por el contrario, incluye a otros sujetos. A partir de esto, Cooley sugirió que el sentimiento de sí mismo y el sentimiento social deben armonizarse puesto que son dos caras de un mismo fenómeno. Cuando Cooley menciona “armonizar el sentimiento” de sí mismo con el sentimiento social no sugiere que las personas deban adecuarse a la sociedad, sino que deben examinar responsablemente los efectos de sus acciones en los demás (Rousseau, 2002).

Charles Horton Cooley, al igual que otros autores, enfatizó en que la cultura y el aprendizaje son posibles a través de la interacción simbólica. Por lo tanto, también por medio de la interacción simbólica cada persona adquiere el propio sentido del ser, su yo e identidad. En opinión del autor, la individualidad no es previo, ni inferior a la socialización. Ambos existen como aspectos complementarios de un mismo fenómeno (Rousseau, 2002). Es mediante la relación con los demás que es posible la expansión de la experiencia interior.

Cooley (2005) explica que el pensamiento individual necesita de un interlocutor, sea imaginario o real, para que el propio pensamiento se pueda enriquecer. Para el autor no hay diferencia entre las personas reales y las imaginarias, porque “una persona puede ser real para nosotros sólo en tanto la imaginamos en una vida interior que existe en nosotros, en esa situación, y que se refiere a ella” (Cooley, 2005, p. 16). Cooley brinda un ejemplo de esto, cuando se comparte algo a una persona extraña se le puede utilizar como una figura que sostiene la ilusión de la simpatía, por lo tanto es un interlocutor imaginario que podría ser representado por otra persona. El autor afirma que esta búsqueda de otros y otras que confirmen y sostengan aquello que se desea es necesario para la construcción de la identidad.

Concebir un compañero simpático y aprobador es algo que involuntariamente intentamos, siguiendo ese instinto hedonista que aparece en todos los procesos mentales autónomos, y mostrar ante ello al menos la apariencia de un aprecio amistoso se considera parte de la buena crianza. (Cooley, 2005, p. 16).

De esta manera el sentimiento y la imaginación coinciden en el pensamiento, como un mundo personal donde se tejen los símbolos personales. Al pensar en una persona, “nuestro pensamiento está formado principalmente por sentimientos que conectamos con su imagen, y por otra parte, si intentamos recordar un sentimiento determinado, veremos que con él vienen símbolos de las personas que los han provocado” (Cooley, 2005, p. 17). El autor explica que esto se debe a que el “sentimiento y la imaginación se generan, en su mayor parte, en la comunicación viva, y así ocurre con las imágenes personales que por asociación original y necesaria van unidas unas con otras” (Cooley, 2005, p. 17).

“Las imaginaciones que las personas tienen los unos de los otros son los hechos sólidos de una sociedad” (Cooley, 2005, p. 19). Asimismo, el yo social es un sistema de ideas, extraído de la vida comunicativa y que el pensamiento asume como si fuera suyo propio (Cooley, 2005). Entonces al usar la palabra “Yo”, esta tiene un significado que tiene como referencia a otras personas, por las ideas que representan y que son parte de la vida comunicativa. “Las cosas a las que damos un nombre y que tienen un lugar extenso en el pensamiento reflexivo, son casi siempre aquellas que se imprimieron en nosotros por el contacto con otras personas” (Cooley, 2005, p. 23).

“Lo que llamamos “yo”, “mío”, “mí mismo” es, algo que no está separado de la vida general, sino que es la parte más interesante de esa vida, y cuyo interés surge del hecho de que es a la vez general e individual” (Cooley, 2005, p. 23). Cooley distingue esta concepción del yo a diferencia de la idea que usualmente se tiene sobre la persona como algo meramente material, corporal. “El componente físico es simplemente el más plástico, agradable y mentalmente significativo de una imaginación que los ha creado, y con él fundamentalmente ha cristalizado un núcleo o centro de sentimiento” (Cooley, 2005, p. 18). Aunque el cuerpo como algo apropiativo, “mío”, es algo que no se piensa particularmente como propio a menos que se esté comunicando con alguien respecto a ello. “La auto - conciencia más intensa surge siempre acompañada de experiencias o instintos que la conectan con el pensamiento de los otros” (Cooley, 2005, p. 23).

Cuando llevamos el cuerpo ante el mundo social, a la vida común, entonces colocamos en él nuestra auto-conciencia. Aunque Cooley (2005) establece que solemos llamar a cualquier objeto inanimado “yo”, si identificamos con el objeto nuestro propósito o deseo. El Yo Espejo es la constitución de un yo a partir de la interacción con los demás (Cooley, 2005).

La referencia social adopta la forma de una imaginación bastante definida de cómo el yo de uno mismo – es decir la idea que se haya apropiado – aparece en una mente particular, y el tipo de sentimiento del yo que uno tiene está determinado por la actitud hacia el mismo que atribuimos a esa otra mente. Un yo social puede llamarse por ello el yo reflejado o el yo espejo. (Cooley, 2005, p. 25).

Al ver nuestro rostro, cuerpo y vestimenta en el espejo, hay un interés en ello porque se asume que ese reflejo es nuestra propiedad. Cooley (2005) menciona que puede ser agradable o no, en la medida que responden a cómo deberían ser. Pero esta expectativa está influida por la imaginación que percibimos en la mente del otro sobre el pensamiento de nuestra apariencia, de nuestras maneras, objetivos, acciones, carácter, etc., y nos sentimos afectados por ellos según sean en cada caso. Cooley consideraba que esta idea del yo se compone de tres elementos principales: “la imaginación de nuestra apariencia para la otra persona; la imaginación de su juicio sobre esa apariencia, y algún tipo de sentimiento propio, como por ejemplo el orgullo o la mortificación” (Cooley, 2005, p. 25).

Cooley (2005) afirmó que “siempre imaginamos y al imaginar compartimos los juicios de las otras personas” (p. 25), es decir, hacemos un esfuerzo por imaginar los pensamientos y percepción de la otra persona para imaginarnos a nosotros mismos.

La cosa que nos mueve a orgullo o vergüenza no es la mera reflexión mecánica de nosotros mismos, sino un sentimiento imputado, el efecto imaginado de esa reflexión en la mente de otra persona. Esto es evidente por el hecho de que el carácter y forma de ser de esa otra persona, en cuya mente nos vemos, es el que marca la diferencia en nuestro sentimiento. (Cooley, 2005, p. 25).

El yo espejo plantea entonces que la auto-relación y la autoexpresión están ligadas a otras personas. Entonces el yo espejo representa un puente respecto al dualismo entre el

sentido de sí mismo de cada persona y la interacción como la influencia en este sentido de sí mismo (Rousseau, 2002). A partir del concepto de Yo Espejo, Cooley (1902, citado en Goñi, 2009) definió el autoconcepto social como la autopercepción de la admiración que se tiene por parte de otras personas, es decir, el autoconcepto social como la autopercepción de la aceptación social.

4. Construcción y análisis del caso

El presente apartado tiene como objetivo ejemplificar y brindar evidencia del proceso psicoterapéutico de Elisa, a través del análisis teórico de viñetas y expresiones gráficas presentadas en las sesiones. Para el análisis del caso se muestran 22 viñetas seleccionadas de acuerdo con la pertinencia de la metodología de caso. Las viñetas presentadas se han extraído de los formatos F3 del expediente, que corresponden a la relatoría de las sesiones (ver anexo 4). El apartado se divide en tres secciones, en el primero se realiza un diálogo desde el marco referencial y los conceptos centrales. Posteriormente se analiza el caso desde un diálogo intradisciplinar, retomando la teoría del apego y la base segura, posteriormente a partir de la Psicoterapia Infantil Humanista y la alianza terapéutica. Por último se presenta el diálogo interdisciplinar con otras áreas de conocimiento, como la Sociología y la Medicina. Desde la Sociología, se considera el Construccinismo Social, el Yo Relacional y el Yo Espejo. Y la aportación médica es la consideración del estrabismo como condición ocular.

4.1. Desde el marco referencial

El orden en el que se presentan las viñetas desde el marco referencial no corresponde al proceso cronológico. En este apartado del análisis desde el caso referencial se muestran 19 viñetas, las cuales se han ordenado de acuerdo con las siguientes categorías de análisis: Intervenciones desde el *holding*, el *holding* en la terapia de juego, transferencia y presencia de la condición física en un ambiente facilitador. Cada categoría posee sus criterios de verificación respectivos.

4.1.1. Intervenciones desde el *holding*.

Esta categoría está conformada por tres criterios de verificación y en cada criterio se ha añadido una viñeta con su respectivo análisis. Esta categoría muestra la manera en la que las intervenciones desde el *holding* en las sesiones favoreció que el proceso psicoterapéutico

fuera un encuentro recíproco, dando como respuesta ciertas conductas y manifestaciones por parte de Elisa. Estas respuestas se caracterizan por la mutualidad, la continuidad de la figura de la psicoterapeuta, posibilidades y alternativas frente a situaciones frustrantes, así como el uso del yo auxiliar de la terapeuta como apoyo yoico.

4.1.1.1. Holding y mutualidad.

Viñeta #1: Sesión 13 (F3, ver anexo 4)

Elisa construyó una torre de bloques. Le ayudé a colocar una base de cuatro bloques para que la torre se sostuviera después de varios intentos que realizó Elisa y tuvo como resultado que la torre se cayera.

- **Terapeuta:** *“Cuando somos pequeños así cada bloque es cada persona que tú quieres y que te quiere, te ayuda a crecer grande y fuerte. ¿Quiénes serían estos bloques?”*
- **Elisa:** *“Sería un niño, niña”*
Terapeuta: *“Y alguien que te quiere a ti, ¿quién sería?”*
- **Elisa:** *“Susana, Yovanna, Aranxa, Camila, Valeria, Ana y Roberta, Regina, Lupita, Dana, Hania”* (mientras yo señalaba los bloques)
- **Terapeuta:** *“¿Quiénes serían los azules?”* (señalé cada bloque) *“¿Quién más quiere a Elisa?”*
- **Elisa:** *“Daniel, Luis, Yared. Es que tengo una tía. Mi mami, mi papi, mi papá Vicente, mi mamá Luisa, Lucero, Alma y tú”*
- **Terapeuta:** *“¿Yo? ¿También yo estoy aquí?”*
- **Elisa:** *“Sí”*
- **Terapeuta:** *“Mira cuántas personas te queremos Elisa”*
- **Elisa:** *“Todos mis primos, y Alan, Alex. Es que se me olvidan. Franco, Fernanda, nada más”*
- **Terapeuta:** *“Hasta faltaron piezas para las personas que quieren a Elisa. Mira todas las personas que te cuidamos”.*

Análisis viñeta #1

Elisa manifestó en la viñeta que la terapeuta es una persona que le tiene afecto y cuidado, que la procura y la acompaña en la búsqueda de su bienestar. Elisa la incorporó a las personas que considera cercanas afectivamente, lo cual representa la relación terapéutica que se ha logrado establecer. La figura de la psicoterapeuta ya se configuró dentro de una relación hospitalaria y que generó confianza en Elisa. En los encuentros entre el infante y los cuidadores se establece una relación de mutualidad, resultado de que puedan vivir y sentir juntos (Abello, 2011). En la psicoterapia la mutualidad también implicó que Elisa tuviera certeza de que la psicoterapeuta estaría disponible afectivamente.

Para Winnicott la presencia del terapeuta como “sujeto real” es clave para el desarrollo terapéutico, por lo que “no se trata de interpretar, sino de jugar el papel que el paciente necesita para abordar su problemática personal y su subjetividad que siempre es relacional e intersubjetiva” (Sáinz, 2015, p. 99). En el caso de Elisa, parte de sus conflictos eran resultado de un sostén emocional precario que no atendía sus necesidades. La psicoterapeuta como “sujeto real” le retroalimentó a Elisa que los afectos, el cuidado y la contención que experimentaba por parte de la figura de la terapeuta eran reales. La respuesta en ese momento se limitó a confirmar lo que Elisa estaba expresando, es decir, se dio atención al contenido emocional y no la posibilidad de interpretación.

Winnicott también afirmaba que el infante en la relación con un adulto cuidador establece un intercambio emocional y afectivo que opera dentro de la mutualidad psíquica (Sáinz, 2015). Esta mutualidad psíquica se manifestó en la sesión cuando Elisa indicó que la psicoterapeuta forma parte de las personas significativas. Dicha expresión por parte de Elisa es resultado del intercambio emocional que se ha presentado en sesiones previas. Por lo tanto, la mutualidad psíquica en psicoterapia es un proceso que requiere un intercambio continuo y constante. El vínculo que se estableció en ese momento favoreció la disposición de Elisa frente al proceso terapéutico, porque la figura de la psicoterapeuta al resultarle valiosa para ella generó que se despertara en la menor un interés por el proceso (Rangel, 2016).

4.1.1.2. *Respuesta de la menor frente al holding.*

Viñeta #2: Sesión 5 (F3, ver anexo 4)

En esta sesión el material de juego fue una muñeca y un unicornio. Elisa eligió la muñeca, le colocó su babero y sus calcetines.

- **Terapeuta:** “*Y ¿a qué juega esta bebé?*”
- **Elisa:** *A las traes*
- **Terapeuta:** “*Muy bien... las traes*” (Toqué la mano de la muñeca con mi mano)
- **Elisa:** “*Con el unicornio*”
- **Terapeuta:** “*Ok, las traes Elisa*” (Toqué a la muñeca con el unicornio)

Elisa movió a la muñeca persiguiendo al unicornio

- **Elisa:** “*Las traes*” (Tocó el unicornio con la muñeca)
- **Terapeuta:** “*Las traes*”
- **Elisa:** “*Las traes*”
- **Terapeuta:** “*Las traes*”
- **Elisa:** “*Y ahora quieren jugar a las escondidas*”
- **Terapeuta:** “*Ok, a las escondidas*”

Elisa colocó a la muñeca recargada sobre la pared.

- **Terapeuta:** “*Ah ¿tú vas a contar?*”
- **Elisa:** “*1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8... Ya te encontré*”
- **Terapeuta:** “*Pero si puedo correr y llego a la base ¿me salvo?*”

Elisa asintió con la cabeza.

- **Terapeuta:** “*Ahora me toca contar a mí... 1, 2, 3, 4, 5*”. (Utilicé el unicornio para buscar a la muñeca).
- **Terapeuta:** “*Ya te encontré*”

Elisa movió la muñeca y llegó a la “base”.

- **Terapeuta:** “*Ay no, me ganaste. ¿Quieres contar ahora tú?*”

Elisa asintió con la cabeza.

- **Elisa:** “*1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19...*” (Mientras yo escondí al unicornio)

Elisa comenzó a buscar debajo de la mesa y encontró el unicornio. Moví al unicornio y llegó a la “base” para salvarse.

- **Terapeuta:** “Uju... me salvé. Ahora cuento yo. 1, 2, 3, 4, 5...” (Comencé a buscar a la muñeca y la encontré).

Elisa sonrió.

Análisis viñeta #2

En la viñeta se puede identificar que en el primer momento del juego Elisa está probando qué tan disponible está la terapeuta para “seguirla” de acuerdo con lo que ella desea y necesita. Cuando comenzamos a jugar a “las traes”, primero toqué la muñeca con mi mano y ella respondió que debía tocar la muñeca con el unicornio, porque ese era el juguete con el que yo estaba participando. Al admitir y atender lo que Elisa solicitó, ella lo experimenta como un espacio donde puede expresarse sin temor a ser juzgada o señalada. En esta viñeta se puede confirmar lo que señala Daurella (2018) respecto a la relación terapéutica, donde el/la terapeuta debe “configurar una forma de relación hospitalaria y generadora de confianza, porque solo así el paciente tendrá una oportunidad para modificar sus respuestas defensivas y abandonar sus patrones de respuesta perturbados y patológicamente organizados” (Daurella, 2018, p. 13).

Cuando Elisa confirmó que la terapeuta accedió a su juego, ella cambió la propuesta del juego para que la terapeuta no solo la siguiera y también fuera capaz de buscarla y encontrarla. Aunque estos gestos se presentan en ambos sentidos, Elisa con la expectativa de ser encontrada al mismo tiempo que ella busca a la terapeuta y la encuentra disponible para ella. Joyce Slochower consideraba que el terapeuta al estar disponible para el paciente suspende su propia subjetividad, pero está ahí para cuando el o la paciente lo requieran. La finalidad de esta presencia es la de brindar a la persona un espacio de contención, un lugar seguro, que le permita decir algo de sí mismo y también para que logre ser (Toscano, 2015).

Que Elisa haya podido pasar de una situación de ser perseguida a ser buscada y encontrada es una respuesta de Elisa frente al *holding* porque no es necesario que la terapeuta esté permanentemente “detrás de ella”, Elisa pudo enfrentarse a las ausencias y distanciamientos, sabiendo que después del conteo podía regresar “a la base”, que era un lugar seguro. Por otro lado, saber que la terapeuta la buscaría le permitió a Elisa mantener a

la muñeca escondida hasta que se sintiera lista y segura para salir. De otro modo, si hubiera tenido certeza de que no se le buscaría, no habría tolerado los segundos del conteo y la búsqueda. Esto muestra lo que Talarn (2009) explica respecto al sostén:

Si el niño se siente bien sostenido –bien cuidado, bien amado–, logrará integrar los estímulos del exterior y una idea de sí mismo de modo armonioso. Si este sostenimiento falla, el niño experimentará una sensación de amenaza y falta de integración que impedirá su desarrollo normal. (p. 120).

La confianza en saberse buscada la llevó a tomar turnos y situarse en ambos roles, ser encontrada y también salir a buscar. A este se refería Winnicott como trabajo terapéutico, que “tiene que ver con la experiencia vinculativa y emocional que construyen paciente y terapeuta, el sostén permite que se dé la experiencia compartida donde es posible la transicionalidad” (Sáinz, 2015, p. 103). Además de la experiencia vinculativa, la manera en la que la terapeuta estuvo presente durante el juego le confirmó un ambiente de seguridad y confianza.

4.1.1.3. El holding de la psicoterapeuta.

Viñeta #3: Sesión 13 (F3, ver anexo 4)

Elisa solicitó trabajar con los bloques. Le pasé la bolsa de bloques y ella lo abrió y fue sacando los bloques. Mientras los sacaba le pregunté los colores y los mencionó correctamente. Volteó la bolsa para que salieran los bloques faltantes y cayeron algunos al piso. Elisa los colocó en la mesa y los contó, llegó al número 22 y volvió a empezar. Comenzó a apilar los bloques y al preguntarle qué era dijo que una montaña. Apiló bloques hasta que no alcanzó y se estiró. Le pregunté si no era peligroso que la montaña fuera tan alta. Elisa dijo que no. Apiló los bloques por colores. Como ya no alcanzó a seguir colocando los bloques dijo “*ya no alcanzo*”, y entonces se subió a la silla para colocar más piezas. Como ya no había bloques naranjas, colocó los bloques azules. Se tambaleó la torre y se cayeron las piezas. Ella tomó del piso los bloques y los puso en la mesa. Colocó otros bloques y volvió a apilar bloques sobre eso. Elisa: “*la pared está muy alta*”, continuó apilando bloques pero en dos columnas. La torre tampoco se sostiene y se tambalea. Elisa dice: “*ya la quiero guardar*”. Le pregunté porque no se pudo detener la torre y respondió “*porque ya no se*

pudo”. Le mencioné que necesita de otras piezas en la parte de abajo para que se sostenga. Comencé a colocar las piezas y Elisa dijo *“para que ya no se caiga”*. Le pedí que colocara las piezas y quedó una torre con 4 columnas. Le mostré cómo intercalar las piezas para que no se cayera. Ella me fue pasando los bloques.

- **Terapeuta:** *“necesitamos de otros para estar más fuertes”*.

Ella siguió colocando bloques.

- **Terapeuta:** *“Se puede construir cuando está más fuerte. ¿Qué te parece?”*
- **Elisa:** *“Muy bien”*.
- **Terapeuta:** *“Cuando estamos creciendo, así como tú, ¿recuerdas cómo quedaron los primeros bloques?”*
- **Elisa:** *“Muy flaquitos”*
- **Terapeuta:** *“¿Por qué quedaron flaquitos?”*
- **Elisa:** *“Porque son así y así”* (con sus mano explicó que alto y delgado)
- **Terapeuta:** *“¿Qué le pasó a la torre?”*
- **Elisa:** *“Muy alta y se cayó”*
- **Terapeuta:** *“Como estaba solita ¿qué le pasó?”*
- **Elisa:** *“Se pegó”*
- **Terapeuta:** *“Cuando vamos creciendo mira cómo necesitamos que otras personas nos ayuden a mantenernos de pie...”*
- **Elisa:** *“Así”*. (Señaló con sus manos la altura de la torre)
- **Terapeuta:** *“¿Por qué quedó más fuerte este?”*
- **Elisa:** *“Porque estaba comiendo frutas”*
- **Terapeuta:** *“¿Y qué más tiene?”* (Señalé los bloques).

Elisa comenzó a contarlos.

- **Terapeuta:** *“Entonces cuando tiene más bloques se hace más...”*
- **Elisa:** *“Grande”*
- **Terapeuta:** *“Y más... mira cómo está. ¿se mueve?”*
- **Elisa:** *“Poquito”*
- **Terapeuta:** *“Entonces se hace más...”*
- **Elisa:** *“Fuerte”*

Análisis viñeta #3

En este fragmento de la sesión Elisa se enfrentó en un primer momento a la frustración en el juego. Ella deseaba colocar piezas a la torre de bloques y al ver que no se sostuvo volvió a tomar las piezas para intentar armar la torre una vez más. En este segundo intento la torre tampoco se sostuvo y frente a esto la respuesta de Elisa fue el deseo guardar los bloques. La frustración se hizo presente, por lo que la solución era eliminar aquello que resultaba incómodo. La terapeuta brindó una alternativa para que la torre se pudiera sostener. El sostén terapéutico entonces se manifestó en la posibilidad de acompañar la frustración y traducirla de modo que le fuera más tolerable. Winnicott consideraba que “el yo auxiliar del cuidado materno le permite vivir y desarrollarse a pesar de no ser aún capaz de controlar o de sentirse responsable por lo bueno y lo malo del ambiente” (Winnicott, 1993, p. 48). La psicoterapeuta al sostener la experiencia, brindó un yo auxiliar a Elisa para enfrentar su angustia.

Winnicott consideraba que “el analista sostiene al paciente, lo cual suele tomar la forma de la comunicación con palabras, en el momento oportuno, de algo que demuestre que el analista conoce y comprende la angustia más profunda que el paciente experimenta o espera experimentar” (Winnicott, 1963, p. 315). El *holding* de la psicoterapeuta se hizo presente al señalarle a Elisa una alternativa frente a aquello que ella percibía como “imposible”, incluso ella respondió: “*porque ya no se pudo*”. La intervención no invalidó la percepción de Elisa, por el contrario se buscó explicarle porque no había logrado que la torre se mantuviera de pie. Se atendió al deseo y también a lo que Elisa manifestó verbalmente. Entonces “el analista es un soporte, en el sentido de sostén, sostiene la palabra y el deseo del analizante” (Fontana, 2001, p. 92).

En diferentes sesiones Elisa mencionó en las historias caídas y accidentes (viñetas #4, #7, #8, #14 y #16). En esta sesión al preguntarle qué había pasado con la torre al estar sola Elisa respondió que se había pegado. Esta asociación expresa lo que ella vivía en su realidad, al no tener adultos que le sostuvieran y colaboraran con ella para enfrentar experiencias dolorosas causadas por el estrabismo. Para Elisa enfrentarse a las experiencias sola se traducían en algo que hiere, que “pega”. Las intervenciones desde el *holding* consistieron en

ayudarle a pensar de qué manera se puede vivir con más fortalezas y recursos. Los enunciados se hicieron con la finalidad de que ella completara la frase, a partir de lo que había visto en la torre. En el proceso terapéutico “el terapeuta muestra lo que va aprendiendo del paciente, lo comparte con él, le aproxima aquellos contenidos que considera útiles para que él los encuentre o, mejor dicho, para que pueda descubrirlos por sí mismo” (Sáinz, 2017, p. 74).

4.1.2. Holding en la terapia de juego.

Esta segunda categoría está conformada por diez viñetas clínicas. En el criterio sobre la evolución del juego se colocaron cinco viñetas de distintos momentos del proceso terapéutico para ejemplificar cómo han cambiado los juegos. El resto de las viñetas corresponden a la fase intermedia y final del proceso presencial.

4.1.2.1. Estructura del juego.

Viñeta #4: Sesión 15 (F3, ver anexo 4)

En esta sesión el material utilizado fue un set para armar una escuela, con niños y niñas, juegos y objetos escolares (ver anexo 11). Elisa y yo fuimos sacando el material de la caja para poder armar la escuela, usando como guía la caja. Elisa tomó al niño en silla de ruedas y le pregunté: “¿Qué le pasa a ese niño?”, ella respondió: “*Está malo de su pie. Y este niño tiene su mano así*” (Elisa dobló su mano para representar al otro niño). Le dije que era verdad. Elisa: “*Y a esta le tomaron una foto*” (se refirió a la niña).

Elisa tomó los 3 niños y **los colocó en el techo**, le pregunté si están en el techo y respondió que sí. Tomó el autobús y lo quiso colocar en sus vías. Le pregunté si quería armar la rueda (vías) y dijo que sí. Elisa armó la rueda de las vías y le ayudé a poner los conectores entre las vías. Ella me fue diciendo dónde colocarlos. Elisa puso el autobús en las vías y también la bicicleta. Le pregunté qué hacen los niños en el techo y dijo: “*están viendo allá y querían el cochecito*” (comenzó a hablar como diálogo de los niños), “*Yo quiero este*”. Colocó dos niños en el autobús y la niña en la bicicleta.

Elisa comenzó a jugar y dijo: “*Aquí es para meterse y se cayó*”. Le pregunté qué le pasó y respondió: “*se cayó de la bici*”. Le pregunté si se pegó y Elisa dijo que sí, “*acá estaba la camita*” (movió la niña a una repisa). Le dije: “*Ah ya la llevaron a su camita, ¿quién la*

va a cuidar?”. Elisa dijo: **“Pues la mamá. Y quería ir a los juegos”**. Le pregunté si ya se había recuperado y dijo que sí. (Movié la niña hacia los juegos). Elisa: “Después los niños también van a los juegos”.

Elisa colocó a los niños en los columpios y mencionó que le gritaron a la niña para que también se subiera. Después los movió al sube y baja. Elisa dijo: “Wiiii...este era su hermano”, le pregunté de quién y dijo que de la niña. Elisa mencionó: **“el otro niño se vio con la niña y estaba solito”**. Le pregunté porque estaba solito y dijo: **“Porque no se subía al coche” (se refirió al niño de la silla de ruedas)**. Elisa: **“Y se trajo la bici para que ahí se subiera”**.

Análisis viñeta #4

En la viñeta se puede observar que la estructura del juego que responde a elementos del mundo real y que también posee orden lógico. A diferencia de otros juegos elaborados por Elisa en otras sesiones, en este juego los personajes también suben al techo pero no hay una caída desde ahí, aunque sí hay presencia de una caída en el juego. Uno de los niños se cae pero de la bicicleta. Estos elementos de las caídas dan cuenta de cómo Elisa experimenta sus propias “caídas”. Portalatin (2020) precisamente refiere que en el juego el infante representa su realidad psicológica y se deja llevar por su necesidad y deseo de simbolizar su vida emocional.

A lo largo de las sesiones el juego simbólico se fue haciendo presente y su contenido tuvo mayor estructura. Esta viñeta corresponde a la última sesión presencial realizada con Elisa y el juego presenta una historia donde suceden eventos hirientes pero no concluyen así. Elisa pudo elaborar alternativas y soluciones que pueden ser posibles en la realidad para ella, como lo es la “recuperación” después de una caída y saber que habrá cuidados por parte de adultos. Estas alternativas son muestra de lo que menciona Álvarez (2016) respecto al contenido del juego, donde hay elementos contradictorios y cambiantes, pero también pueden ser flexibles y manejables para que sea posible su modificación. En el juego la silla de ruedas, como una limitación física que se puede asimilar al estrabismo, no resulta un obstáculo para que haya inclusión a las actividades.

La terapeuta al realizar preguntas sobre los personajes favoreció que Elisa les asignara características y cualidades, lo cual la lleva a vivirse creadora dentro del juego y la narrativa. En el caso del niño de silla de ruedas, en vez de indicarle la limitante física, se le permitió que ella se esforzara por explicar la situación. Al considerar el estrabismo de Elisa, pudo ser más sencillo que ella se identificara con ese personaje y por eso en la historia tuvo un protagonismo. La presencia de un personaje con una condición física le comunicó a Elisa que es algo que experimentan las personas, incluso los personajes de un juego. La simbolización demanda de la presencia de otra persona para poder experimentar lo que requiere el proceso. “La mirada que sostiene y habilita al infante y la palabra que estructura y contextualiza” (Álvarez, 2016, p. 25).

El *holding* favoreció la estructura del juego porque consistió en brindarle elementos a Elisa para facilitar que pudiera elaborar una historia dentro del juego, donde le fuera posible colocar aspectos emocionales y vivencias a las que se ha enfrentado en la realidad. Así lo considera Janin (2012), no necesariamente por la elaboración de la historia, sino donde sea posible:

Una palabra, un gesto, una acción del analista, pueden tener un efecto privilegiado operando como disparadores, articuladores, como apertura a lo innombrable, posibilitando el armado de una historia. Quizás una de las cuestiones fundamentales es esa: no se trata muchas veces de develar una historia (aunque puede tratarse de ello) sino de posibilitar que se arme una, que se despliegue una trama. (Janin, 2012, p. 55).

4.1.2.2. Secuencia del juego.

Viñeta #5: Sesión 14 (F3, ver anexo 4)

Inició la sesión y le pregunté a Elisa si quería trabajar con las marionetas y dijo que sí. Elisa eligió un puerquito y el lobo, a mí me asignó a los dos puerquitos restantes. Ella insertó su mano en las marionetas y le ayudé a colocar sus manos para que pudiera mover las marionetas.

- **Elisa:** “*Los 3 cerditos*”.

Le pregunté si conoce el cuento y dijo que sí.

- **Elisa:** *“Ahí viene el lobo”*. Elisa movió el lobo para perseguir a los cerditos.
- **Terapeuta:** *“Nooo, ¿a dónde podemos ir?”*.

Elisa hizo un ruido como gruñido.

- **Terapeuta:** *“Lobo, ¿qué es lo que quieres?”*.

Elisa volvió a gruñir y **mordió la oreja de un puerquito (con la marioneta del lobo)**. Yo como puerquito pedí ayuda (Se quedó doblada la oreja del puerquito).

- **Elisa:** *“¡Su oreja!”*.
- **Terapeuta:** *“¿Ahora qué podemos hacer?”*.

Elisa persiguió a los cerditos y dijo: *“te va a comer”*. Tomé un puerquito y dije: *“Corre, corre. Dame la mano”*. **Los puerquitos se tomaron de la mano y corrieron**. Le pregunté dónde se podrían esconder, Elisa respondió: *“aquí”* (atrás de la bolsa de cubos).

- **Elisa:** *“El puerquito se comió al lobo”*.

Le dije que mi puerquito ya no tiene su orejita y Elisa dijo: *“se la iban a arreglar”*. Tomé el puerquito y le dije: *“En la calle alguien me dijo cosas por no tener mi oreja”*.

- Elisa preguntó (puerquito): *“¿No tienes oreja?”*.

Le dije que no, porque el lobo se la comió.

- **Elisa:** *“La voy a sacar”* (desdobló la oreja para que se volviera a ver).

Después Elisa dijo: *“Me voy a comer la oreja”* (mordió el puerquito la oreja del lobo. Elisa hizo ruidos como si estuviera comiendo).

- **Terapeuta:** *“Hermano, ¿te comiste la oreja del lobo!”*
- **Elisa:** *“Y dijo el lobo que iba a soplar la casa”*.

Le pregunté si la casa aguantó y ella dijo que sí. Seguimos jugando. El lobo corre para perseguir a los puerquitos.

- **Terapeuta** (puerquito): *“Oigan, ¿porqué no le preguntamos al lobo qué es lo que quiere?”*.

Elisa asintió con la cabeza.

- **Terapeuta:** *“Quizá quiere ser nuestro amigo”*.
- **Elisa:** *“Sí”*.
- **Terapeuta:** *“¿Quién quiere preguntarle al lobo?”*.
- **Elisa** (puerquito): *“Lobo, ¿quieres ser nuestro amigo?”*.

- **Elisa (lobo):** “Sí, sí”.
- **Terapeuta:** “¿Lobo por qué no nos dijiste que querías ser nuestro amigo?”.
- **Elisa:** “Es que yo no los quería a ustedes porque quebraron mi casa”.
- **Terapeuta:** “Quizá lo hicimos sin querer”
- **Elisa:** “Sí”.

Le pregunté al lobo si quiere vivir en la casa con los cerditos y Elisa dijo que sí. Seguimos jugando (...).

- **Terapeuta:** “¿Y ahora qué hacemos?”.
- **Elisa:** “Vamos a jugar a las escondidas”.

Continuamos jugando con las marionetas a las escondidas.

Análisis viñeta #5

En esta viñeta Elisa elaboró una historia a partir del cuento de los tres cerditos. En el juego Elisa colocó su angustia por su condición física, el estrabismo. Frente a esto que le resultó hiriente a ella, su respuesta fue que el puerquito se devorara al lobo. Es decir, eliminar lo que ha generado la “oreja mordida”. Alba Flesler (1994, citada en Álvarez, 2016), considera que el menor hace un esfuerzo para representar la realidad a través del jugar, de poner en escena lo que no se puede decir por medio de la palabra, porque muchas veces el suceso le genera angustia al infante. El deseo de Elisa por eliminar el lobo fue previo a que se buscara una alternativa para “sanar” la oreja del puerquito.

La narrativa del juego posee una secuencia que ha incluido una “trama” o desarrollo donde se presentan varios conflictos: la persecución del lobo y la herida a la oreja del puerquito. También hay un desenlace que brinda la posibilidad a los personajes de “reparar” lo que les ha sido doloroso. En el caso del puerquito su oreja mordida, donde Elisa fue quien reparó la oreja al desdoblarse. Y el lobo con su casa destruida al incluirle en la “amistad” de los puerquitos. Al señalarle a Elisa que la destrucción de la casa del lobo pudo haber sido sin intención se le brindó la posibilidad de pensar en la hostilidad de las personas de otra manera. Se puede observar que en la fantasía, Elisa buscó herir a quien hirió, al querer devorar al lobo. Esto es una muestra de lo que señala Álvarez (2016) respecto al juego, donde el infante manifiesta a través de la imagen fantaseada sus experiencias de la vida real. Sin embargo en

el juego, como mundo imaginario creado por Elisa, disminuyó la rigidez y fue posible la creatividad. Aunque este mundo mostró rasgos de la propia imagen y la historia de vida.

En la secuencia del juego, fue importante que Elisa se sintiera acompañada, principalmente para atravesar la trama de la historia que es cuando el lobo “persiguió” a los puerquitos. Elisa en ese momento desempeñó ambos roles, fue perseguida y también persiguió. Los puerquitos se tomaron de la mano en lo real, porque las marionetas facilitaron el contacto físico para denotar esa cercanía y presencia. A esto hace referencia Winnicott (Stutman, 2011) cuando expone el *holding* como un sostén físico y emocional. Por lo tanto, el gesto físico se acompaña de la contención emocional del terapeuta, que además “será fundamental que pueda proporcionar un entorno acogedor, otorgando sostén emocional y físico. El autor en cuanto a esto propone que no puede existir una contención emocional, sin estar acompañada de un cobijo físico” (Martínez, 2017, p. 51).

Winnicott (2013) afirmaba que a través del juego el infante puede enfrentarse de manera creativa a la realidad externa. Elisa al saberse creadora experimentó su capacidad para sentirse real. En esta sesión Elisa también pudo manejar la agresión y la destructividad a través de los símbolos, como lo fueron la casa del lobo y la oreja del puerquito. Sin embargo la manifestación de estos impulsos en el juego pudieron ser descargados y contenidos de modo que Elisa no los vivió como algo aniquilante. Winnicott (2013) también consideraba que el manejo de emociones e impulsos hostiles es posible en la medida que el infante tiene capacidad para disfrutar de la manipulación de los símbolos, es decir, que encuentre en lo simbólico la posibilidad de colocar sus propios afectos.

4.1.2.3. Elección de material del juego.

Viñeta #6: Sesión 8 (F3, ver anexo 4)

Elisa trajo a sesión algunos de sus juguetes. Elisa decidió que quería iniciar la sesión con juego.

- **Terapeuta:** “¿Qué juguete eliges tú?”

Elisa tomó la muñeca

- **Terapeuta:** “Muy bien, tú serás la muñeca. ¿Y yo?”

Elisa me entregó el unicornio.

- Terapeuta: “¿A qué quieres que juguemos?”
- **Elisa:** “*A las traes*” (*Tono de voz muy bajo*)
- **Terapeuta:** “¿*Quién las trae?*”
- **Elisa:** “*Ella*” (Señaló la muñeca que ella estaba usando).

Estuvimos jugando un rato. El unicornio y la muñeca jugaron a las “traes”. Elisa sonrió algunas veces. Elisa escondió a la muñeca para que no la pudiera atrapar. De repente Elisa interrumpió el juego.

- **Elisa:** “¿*A qué quieres jugar?*”
- **Terapeuta:** “¿*A qué quieres jugar tú?*”
- **Elisa:** “*A las escondidas*” (Tono de voz medio)
- **Terapeuta:** “¿*Quién empieza a esconderse?*”
- **Elisa:** “*Tú*”
- **Terapeuta:** “*Muy bien, entonces tú cuentas*”

Elisa señaló a la muñeca.

- **Terapeuta:** “*Ah entonces yo cuento. Voy a contar en la pared. 1, 2, 3...*”

Elisa escondió la muñeca debajo de la mesa. Jugamos por algunos minutos.

- **Elisa:** “*Ahora me voy a esconder*” (**Elisa tomó el unicornio**).
- **Terapeuta:** “*Muy bien, ahora tú serás el unicornio*”

Elisa me entregó la muñeca.

- **Terapeuta:** “*Ahora yo voy a contar. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9...*”.
- **Elisa:** “*Diez*”

Jugamos por unos minutos y nos turnamos para que ambas contáramos.

Análisis de la viñeta #6

En la viñeta se observa como Elisa tiene dificultad para “crear” su propio juego. A pesar de que han pasado ya ocho sesiones, Elisa continuó esperando que se le indique qué hacer. En este sentido se podría considerar que el juego aún no aparece como gesto espontáneo. Aunque la elección de material es muestra de su capacidad de simbolización. El juego simbólico es fundamental porque a través de este el niño suspende la realidad

temporalmente, mientras asume distintos personajes dentro de la narrativa y revela el interjuego de su vida anímica: deseos, conflictos y defensas (Rangel, 2016).

Cuando Elisa decidió jugar a “las escondidas” lo hizo con cierto temor e inseguridad, que se manifiestan en su tono de voz. La respuesta de la terapeuta, al ser de aprobación, le permite a Elisa continuar con el desarrollo creativo del juego. “El analista suficientemente bueno permite el desarrollo del juego, no invade ni obstruye con sus propias contribuciones y se dispone creativamente a jugar” (Bardi, Jaleh y Luzzi, 2011, p. 59).

En la viñeta se muestra que Elisa no solo decide cambiar de actividad, también opta por cambiar el juguete que va a “personificarla”. Esto es muestra de cómo experimentó Elisa la posibilidad de elegir y jugar con los roles y personajes dentro del juego. Es decir, pudo probar quién deseaba ser y lo que deseaba hacer. Es por esta razón que Winnicott (1993) consideraba que el juego es una experiencia creadora, es una forma básica de vida. Elisa fue capaz de decidir en su juego y de intentar algo distinto, teniendo la certeza de que podía hacerlo. En el juego también hubo signos de la mutualidad, cuando ella completó el conteo que hacía la terapeuta.

4.1.2.4. Contenido del juego.

Viñeta #7: Sesión 13 (F3, ver anexo 4)

- **Terapeuta:** “¿Qué haces Elisa?”

Elisa no respondió y siguió amasando la plastilina.

- **Elisa:** “Es un monita”.

Hizo tiras delgadas y elaboró una esfera. Le colocó dos bolitas pequeñas como sus ojos y una tira delgada curvada como su sonrisa.

- **Terapeuta:** “¿Está feliz?”
- **Elisa:** “Sí”.
- **Terapeuta:** “¿Por qué?”
- **Elisa:** “Porque sí”.

Elisa hizo otra tira delgada y lo colocó como forma de cara.

- **Terapeuta:** “¿Qué haces Elisa?”

- **Elisa:** “*No sé*”.

Le agregó ojos, nariz y boca. **La boca es hacia abajo, como de tristeza.**

- **Elisa:** “*Él no está feliz*”.
- **Terapeuta:** “*¿Por qué?*”
- **Elisa:** “*Ella se río de él porque se cayó*” (señaló la monita que tiene una sonrisa).
“*Ella se río y él se cayó*”.
- **Terapeuta:** “*¿Le duele algo a él?*”
- **Elisa:** “*Sí, le duele aquí*” (señaló la cabeza).
- **Terapeuta:** “*¿Entonces por eso está triste?*”
- **Elisa:** “*Sí*”.

Volvió a tomar la plastilina.

- **Elisa:** “*Ahora haré una monita*”
- **Terapeuta:** “*¿Oye Elisa al niño le gustó que se rieran de él?*”.
- **Elisa:** “*No*”.
- **Terapeuta:** “*¿Le dijo a alguien que estaba triste?*”.
- **Elisa:** “*No*” (movió su cabeza para negar).
- **Terapeuta:** “*¿Le dijo a su mamá?*”
- **Elisa:** “*Si y también a su... Él se enojó*” (señaló al último monito que hizo).
- **Terapeuta:** “*¿Por qué está enojado?*”.
- **Elisa:** “*Porque se rieron de su hermano y es niña. Esta también es niña*”.

Tomó la plastilina y comenzó a deshacer los monitos.

Análisis viñeta #7

Respecto al contenido afectivo, Elisa nombra en la viñeta #7 su sentir frente a las burlas e incluso coloca una boca al muñeco de plastilina que alude a la tristeza. Y además las burlas se deben a la caída que experimentó. Elisa pudo encontrar en la terapia de juego lo que señala Esquivel, “la oportunidad de explorar y expresar sus experiencias, sentimientos y pensamientos” (2010, p. 66). Para que esta manifestación de afectos fuera posible Elisa primero tuvo que experimentar la psicoterapia como un lugar seguro donde esos afectos serían recibidos y sostenidos. “Así es como los niños comienzan a jugar, cuando encuentran

a alguien disponible que sostenga el escenario de juego y a su vez se ocupe de la realidad del entorno” (Portalatin, 2020, p. 180).

Viñeta #8: Sesión 12 (F3, ver anexo 4)

Elisa está coloreando un arcoíris que dibujó y también escribió unos números (ver anexo 12).

- **Terapeuta:** “¿Qué más te gusta pintar en la escuela Elisa?”
- **Elisa:** “Me gusta dibujar”
- **Terapeuta:** “¿Te gusta mucho dibujar en la escuela?”

Elisa asintió con la cabeza.

- **Terapeuta:** “¿Qué es lo que más te gusta dibujar?”
- **Elisa:** “Me gusta dibujar... me gusta dibujar juguetes” (Tono de voz muy bajo)
- **Terapeuta:** “Ah te gusta dibujar juguetes. ¿Cómo cuáles?”
- **Elisa:** “Estos” (Elisa señaló el material)

Elisa continuó dibujando

- **Terapeuta:** “¿Quién es?”
- **Elisa:** “Una niña”
- **Terapeuta:** “¿Y este?”
- **Elisa:** “Un niño”
- **Terapeuta:** “¿Y qué están haciendo?”
- **Elisa:** “Viendo los números y el arcoíris”
- **Terapeuta:** “Ah muy bien. ¿Qué más le vas a dibujar?”
- **Elisa:** “Se iba a caer el niño”
- **Terapeuta:** “¿De dónde se iba a caer?”
- **Elisa:** “De los números”
- **Terapeuta:** “¿Qué le puede pasar si se cae?”

Elisa permanece en silencio y comenzó a dibujar.

- **Elisa:** “Esta era la tierra. Se iba a caer acá” (señaló la tierra)
- **Terapeuta:** “Se iba a caer en la tierra... ¿Qué le puede pasar si se cae ahí?”
- **Elisa:** “Nada”
- **Terapeuta:** “¿No le pasa nada?”

- **Elisa:** “*Una raspadita chiquita. Y no se enoja su mamá*”
- **Terapeuta:** “*Mamá seguramente lo cuidará*”
- **Elisa:** “*Mi prima se va a venir a vivir a casa de mi abuela*”

Análisis viñeta #8

El dibujo de la viñeta #8 (ver anexo 12) es una muestra de la expresión del conflicto de Elisa a través del simbolismo. Que Elisa haya podido colocar en el dibujo contenido afectivo, principalmente angustiante es ya terapéutico. Esquivel señala que al relacionar los “dibujos con las situaciones que vive (...) podrá poner en palabras sus dificultades y las emociones asociadas a éstas de manera que las pueda elaborar” (Esquivel, 2010, p. 67). Por lo tanto, estos contenidos fueron más accesibles para ella. El dibujo por sí mismo ya posee el carácter simbólico que tiene el dibujo para ella. El dibujo es entonces “una expresión de la representación intelectual que el niño hace de la realidad. Por último incluye al campo de lo afectivo y emocional pues el niño representa en el dibujo todo aquello que le preocupa, interesa y desea”. (Cortés, 2007, p. 66).

Análisis de viñetas #7 y #8

En ambas viñetas hay presencia de caídas aunque en la viñeta #7 Elisa expresa su sentir respecto a esa caída y en la viñeta #8 brinda una alternativa para que aquello no resulte tan doloroso y solo sea “*una raspadita chiquita*”. En ambas viñetas se puede observar lo que menciona Schaefer (2005) respecto a la psicoterapia infantil, porque el juego se convierte en una experiencia de alivio, liberadora de conflictos, que brinda la oportunidad de realizar prácticas para la vida diaria en un espacio seguro. Elisa dibuja la tierra para que la caída no resulte tan hiriente. La “tierra” entonces tiene una función simbólica al servicio de las angustias de Elisa. En el juego se “ensayan soluciones y manipulan los objetos dándoles características propias que corresponden a sus deseos” (Esquivel, 2010, p. 61).

4.1.2.5. Evolución del juego.

Viñeta #9: Sesión 1 (F3, ver anexo 4)

Elisa está coloreando en silencio.

- **Terapeuta:** “*¿Tu maestra cómo se llamaba?*”

Elisa se quedó callada y continuó dibujando.

- **Elisa:** *“Le decíamos maestra... ya se me olvidó el nombre”*
- **Terapeuta:** *“Bueno pero la de ahorita me dijiste que se llama...”*

Elisa se quedó callada.

- **Terapeuta:** *“¿Te acuerdas cómo se llamaba?”*
- **Elisa:** *“Chayito”*
- **Terapeuta:** *“Oye y ¿qué más te gusta dibujar?”*

Elisa se quedó callada.

- **Terapeuta:** *“¿Animales? ¿Plantas? ¿Qué más te gusta dibujar?”*

Elisa se quedó callada y dejó de dibujar.

- **Terapeuta:** *“¿Ya no quieres dibujar? ¿Quieres hacer otra cosa?”*

Elisa se quedó callada.

- **Terapeuta:** *“Tú dime. ¿Jugamos con plastilina?”*

Elisa asintió con la cabeza.

Análisis viñeta #9

En la viñeta #9, que corresponde a la primer sesión, Elisa se mostró evitativa y con poca capacidad para jugar. Frente a las preguntas o conversación que se buscó establecer, en la mayoría de las ocasiones Elisa se expresó a través de silencios o movimientos con su cabeza para afirmar o negar algo. Hubo poca expresión verbal y casi nulo contacto visual. Janin (2012) considera que cuando los infantes no juegan, ni dibujan y tampoco hablan, hay una insistencia de la muerte. Al ser la primer sesión, sería prematuro considerar que un vínculo con la terapeuta se hubiera establecido, sin embargo el contacto y los intercambios posibilitan el establecimiento de dicho vínculo terapéutico. Elisa en esa primer sesión parecía solo dejar pasar el tiempo. La autora señala que frente a estas situaciones:

Para estar, hay que proponérselo, intentar sostener el vínculo desde uno, acercarse... Es un trabajo de despertar a otro que permanece en una especie de estado de somnolencia. (...) El despertar al otro es aquí una intervención estructurante en tanto tome en cuenta los tiempos y los ritmos del niño. (Janin, 2012, p. 53).

Las intervenciones en la primer sesión buscaron sostener el inicio del vínculo desde un acercamiento que no le resultara invasivo a Elisa. Esto implicó la espera frente a los silencios e ir traduciéndolos, así como brindarle alternativas de material para que ella descubriera con qué deseaba trabajar. También fue necesario dar sentido a los movimientos que Elisa hizo con su cabeza, porque en ese momento la palabra no era una posibilidad para ella. Sin embargo, las respuestas de la terapeuta le confirmaron que había alguien escuchando y disponible para ella. Janin también señala que toda intervención debe partir de la acción de “descifrar palabras, acciones, juegos, dibujos, pero también silencios y gestos” (Janin, 2012, p. 53) para conocer y comprender la estructura psíquica que determina tal producción.

Viñeta #10: Sesión 4 (F3, ver anexo 4)

- **Terapeuta:** “*El día de hoy vamos a jugar con estos blocks. ¿Has jugado con estos blocks?*”

Elisa asintió con la cabeza.

- **Terapeuta:** “*¿Te gustan?*”

Elisa asintió con la cabeza. **Ambas fuimos sacando los blocks de la cubeta.**

- **Terapeuta:** “*¿Sabes qué son estos?*” (Le señalé unas piezas).

Elisa movió su cabeza expresando que no.

- **Terapeuta:** “*Es como una carretera y se arma así*”.

Elisa comenzó a unir las piezas semejantes.

- **Terapeuta:** “*Es para hacer un caminito*”.

Elisa continuó uniendo las piezas.

- **Terapeuta:** “*¿Si te gustan estos blocks?*”

Elisa asintió con la cabeza.

- **Terapeuta:** “*¿Qué hiciste esta semana Elisa?*”

Elisa no respondió.

- **Terapeuta:** “*En tu escuela, ¿qué hiciste?*”
- **Elisa:** “*Estaba trabajando*”
- **Terapeuta:** “*¿A qué estuviste trabajando?*”
- **Elisa:** “*A las letras y las A*”
- **Terapeuta:** “*¿La letra A? ¿Ya te sabes muchas letras?*”

Elisa asintió con la cabeza. Mientras ella continuó jugando con los blocks.

- **Terapeuta:** *“Hay que hacer una casita ¿sale?”*

Elisa asintió con la cabeza. Ambas tomamos piezas para armar una casa.

- **Terapeuta:** *“¿Qué es eso Elisa?”*
- **Elisa:** *“Esta es una casa”*

Elisa apiló varios blocks como torre.

- **Terapeuta:** *“Es una casa muy alta”.*

Elisa siguió armando figuras con los blocks. Agrupó algunos por color. Tomó un par y no logró que embonaran.

- **Terapeuta:** *“Ah lo que pasa es que esta pieza no es de aquí. No le queda”.*
- **Elisa:** *“Ah”*

Elisa continuó jugando con los blocks.

- **Elisa:** *“¿Tienes sueño?”*

Elisa movió su cabeza expresando que no.

Terapeuta: *“Pusiste ahí los amarillos. ¿Qué color es este?”*

- **Elisa:** *“Azul”*
- **Terapeuta:** *“¿Y este?”*
- **Elisa:** *“Rojo”*
- **Terapeuta:** *“¿Y este?”*
- **Elisa:** *“Verde”*
- **Terapeuta:** *“¿Y este?”*
- **Elisa:** *“Ese color es... morado”*

Elisa continuó jugando con los blocks.

- **Terapeuta:** *“¿Ya? ¿Qué es esto Elisa?”*
- **Elisa:** *“Este es un jardín, una casa”*
- **Terapeuta:** *“¿Y todo esto?”*
- **Elisa:** *“Esta es la pared”*
- **Terapeuta:** *“Oye ¿quién vive en esa casa?”*
- **Elisa:** *“Unos niños”*
- **Terapeuta:** *“¿Viven con alguien?”*

- **Elisa:** “*Sí*”
- **Terapeuta:** “*¿Con quién viven?*”
- **Elisa:** “*Con unas niñas grandes y unos niños*”.
- **Terapeuta:** “*¿Solamente viven ellos ahí?*”

Elisa no respondió.

- **Terapeuta:** “*¿Sí?*”

Elisa asintió con la cabeza.

Análisis viñeta #10

La viñeta #10 corresponde a la cuarta sesión. En la viñeta se puede observar que hay presencia de un intercambio de palabras y Elisa empezó a jugar con el material proporcionado. Aunque aún no hay contenido simbólico, en la narrativa del juego comienzan a aparecer personajes y lugares. En la viñeta #10 se puede observar el primer momento que señaló Chethik (1989, citado en Rangel, 2016) respecto al desarrollo del juego. En el periodo inicial el infante no mantiene un juego o es un juego sin sentido. Las verbalizaciones emergen y muestran la relación de las preocupaciones y la conducta.

Viñeta #11: Sesión 9 (F3, ver anexo 4)

Al iniciar la sesión, le pregunté por su familia y sus amigos. Algunas preguntas no las respondió y otras las respondió de manera breve. Elisa decidió iniciar la sesión dibujando una casa. Cuando terminó de dibujar a su hermana le pregunté a quién más iba a dibujar y **no respondió, siguió dibujando**. Terminó de dibujar y dijo: “*así*”. Le pregunté qué dice y respondió: “*no pasar*”. Le pregunté **si no se puede pasar a la casa y dijo que no**, le pregunté porqué. Elisa: “*porque se roban las cosas*”. Le pregunté quién se las roba y dijo: “*este señor*” (*Señaló otro dibujo que había hecho*). Elisa siguió dibujando. Le pregunté si su hermana estaba triste y dijo: “*si porque le está hablando a mi mami porque iba a entrar el señor*”. Elisa siguió dibujando y le pregunté qué es lo que está en el techo, ella dijo: “*una cruz*”. De repente mencionó: “*Dice que el payaso asesino*”, señalando al dibujo de su hermana. Y cambió de tema: “*Mi hermana ya no quería jugar a la pelota y acá está Eso*”. Le pregunté si está Eso mientras juegan a la pelota y dijo que sí. Dibujó algo más y dijo: “*es el hijo de Eso. Porque se quiere comer a la niña. Las niñas están llorando*”. Le pregunté porque

lloran y Elisa respondió: *“porque está el Eso y dijeron: mira ahí está Eso. Y también dice: ahí está Eso y también está el otro Eso”*. Le dije: *“entonces están asustadas”* y Elisa dijo que sí. Le pregunté qué es lo que van a hacer. Elisa respondió: *“Ya fue a buscar a su hermano, entonces aquí Eso se fue. Y aventó un zapato”*. Le pregunté quién aventó el zapato y dice que Eso aventó el zapato a Elisa y el zapato le pegó. Elisa: *“Es que quería Eso jugar a la pelota”*. Le pregunto porqué no les dijo, Elisa: *“porque si. Y colorín se acabó”*.

Análisis viñeta #11

En la viñeta #11 se puede observar el tercer momento que señaló Chethik (1989, citado en Rangel, 2016) respecto al desarrollo del juego. En esta viñeta, que corresponde a la sesión 9, ya hay contenido simbólico y Elisa manifestó sus afectos y angustias. En el tercer periodo hay surgimiento de fantasías centrales con importante significado y se colocan en el juego. En esta viñeta también se hizo visible la capacidad creadora de Elisa, que le permitió utilizar los dibujos como fantasía para atender a sus angustias. El sostén se manifestó en facilitarle nombrar los afectos que se presentaron en la narrativa al señalarle que “estaban asustadas” respecto a la presencia del payaso. La seguridad que percibió Elisa en el proceso favoreció para que la psicoterapia fuera “un lugar suficientemente seguro para atreverse a explorar y el niño puede desarrollar un jugar espontáneo y elaborativo, que se origina y reaparece siempre en el seno de, y sostenido por, el vínculo con otro” (Portalatin, 2020, p. 180).

Viñeta #12: Sesión 14 (F3, ver anexo 4)

Elisa mencionó que quería jugar con el memorama. Ambas sacamos las tarjetas de la caja. Le expliqué las reglas del memorama y volteamos las fichas. Después revolví las fichas.

- **Elisa:** *“yo primero”*.

Volteó dos fichas y al no ser iguales quiso voltear una tercera. Le expliqué que si no son iguales debe voltearlas otra vez y que ahora será mi turno. Elisa encontró un par y lo festejó. Encontró más pares y se emocionó. Estábamos jugando y le pregunté cómo le había ido en la escuela.

- **Elisa:** *“bien”*.
- **Terapeuta:** *“¿Te gusta ir?”*

Elisa no respondió. Le pregunté otra vez

- Elisa: “Sí”.

Le pregunté por sus amigos y me dijo que se han portado bien. Le pregunté si recordaba que su mamá me había contado que lloraba antes de ir a la escuela. Elisa asintió con la cabeza.

Le pregunté porque lloraba.

- **Elisa:** “*porque no quería ir a la escuela*”.
- **Terapeuta:** “*¿por qué no querías ir?*”
- **Elisa:** “*porque no*”.

Le voy dando opciones: “¿Porque te dejan tarea? ¿O porque te tienes que levantar temprano?”.

- **Elisa:** “*Ya acabé*” (completó las fichas por parejas).

Le pregunté qué ha pasado con los niños que le hacen comentarios en la escuela.

- **Elisa:** “*Es que un niño que se llama Ángel me dice cosas*”.

Le pregunté qué cosas le dice.

- **Elisa:** “*Cosas feas*”.
- **Terapeuta:** “*Cosas feas ¿Cómo qué?*”.
- **Elisa:** “*Tu ya vete de la escuela*”.
- **Terapeuta:** “*¿Y eso no te gusta a ti?*”

Elisa movió la cabeza para decir que no.

Análisis viñeta #12

En esta viñeta se puede observar que Elisa manifestó verbalmente lo que le resulta doloroso y desagradable, además de confirmar sus afectos cuando se le preguntó. Esto es precisamente lo que señala Esquivel respecto al juego, “gracias al juego los menores integran su mundo afectivo, social y cognitivo, al tiempo que perfeccionan sus habilidades” (2010, p. 61). Elisa había logrado en el proceso terapéutico perfeccionar su habilidad para nombrar su realidad e identificar sus emociones que surgieron a partir de sus experiencias.

Viñeta #13: Sesión 15 (F3, ver anexo 4)

Después de jugar Elisa comenzó a desarmar otras cosas del material utilizado.

- **Elisa:** *“Ve la cartita, que chiquitita”* (se refiere a la una pieza que tiene forma de carta y que estaba en el buzón).

Le pregunté si ya quería guardar todo y dijo que sí. Comenzamos a guardar el material en las bolsas. Elisa fue agrupando las piezas de acuerdo con su tipo, para guardarlo en sus bolsas.

- **Elisa:** *“Esto me gusta mucho”* (se refiere al juego que gira).

Le respondí que necesita estar en su base.

- **Elisa:** *“Mi papi me va a comprar uno de estos, más grande”*, le pregunté si va a ser más grande para que se pueda subir.
- **Elisa:** *“Sí y también mi hermana”*.

Mientras estamos guardando el material le pregunté por el color del moño de la niña y mencionó el color. Le pregunté por el niño y dijo: *“su suéter es azul y su camisa de colores”*, le pregunté si la cabeza es de colores, **Elisa se rio y dijo:** *“no su cabeza, su camisa”*. Le pregunté por el último niño: *“¿Qué tiene?”*. **Elisa** dijo: *“Las ruedas”*, le pregunto si sabe para qué son las ruedas y dijo que sí, *“para los pies, porque no se puede el bastón”*. Le pregunté si aún así **el niño se puede subir a los juegos** y Elisa respondió que sí.

- **Elisa:** *“quitaban esto y la niña se aburría de los juegos”*.

Ambas comenzamos a desarmar los juegos y guardamos las piezas. Elisa desarmó la mayoría de las piezas, y dijo: *“me pasas las liguitas”* para ella guardar el material. De repente dijo: *“ya es la hora”*, le pregunté la hora de qué y dijo *“la hora de los números”*. Le pregunté si quería jugar con los números y dijo que sí. Seguimos guardando el material.

Análisis viñetas #12 y #13

En cuanto a las viñetas #12 y #13 compartió experiencias y preocupaciones de su vida, sin recurrir al simbolismo del juego, aunque también hay contenido simbólico depositado ahí. La interacción en ambas viñetas muestra reciprocidad y diálogo entre la terapeuta y Elisa. Cuando se le hace una pregunta, Elisa responde y ella también pudo hacer solicitudes a la terapeuta. “En general, para la mayoría de los terapeutas psicoanalíticos una señal clara del avance o del logro de los objetivos del tratamiento es que el niño hable, pregunte, cuente su historia en las sesiones y converse en su ambiente cotidiano” (Cortés, 2007, p. 112). En ambas viñetas Elisa se sometió con mayor facilidad al principio de realidad, al poder pausar el juego para responder las preguntas y posteriormente retomar la actividad.

Análisis de las viñetas #9, #10, #11, #12 y #13, como proceso del juego

Las cinco viñetas presentadas previamente fueron seleccionadas de diferentes momentos del proceso terapéutico. Pretenden ejemplificar cómo fue la evolución del juego a lo largo de las sesiones a partir del *holding* que se brindó a Elisa.

Los juegos presentados en la viñeta #9 y #13 muestran diferencias significativas. Elisa pudo pasar de un estado en el que no le era posible a jugar a un momento donde el juego fue su medio para manifestar sus angustias y experiencias dolorosas. Para esto fue importante que Elisa experimentara la psicoterapia como un espacio de seguridad para que ella pudiera acercarse a los contenidos que le resultaban hirientes. Esto requirió evaluar sus recursos y considerar áreas de su psiquismo que se encontraban debilitadas.

El analista suficientemente bueno (...) ofrece un medio ambiente contenedor que facilita el crecimiento del espacio interior creativo del paciente; entiende las fortalezas y debilidades yoicas del paciente y se adapta activamente a sus necesidades cuando lo considera necesario para el desarrollo del proceso analítico. (Bardi, Jaleh y Luzzi, 2011, p. 59).

4.1.3. Transferencia.

La tercer categoría de análisis está compuesta por dos criterios de verificación con su respectiva viñeta. En ambas viñetas se muestra cómo el *holding* por parte de la psicoterapeuta sostiene los contenidos de Elisa, así como la transferencia que surge en el proceso terapéutico.

4.1.3.1. Transferencia como respuesta al *holding*.

Viñeta #14: Sesión 9 (F3, ver anexo 4)

Elisa estaba trabajando con plastilina, un unicornio tejido, una muñeca y un muñeco tejido. Con la plastilina hizo una cama y una almohada.

- **Elisa:** “*Aquí está el compañero del unicornio. Y su sillón*”. (Señaló el muñeco tejido)
- **Terapeuta:** “¿Qué están haciendo?”
- **Elisa:** “*Viendo la tele. Vamos a ir al baño. ¡Ay, te caíste!*” (Señaló el muñeco tejido)
- **Terapeuta:** “¿*Este soy yo?*” (Tomó el muñeco tejido)

Elisa asintió con la cabeza

En el juego se presentó la siguiente narrativa:

- **Terapeuta – muñeco:** “¿A dónde vas?”
- **Elisa – unicornio:** “Al baño”
- **Terapeuta – muñeco:** “Yo esperaré sentada aquí viendo la tele. Está muy divertida esta caricatura”
- **Elisa – unicornio:** “¿*Vas a hacer del baño?*”
- **Terapeuta – muñeco:** “Sí, ¿Ya regresaste? Entonces ahora voy al baño yo”
- **Elisa – unicornio:** “¿*Hay caca!*”
- **Terapeuta – muñeco:** “¿Ahora qué puedo hacer?”
- **Elisa – unicornio:** “*Ir abajo al baño*”

Moví el muñeco a otro espacio para que pudiera “ir al baño”.

- **Elisa – unicornio:** “*Vamos a cambiarnos*”
- **Terapeuta – muñeco:** “*Sí vamos.*”
- **Elisa – unicornio:** “¿*Qué es eso que traes?*”
- **Terapeuta – muñeco:** “¿*En la cabeza?*”
- **Elisa – unicornio:** “*Sí. Ay perdón, era mi collar*”

Llegaron a la “sala” los juguetes y Elisa dijo: “*siéntate*” (empezó a roncar) “**vamos a ir al baño**” (hizo ruidos como flatulencias). Le pregunté si todo está bien y dijo: “*sí, solo estaba cagando*” (comenzó a roncar de nuevo). Elisa: “¿*A qué hueles?, huele a popo*”. Le pregunté quién olía así y dijo: “*ve afuera, era un señor que se estaba cagando*”, le dije que era cierto. Elisa: “*Pues déjame abrir la puerta*”... “*órale, órale...*” (Sacó al muñeco de la casa). Comenzó a roncar de nuevo. Me preguntó: “¿*A qué hora te levantaste?*”. Le respondí que ya era de día. **Elisa dijo que ya se iba al trabajo y se despidió.**

Análisis de viñeta #13

En esta viñeta se puede observar, que a través del personaje que me asignó Elisa, ella colocó afectos hostiles. En la narrativa del juego esto afectos se hicieron presentes en acciones de distanciamiento porque “olía a popo” (sacarlo de la casa o decirle que vaya al

baño de la planta baja) y también cuando el personaje asignado sufre una caída. Aunque el señalamiento del olor a popo no es directamente al personaje, ella preguntó a qué olía, pero también es ella quien indicó el olor. El *holding* frente a la transferencia consiste en “hacerle saber al paciente que no nos destruye, permitirle ser creativo, acompañarle en el uso que pueda hacer de nosotros, y que finalmente pueda sentir que está vivo” (Portalatin, 2020, p. 178-179).

Anna Freud (1951, citada en Aberastury, 2009) consideraba que en el proceso analítico infantil no se establece una neurosis de transferencia, aunque sí se establece entre el infante y el terapeuta una relación donde se expresan muchas de las situaciones que vive el menor con sus padres o cuidadores. En este caso Elisa manifestó en diversas ocasiones las fallas ambientales a las que se enfrentaba. También las pruebas aplicadas para el psicodiagnóstico (anexo 8 y 9) evidenciaron deseos de autoprotección y cuidado. Por lo tanto, la hostilidad frente a estas figuras es un medio para demandar y solicitar la atención de sus necesidades. La psicoterapeuta al estar disponible para recibir y aceptar dichos afectos, sostiene lo que Elisa colocó como demanda porque no hubo señalamiento o juicio sobre ello. Por lo tanto el *holding* implicó “ser un «buen objeto (sujeto)» para el paciente, con defectos y con capacidad para fallar, en algunos casos parecido a los objetos (sujetos) del pasado, pero suficientemente distintos para ofrecer una interacción suficientemente diferente a la original” (Sáinz, 2017, p. 74).

4.1.3.2. Transferencia a partir de las intervenciones de la psicoterapeuta.

Viñeta #15: Sesión 12 (F3, ver anexo 4)

Inició la sesión y le pregunté a Elisa si le dejaron tarea y dijo: “*no me dejaron*”.

- **Elisa:** “*Mi escuela es primaria*”
- **Terapeuta:** “*Oye Elisa ¿Por qué no trajiste tus lentes?*”
- **Elisa:** “*No me los traje porque se me olvidó*”.
- **Terapeuta:** “*Yo sin lentes no puedo ver y por eso los tengo que usar*”.
- **Elisa:** “*Mi maestra tiene lentes, se llama Chayito*”.
- **Terapeuta:** “*¿De qué color son sus lentes?*”
- **Elisa:** “*Morado*”.

Mientras está dibujando Elisa dijo: ***“Mi papi usa lentes, bueno casi no”***. Después me preguntó qué estaba haciendo. Le dije que una niña con lentes porque yo uso lentes desde hace algunos años. Elisa continuó dibujando en silencio.

- **Elisa:** ***“¿Tú viniste ayer?”***
- **Terapeuta:** ***“¿Si vine ayer aquí?”***

Elisa asintió con la cabeza.

- **Terapeuta:** ***“No, nada más vengo cuando vamos a trabajar tú y yo. ¿Por qué?”***
- **Elisa:** ***“Es que aquí afuerita estaba cerrado”***
- **Terapeuta:** ***“Ah, ayer estaba cerrado aquí. ¿Pasaste ayer por aquí?”***
- **Elisa:** ***“Cuando vine aquí estaba cerrado”***
- **Terapeuta:** ***“Quizá estaba cerrado porque salen a comer, pero regresan y abren otra vez para que podamos entrar y trabajar”***

Elisa no respondió y se mostró pensativa.

Análisis viñeta #15

En esta viñeta se observan aspectos importantes de la transferencia. Primero, cuando Elisa señaló que su maestra y su papá también usan lentes. Tanto su papá como su maestra son figuras que existían en la realidad para Elisa, por lo que fue sencillo incorporar a la terapeuta a estas figuras significativas. Aberastury (2009) refiere que debido a que el superyó del infante no ha alcanzado la independencia, busca satisfacer y agradar a los adultos que son un referente, principalmente padres o docentes. Esto genera que el menor busque “ajustarse a las exigencias y siguiendo todas las fluctuaciones de la relación con la persona amada y todos los cambios de sus propias opiniones” (Aberastury, 2009, p.54). La respuesta de Elisa frente al señalamiento del uso de sus lentes es muestra de que ella ha buscado que aquello que le es difícil lo pueda compartir con figuras significativas.

La transferencia al inicio del proceso se caracterizó por ser distante y con una actitud de evitamiento, principalmente por el poco contacto visual que Elisa hacía. En la viñeta se observa que la transferencia manifestó el deseo de Elisa por saberse “exclusiva” para la terapeuta, así como su disponibilidad para “estar” cuando Elisa le busque. “La transferencia básica provee una fuerza direccional en el niño para presentar sus conflictos y síntomas y el

niño se vuelve al analista para pedir ayuda como a un padre”. (Ritvo, 1978, citado en Rangel, 2016, p. 101). El *holding* se hizo presente cuando a Elisa se le confirmó la exclusividad de la diada y explicándole el motivo por el cual el centro comunitario podría estar cerrado. De esta manera se atendió a su angustia y Elisa confirmó que podía solicitar ayuda a la terapeuta porque estaría disponible.

4.1.4. Presencia de la condición física en un ambiente facilitador.

La última categoría de análisis corresponde a la presencia del estrabismo o alusión a la condición física en la psicoterapia, como un ambiente facilitador. La categoría contiene dos criterios de verificación, el contenido manifiesto y el contenido latente. Para cada criterio se han incluido dos viñetas clínicas. Las viñetas del contenido latente corresponde a la fase intermedia del proceso, mientras que las viñetas del contenido manifiesto de la fase final del proceso presencial con Elisa.

4.1.4.1. Contenido manifiesto de la condición física.

Viñeta #16: Sesión 11 (F3, ver anexo 4)

Elisa eligió jugar con los blocks y unos muñecos tejidos. Comenzó a narrar la historia mientras armaba cosas con el material.

- **Elisa:** *“Está viendo la tele. Es esta tele”* (señaló los bloques que son la tele).

Continuó construyendo con los bloques.

- **Elisa:** *“Es el circo. Aquí se acuestan y se caen. Es que ellas se acuestan y se caen aquí”* (Colocó la cama en un espacio alto de la fachada de la casa). *“Se caen de cabeza, así. El que se caiga así se va a ganar un premio”* (Refiriéndose a quien caiga de pie). *“Esta es una fotito de cuando ella era chiquita”*.

Le pregunté a Elisa qué le pasa a la gente si se cae de allá arriba.

- **Elisa:** *“Porque ellas quieren que le pase algo y quieren columpiarse. Y no se caen así, se caen paradas”* (hizo una pausa). *“Luego ya vamos a empezar a jugar”*.

Elisa continuó acomodando los bloques.

- **Elisa:** *“Le dijo a su mamá: “mamá, ¿de quién es esa casa?”. (La mamá respondió) De una muchacha. Y ellos se casaban. Y dijo: “¿qué pasó, de qué están hablando?”. “Estamos hablando de unos niños”. Esa casa no era de nosotras, era de los abuelitos. Ellos se casaban y los abuelos aquí estaban, “en nombre del padre, del hijo y del*

*espíritu santo amén”. Y se besaban y **el viejito se cayó de cabeza de acá.** (...) Y dijo la mamá: “¿qué pasó, por qué se están peleando?” “No mamá no nos estamos peleando, **me están pegando**”. Y le dijo que me fui a la escuela y ella se vino para acá. Y dijo: “¿por qué están descalzas?” “Son unos zapatos, son chanclas”. Llegaron y dijo “párense porque ya viene la poli y métanse”. Dicen todos “no es cierto, no la veo”.*

- **Elisa:** “*Esta es la poli*” (señaló la figura e hizo el sonido de la sirena de la patrulla). “*Ella se puso triste porque se llevaron a su hija*” (señaló a la mamá). (...) *Entonces dijo: “no te la robes poli. Tu vete. Tráeme un cuchillo*”. Y dijo que ya estaba en la cárcel. Dijo que no era la poli, era mi novio. Se la robaron porque ahí estaba el coche de la poli. **Le pusieron veneno al coche para que ya no se subieran.** Y dijo: “Para que ya no se meta la poli”.
- Elisa: “*La niña dijo: “Hola quién eres?, ¿dónde estabas?”*. **Le sacó un ojo y ahí la poli venía. “¿Por qué le jalas el ojo?”**”.

Elisa les picó el ojo a varios personajes (muñecos tejidos).

- Elisa: “*Así le pegaban y se murió. Le pusieron el ojo así. Y ya se casaban y se besaban. Y se morían todos y sus abuelitos estaban tristes. Aquí estaba el abuelito acostado y su hermana se durmió aquí. Y se iba a caer la casa*”.

Análisis viñeta #16

En la viñeta #16 en el juego (a diferencia de otras narrativas) se señalan los ojos como fuente de dolor. Elisa narró en el juego que “le sacaron el ojo” y después se murió. Después de eso Elisa terminó el juego diciendo “se morían todos”. Que Elisa haya podido colocar en el juego de manera directa el estrabismo ejemplifica el logro y avance del proceso de psicoterapia. Primero, como se ha mencionado previamente, porque Elisa pudo pasar de un estado en el que no podía jugar a uno donde le fue posible. “El juego es un logro en el desarrollo emocional, y se inicia como símbolo de la confianza del niño en el ambiente” (Abadi, 2014, p. 29).

Segundo, el contenido manifiesto del estrabismo en la viñeta #16 se debe a que en sesiones previas Elisa había manifestado la condición física de otras maneras, pero hasta la

sesión 12 pudo aludir a los ojos de manera directa. “La respuesta del entorno-terapeuta será lo que otorgue sentido al gesto del paciente. Lo que se repite en las sesiones tiene que ser tramitado en el marco de una relación” (Portalatin, 2020, p. 174).

Viñeta #17: Sesión 12 (F3, ver anexo 4)

Comenzamos a sacar las piezas del dominó de colores y Elisa preguntó: “¿Cómo es?”. Le expliqué cómo se juega el dominó. Al principio no logró poner la pieza, al segundo intento colocó el color correcto. Ella fue colocando las piezas de manera correcta mientras nombraba los colores. Terminó de colocar las piezas y le pregunté si lo quería volver a armar. Elisa dijo que sí. Revolvimos las piezas y le pedí que eligiera la pieza con la cual comenzar.

- **Terapeuta:** “¿Alguien en la escuela te ha dicho algo de tus lentes?”.
- **Elisa:** “Un niño me dice bizca”.
- **Terapeuta:** “¿Por qué te dice así?”
- **Elisa:** “Porque yo soy bizca”.
- **Terapeuta:** “¿Quién te dijo que eras bizca?”
- **Elisa:** “Un niño”
- **Terapeuta:** “¿Crees que eres bizca?”
- **Elisa:** “No” (agachó su cabeza)
- **Terapeuta:** “¿Te dice mucho eso el niño?”
- **Elisa:** “Sí”
- **Terapeuta:** “¿Qué le respondes al niño cuando te dice que eres bizca?”
- **Elisa:** “No me digas bizca y le digo a la maestra”.
- **Terapeuta:** “¿Y qué hace la maestra?”
- **Elisa:** “Le dice al niño: no le digas bizca a Elisa”.

Le pregunté si ya le dejó de decir bizca el niño y Elisa dijo que no.

Análisis de las viñetas #17

En las dos viñetas presentadas previamente hay manifestación del estrabismo de manera manifiesta. “Winnicott establece que en la relación analista-paciente, se debe sostener en la confianza de un ambiente sostenedor, vital, semejante a los primeros cuidados maternos” (Bareiro, 2016, p. 30). Una vez que Elisa experimentó la psicoterapia como

ambiente facilitador pudo nombrar su experiencia respecto al estrabismo. En la viñeta #17 Elisa mencionó “*un niño me dice bizca*”, es decir, pudo verbalizar la situación dolorosa a la que se enfrenta a la escuela. E incluso lo que mencionó es una denuncia de lo que los adultos no han podido atender, es una manera de solicitar apoyo. Es a través de la relación que Elisa pudo traer a sesión lo que le resulta angustiante y doloroso, porque “la relación misma entre paciente y terapeuta, dos sujetos que, estableciendo un vínculo confiable, investigan juntos sobre las vivencias del paciente, incluidas las que derivan de la relación entre ambos” (Sáinz, 2017, p. 72). En sesiones posteriores, la condición física volvió a hacerse presente pero no fue una limitante para que los personajes fueran incluidos y realizaran actividades (viñetas #4 y #5), por lo tanto el ambiente facilitador ha favorecido para el estrabismo pueda ser “reparado”.

4.1.4.2. Contenido latente de la condición física.

Viñeta #18: Sesión 7 (F3, ver anexo 4)

- **Terapeuta:** “*¿Quieres que juguemos Elisa?*”
- **Elisa:** “*Sí, jugar a las barbies*”
- **Terapeuta:** “*¿Cuál quieres que sea yo?*”
- **Elisa:** “*Este*” (Elisa me entregó el perrito)
- **Terapeuta:** “*Ok, yo seré el perrito. ¿Tu cuál eliges?*”
- **Elisa:** “*A la mona*”

En el juego se presentó la siguiente narrativa:

- **Elisa - muñeca:** “*Ayuden*”
- **Terapeuta - perrito:** “*¿Qué pasó?*”
- **Elisa - muñeca:** “*Me convertí en sirena*”
- **Terapeuta - perrito:** “*¿Quién te convirtió en sirena?*”
- **Elisa - muñeca:** “*Él*” (Elisa señaló al bebé)
- **Terapeuta - perrito:** “*¿Ese bebé?*”
- **Elisa - muñeca:** “*Sí*”
- **Terapeuta - perrito:** “*Pero ¿qué te hizo?*”
- **Elisa - muñeca:** “*Con la varita*”

- **Terapeuta - perrito:** “¿Tiene una varita mágica?”
- **Elisa - muñeca:** “Sí”
- **Terapeuta - perrito:** “¿Dónde están tus pies?”
- **Elisa - muñeca:** “Aquí adentro”
- **Terapeuta - perrito:** “¿Y te duele?”
- **Elisa - muñeca:** “Sí”

Análisis viñeta #18

En la viñeta #18 Elisa solicita ayuda porque la muñeca está experimentando “dolor” en sus piernas al convertirse en sirena. El ambiente facilitador de la psicoterapia atendió a su solicitud de ayuda. “En el juego, como en la terapia, participar implica estar” (Portalatin, 2020, p. 166). Y este estar requirió responder al juego y preguntar lo que Elisa está colocando ahí. Aunque como lo señalan algunos autores, se tuvo cuidado de permitirle a Elisa el desarrollo del juego tal y como lo deseaba.

El analista suficientemente bueno permite el desarrollo del juego, no invade ni obstruye con sus propias contribuciones y se dispone creativamente a jugar; ofrece un medio ambiente contenedor que facilita el crecimiento del espacio interior creativo del paciente; entiende las fortalezas y debilidades yoicas del paciente y se adapta activamente a sus necesidades cuando lo considera necesario para el desarrollo del proceso analítico. (Bardi, Jaleh y Luzzi, 2011, p. 59).

Considerando las fortalezas y debilidades yoicas de Elisa, fue más oportuno atender el juego y postergar una posible interpretación o señalamiento.

Viñeta #19: Sesión 5 (F3, ver anexo 4)

Elisa había dibujado en una hoja. Dibujó a algunas personas (ver anexo 13).

- **Terapeuta:** “¿Y la niña cómo se llama?”
- **Elisa:** “Se llama... se llamaba Unicornio de Yunuen”

Elisa tomó el color negro.

- **Terapeuta:** “¿Vas a colorear con negro?”

Elisa asintió con la cabeza.

- **Elisa:** “Se están quemando”

- **Terapeuta:** “¿Quién se está quemando?”
- **Elisa:** “*La niña y la papá*”
- **Terapeuta:** “¿Con qué se queman?”
- **Elisa:** “*Con el sol*”
- **Terapeuta:** “¿El sol hace que se quemen?”

Elisa asintió con la cabeza. Continuó coloreando el sol de color negro.

- **Terapeuta:** “¿Ahora por qué el sol es de color negro Elisa?”
- **Elisa:** “*Lo estoy pintando de negro*”
- **Terapeuta:** “¿Por qué ahora ya no tiene cara?”
- **Elisa:** “*Sí tiene*”
- **Terapeuta:** “Ah pero ¿por qué ahora lo pintas de negro?”
- **Elisa:** “*Porque el sol quiso que lo pintara de negro*”
- **Terapeuta:** “¿Él te dijo?”
- **Elisa:** “*Sí. Ya acabé*”
- **Terapeuta:** “¿Ya acabaste? ¿Y la carita del sol?”
- **Elisa:** “*Acá está*”
- **Terapeuta:** “*Ahora casi no se le ve su carita*”
- **Elisa:** “*Ya*”
- **Terapeuta:** “Entonces es el sol y ¿el sol está quemando a quién?”
- **Elisa:** “*A unos niños y al papá*”

Análisis viñeta #19

En la viñeta #19 Elisa realizó un dibujo en el que cubrió la cara del sol, que además está quemando a los niños y al papá. La cara es la fuente del conflicto e incluso es hiriente a otros. Fue importante que frente a lo que Elisa fue incorporando en el dibujo, se realizaran “acciones que contengan el accionar del niño, poner en palabras lo que se hace, meterse en el juego y representar papeles, investigar y preguntar acerca de un dibujo pidiendo asociaciones” (Estrada, 2017, p. 39). Aunque aparentemente no se ve la cara del sol, Elisa manifestó que ahí seguía aunque no fuera visible. Se le dio la posibilidad de que manipulara los símbolos en el dibujo, aunque sí se hicieron preguntas para poder darle sentido. Se puede

observar que en las viñetas #18 y #19 hay contenido simbólico que refiere a una condición física o el estrabismo.

4.2. Diálogo intradisciplinario

El diálogo intradisciplinario pretende describir e incorporar las aportaciones de otros enfoques y teorías pertenecientes a la Psicología que han permitido la comprensión e intervención en el caso de una manera “multivocal”. Dichos enfoques y teorías son alternos a las teorías consideradas dentro del marco referencial. Para el diálogo intradisciplinario se ha considerado la Teoría del Apego y un concepto fundamental dentro de esta teoría, la base segura. También se ha incluido la Psicología Humanista, y desde este enfoque principalmente la comprensión empática y la terapia de juego centrado en el niño. Por último, la alianza terapéutica también se consideró para el presente diálogo.

4.2.1. Teoría del Apego.

Bowlby en el desarrollo teórico de la Teoría del Apego hizo énfasis en la importancia que tiene la figura de apego para los infantes. “Saber que la figura de apego es accesible y sensible le da la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación” (Bowlby, 2009, p. 40). Esto se puede observar en la viñeta #15, cuando Elisa le preguntó a la terapeuta si había asistido al centro comunitario porque había pasado y la puerta estaba cerrada. En el discurso de Elisa se manifiesta un deseo de mantener la relación al preguntar si la terapeuta estará disponible para ella.

En la viñeta #1 (F3, ver anexo 4), Elisa nombró a la terapeuta como parte de las personas que la quieren.

- **Terapeuta:** “¿Quiénes serían los azules?” (señalé cada bloque) “*¿Quién más quiere a Elisa?*”
- **Elisa:** “*Daniel, Luis, Yared. Es que tengo una tía. Mi mami, mi papi, mi papá Vicente, mi mamá Luisa, Lucero, Alma y tú*”
- **Terapeuta:** “*¿Yo? ¿También yo estoy aquí?*”
- **Elisa:** “*Sí*”

Aquí se hace visible lo que Mary Ainsworth señalaba sobre el apego seguro, porque favorece que el infante confíe en que sus cuidadores o figuras parentales serán accesibles, sensibles y colaboradores si se encuentra en una situación adversa o que le resulte atemorizante (Ainsworth, 1971, citada en Bowlby, 2009). A partir de esta seguridad sentida Elisa pudo explorar sus angustias en las sesiones posteriores del proceso terapéutico.

Wallin (2012) menciona que la base segura favorece el establecimiento de un apego seguro, lo cual da como resultado que el infante experimente seguridad para explorar el mundo, incluido el mundo interno. Para Elisa enfrentarse a su mundo interno le implicó angustia y afectos dolorosos, que pudo colocar en el juego. Una muestra de ello es la viñeta #7 (F3, ver anexo 4). Elisa estaba elaborando unos monitos con plastilina. A uno en particular le agregó ojos, nariz y boca. La boca era hacia abajo, como de tristeza.

- **Elisa:** *“Él no está feliz”*.
- **Terapeuta:** *“¿Por qué?”*
- **Elisa:** *“Ella se río de él porque se cayó”* (señaló la monita que tiene una sonrisa).
“Ella se río y él se cayó”.

El vínculo de apego que se estableció con Elisa en el proceso psicoterapéutico le ofreció una base segura que facilitó que Elisa explorara sus afectos y preocupaciones. Y la base segura generó una sensación de seguridad, “tal sensación de seguridad surge de la eficacia del terapeuta para contribuir a que el paciente tolere, module y comunique sentimientos difíciles” (Wallin, 2012, p. 12).

La teoría del apego y el concepto de base segura facilitaron la comprensión del caso al identificar las características del tipo de apego que se manifestaba en la relación de Elisa con sus cuidadores primarios. Esto llevó al entendimiento de sus necesidades, considerando el momento de vida y la importancia que tiene el apego seguro para el desarrollo psíquico. Esto derivó en una intervención que tomara el apego seguro y la base segura como un referente en la relación terapéutica, para que esta promoviera la manifestación del conflicto de Elisa y fuera posible colocar en las sesiones “lo doloroso”.

4.2.2. Psicoterapia Humanista.

Dentro de la psicoterapia Humanista, Rogers (1980) hizo énfasis en las condiciones necesarias en el proceso terapéutico para que fuera posible el desarrollo y el cambio. Una de estas condiciones es la comprensión empática, que consiste en que el terapeuta detecte sentimientos y significados personales que el cliente está experimentando y pueda comunicar esta comprensión a la persona (Rogers, 1980). Tal y como se presentó en la viñeta #12 (F3, ver anexo 4) cuando se le preguntó a Elisa por los comentarios que le hacían en la escuela.

- **Elisa:** *“Es que un niño que se llama Ángel me dice cosas”.*

Le pregunté qué cosas le dice.

- **Elisa:** *“Cosas feas”.*
- **Terapeuta:** *“Cosas feas ¿Cómo qué?”.*
- **Elisa:** *“Tu ya vete de la escuela”.*
- **Terapeuta:** *“¿Y eso no te gusta a ti?”*

Elisa movió la cabeza para decir que no.

La terapeuta detectó el sentimiento de dolor que Elisa ha experimentado frente a los comentarios de sus compañeros. Al comunicarle a Elisa que se ha identificado el sentimiento que experimentó, su respuesta al mover su cabeza de manera negativa fue un gesto de confirmación. Aquí también es posible visualizar lo que señala Warner respecto a las respuestas del terapeuta desde la comprensión empática, porque “son con frecuencia el único tipo de intervención que las personas pueden recibir mientras se encuentran en medio de un proceso frágil, sin sentirse traumatizadas o desconectadas de su experiencia” (Warner, 2014, p. 130). En ese momento habría sido muy doloroso para Elisa profundizar en la experiencia de los comentarios, por su fragilidad y vulnerabilidad.

Virginia Axline (2003) fue pionera en la terapia de juego centrado en el niño y estableció ocho puntos centrales para orientar al terapeuta y su comportamiento frente al menor. En la viñeta #8 es posible identificar algunos de estas actitudes por parte de la terapeuta. Elisa se encontraba realizando un dibujo (anexo 12) donde uno de los personajes se caía de los números que Elisa había dibujado. Al hacerle preguntas sobre lo que podría ocurrir, Elisa dibujó algo que simulaba ser “tierra” donde el niño del dibujo podría caer para

no lastimarse gravemente. A continuación se enlistan algunas de las actitudes que señala Axline (2003) y que se hicieron presentes.

- La terapeuta creó una actitud permisiva en la relación, de tal forma que Elisa pudo expresar una caída desde unos números. De haberla confrontado con la realidad, se habría limitado la expresión de sus sentimientos.
- Que Elisa dibujara la “tierra” se reconoció por la terapeuta como una manera de Elisa para solucionar sus problemas. La caída sigue estando presente pero Elisa introdujo algo en el dibujo para disminuir el “riesgo”. Al brindarle la oportunidad de hacerlo, ella ha sido capaz de decidir y realizar cambios a su narrativa.
- Las preguntas de la terapeuta pretendían seguir el juego de Elisa, y no para contradecir o cambiar lo que ella estaba realizando.

Por último, la evolución del juego presentada en las viñetas #9, #10, #11, #12 y #13 (F3, ver anexo 4) puede ser explicada desde lo que Hendricks (1971, citado en Schaefer, et. al., 2016) identificó como fases en la terapia de juego por las que tiene que atravesar el niño, para aceptarse a sí mismo y alcanzar su auto-realización, que son algunos de los objetivos del enfoque humanista.

La fase inicial de la terapia incluye las primeras sesiones y se caracteriza por la presencia de un alto nivel de ansiedad, juego exploratorio y el establecimiento de la relación terapéutica. Esto es evidente en la viñeta #9 y #10, donde Elisa presentó ansiedad y preocupación. También tenía dificultades para jugar. La segunda fase se caracteriza por el aumento del juego agresivo. Conforme éste disminuye, aumenta el juego creativo y relacional. En la viñeta #11 es visible que la agresión en el juego e incluso el personaje central es el payaso Eso.

Y en la tercera fase, hay un predominio de la expresión de felicidad y también el infante comparte información personal, sobre su persona y su familia. En la viñeta #12 Elisa compartió el motivo por el cual no quería ir a la escuela, mencionó las “cosas feas” que le dicen en la escuela. Elisa pudo compartir información personal, derivada de sus experiencias dolorosas. En la última fase, el niño expresa de manera más amplia sus emociones positivas

y negativas. En la viñeta #13 Elisa, además de compartir información de su familia, Elisa mencionó que material le había gustado y también indicó cuando quiso cambiar de actividad. Para ese momento de la psicoterapia Elisa podía expresar sus emociones con más facilidad.

El enfoque Humanista brindó herramientas respecto a las actitudes de la terapeuta que pudieran facilitar la intervención con Elisa, como lo fue la comprensión empática. La terapia de juego centrada en el niño se caracteriza por el énfasis que se hace en los recursos y la tendencia del menor hacia el desarrollo y el bienestar. Reconocer estos aspectos en Elisa permitió percibir sus acciones, gestos e incluso los silencios como un esfuerzo de ella por colaborar en el proceso terapéutico, y no necesariamente como resistencias o como muestra el “déficit” de algo.

4.2.3. Alianza Terapéutica.

La alianza terapéutica es otro concepto que facilita la comprensión del desarrollo del proceso terapéutico. Diverso autores han definido este término, sin embargo para el diálogo se consideró la definición de Luborsky (1976, citado en Luborsky y Horvath, 1993). El autor menciona que la alianza terapéutica refleja el grado que un paciente experimenta la relación terapéutica como útil para lograr los objetivos en psicoterapia. Horvath y Luborsky (1993) consideran que la alianza terapéutica es dinámica, por lo que identificaron dos tipos de alianza: Tipo 1 y Tipo 2. A continuación se presenta la descripción de cada tipo y se señalan las viñetas en las que es posible identificar ambos tipos de alianza terapéutica.

- Alianza terapéutica tipo 1: Se hace más evidente al inicio de la terapia. Es "una alianza terapéutica basada en que el paciente experimenta al terapeuta como un apoyo y una ayuda consigo mismo como receptor" (Horvath y Luborsky, 1993, p. 563). Este tipo de alianza se manifiesta en la viñeta #18, porque Elisa pudo expresar la solicitud de ayuda. Este gesto es muestra de la alianza terapéutica que se construyó en las sesiones previas.
- Alianza terapéutica tipo 2: Se refiere a “un sentido de trabajar juntos en una lucha conjunta contra lo que está impidiendo al paciente. En la responsabilidad compartida de trabajar los objetivos del tratamiento” (Horvath y Luborsky, 1993, p. 563). La

alianza terapéutica tipo 2 se visibiliza en la viñeta #5, cuando Elisa colabora con la terapeuta durante el juego de las marionetas de los cerditos y el lobo. Este “trabajar juntas” le permitió a Elisa atender la herida física manifiesta en la oreja del cerdito y encontrar una solución.

Los juegos en la psicoterapia infantil desempeñan un papel importante, no solo por lo terapéutico que pueden resultar para el menor, también porque es precisamente a través del juego que se va estableciendo la alianza terapéutica. Respecto a esto, Esquivel considera que Los juegos más estructurados, como los juegos de mesa, se utilizan en las primeras etapas del tratamiento con niños que se presentan temerosos y más defensivos, de manera que sea posible crear la alianza terapéutica que le permita al menor sentirse seguro para expresar sus dificultades y conflictos de manera simbólica. (2010 p. 67).

A lo largo de las sesiones se pudo hacer uso de los juegos de mesa, incluso en diferentes momentos del proceso. En el caso de Elisa, las viñetas #12 y #17 (F3, ver anexo 4), muestran cómo los juegos de mesa facilitaron que Elisa expresara verbalmente sus dificultades. En una sesión se utilizó el memorama y en la otra el dominó de colores. En ambas fue precisamente durante el juego que se le hicieron preguntas sobre el estrabismo a Elisa y ella pudo responder de manera verbal. Esto es importante, porque Elisa no recurrió a lo simbólico para manifestar lo que había sido doloroso para ella.

El concepto de alianza terapéutica fue indispensable para identificar aspectos de la relación terapéutica que dieran cuenta de la construcción de la alianza. Esto para saber al inicio del proceso si habría un proceso terapéutico como tal. Y también para conocer cómo ir fortaleciendo la alianza terapéutica con Elisa y hacer uso de ciertas estrategias como lo fue la selección de material y los juegos propuestos en algunas ocasiones.

4.3. Diálogo interdisciplinario

El diálogo interdisciplinario consiste en el sustento y análisis del caso desde las aportaciones de otras disciplinas y marcos teóricos que favorecieron una mayor comprensión y una intervención adecuada e integral. El diálogo con otras disciplinas permite atender las

problemáticas humanas de una manera que considera su complejidad y los múltiples factores que intervienen en la experiencia subjetiva. Para el diálogo interdisciplinario del caso se propone la Medicina, como disciplina que atiende y explica los padecimientos orgánicos del cuerpo humano, como lo es el estrabismo. También se considera el Construccinismo Social desde la Sociología, como una teoría que señala cómo se construye aquello a lo que se le llama “realidad”. Y por último, también desde la Sociología, el concepto de Yo Espejo.

4.3.1. Estrabismo.

El estrabismo es una condición oftalmológica que se caracteriza por “la pérdida de la función binocular, la reducción de la visión del ojo desviado (ambliopía u ojo vago) y el aspecto estético desfavorable. También se produce una alteración en la visión en relieve y en la visión de precisión” (Puertas, 2015, p. 329). Fue importante para el caso indagar sobre esta condición física para conocer lo que sucede orgánicamente en el ojo, así como haber tenido claridad de los posibles tratamientos a los que Elisa podría acceder. Durante la primer entrevista (F1, anexo 1), realizada a la mamá de Elisa, ella comentó sobre el estrabismo de Elisa. A la mamá le comentaron en la clínica de salud que lo que Elisa tenía era “ojo perezoso”. Posteriormente la canalizaron al hospital de especialidades médicas. Al preguntar por la atención brindada hasta ese momento, la mamá comentó que estaba pendiente una tomografía que el especialista oftalmólogo había solicitado. Esta tomografía indicaría el tipo de estrabismo para poder plantear el tratamiento más adecuado para Elisa. Desafortunadamente Elisa dejó de tener acceso al servicio de salud debido al cambio de trabajo de su papá y ya no le realizaron dicha tomografía, por lo tanto ya no hubo seguimiento médico.

El aspecto estético desfavorable del ojo es algo evidente en el estrabismo, lo cual genera que la persona evite el contacto visual, de modo que se disminuya la percepción del movimiento involuntario del ojo, por parte de otras personas. Esto genera un retraimiento social que se manifiesta en dificultades con la imagen de sí mismos, la obtención de empleo, las relaciones interpersonales, la escuela, el trabajo y los deportes (Satterfield, Keltner y Morrison, 1993). Esto se puede observar en la siguiente viñeta extraída de la entrevista realizada a la mamá de Elisa.

Viñeta #20: Sesión 0 – Entrevista con mamá. (F1, ver anexo 1)

- **Terapeuta:** “¿Por qué decidió solicitar el apoyo para Elisa?”.
- **Mamá:** “*La veo muy tímida, seria y corajuda. Como con coraje. No se controla y se pega en la cabeza*”.
- **Terapeuta:** “¿A qué se refiere con corajuda?”
- **Mamá:** “*Es una niña intranquila, llora de todo y hace muchas travesuras. También es muy seria y tímida. Mi familia me ha dicho **que algo tiene la niña. Me dicen que casi no habla y es muy seria***”.
- **Terapeuta:** “¿Desde cuándo la ve así?”.
- **Mamá:** “*Empezó en el kínder. Es muy seria y tímida*”.
- **Terapeuta:** “¿Solo ocurre en la escuela?”.
- **Mamá:** “*Pues en el preescolar la maestra me dijo que era muy seria y que no hablaba. Pero con desconocidos no habla, **no socializa**. Es muy diferente a su hermana, ella es más abierta. La hermana de Elisa me pregunta porqué **Elisa no juega ni habla**. Por eso vine aquí, para que la traten*”.

Aunque la mamá de Elisa no relacionó la timidez y seriedad con el estrabismo, en la viñeta se puede observar que estas conductas iniciaron cuando Elisa entró en contacto con otras personas fuera de su núcleo familiar. Es decir, cuando Elisa ingresó al preescolar que es también un espacio de socialización importante.

Considerar estas conductas de Elisa fue importante para la comprensión del desarrollo terapéutico, principalmente en las primeras sesiones. Las sesiones iniciales se caracterizaron por la evitación del contacto visual de Elisa con la terapeuta, así como los largos silencios, las respuestas con monosílabos y los movimientos de la cabeza para afirmar o negar algo que se le preguntaba. En la viñeta #9 se muestran estas acciones y actitudes de Elisa. Fue importante considerar el poco contacto y la actitud evitativa como parte de lo que el estrabismo le había generado a Elisa, para no reducirlo al ámbito psicológico, como las cuestiones intrapsíquicas o el mismo desarrollo del proceso terapéutico.

Además de lo mencionado, otro aspecto psicosocial del estrabismo es que la persona se enfrenta a situaciones o comentarios hirientes por el aspecto de sus ojos. En un estudio realizado en México de infantes con estrabismo, se encontró que la forma de acoso más frecuente fue la exclusión o bloqueo social, como la exclusión de juegos o actividades en grupo, prohibir a otros para no establecer una relación con estos menores, querer provocar el llanto y fomentar el rechazo de otros (Martínez-Mayorquín, et. al, 2017). Esto se hace evidente en la viñeta #12, cuando Elisa compartió que uno compañero le dice “cosas feas”. Al preguntarle a qué cosas le decía, Elisa respondió: **“Tú ya vete de la escuela”**. Este comentario expresa rechazo hacia Elisa que es posible que se tradujera en exclusión social en el ámbito escolar.

Contemplar el estrabismo desde el ámbito médico-oftalmológico facilitó la comprensión de las necesidades y características de Elisa. De modo que fue posible vincular aspectos psicológicos de Elisa como respuestas o derivados de lo que el estrabismo le había generado. Entonces la organicidad se estableció en el reporte de psicodiagnóstico (F4, anexo 5) como una determinante primaria del caso.

4.3.2. Construccinismo Social.

El Construccinismo Social se centra en “la influencia de lo social en el proceso de construcción de la realidad, siendo los espacios discursivos los únicos que dan sentido y significado a la experiencia humana” (Celis & Rodríguez, 2016, p. 25). A partir de esta concepción del construccinismo social de la realidad, fue posible considerar la dificultad que le representa el estrabismo a Elisa y qué lugar se le ha dado a su discapacidad visual desde los discursos y sus relaciones interpersonales. Una muestra de ello es lo que se presenta en la siguiente viñeta, extraída de la entrevista con la mamá (F1, anexo 1).

Viñeta #21: Sesión 0 – Entrevista con mamá. (F1, ver anexo 1)

- **Terapeuta:** “¿Desde cuándo se dio cuenta que Elisa tiene estrabismo?”.
- **Mamá:** “Desde que tenía 6 meses de edad. Lo tiene en su ojo izquierdo”.
- **Terapeuta:** “¿Le han hecho comentarios a Elisa por su ojo?”
- **Mamá:** “Sí, le han dicho bizca en la escuela”

- **Terapeuta:** “¿Y cómo reacciona Elisa frente a esto?”
- **Mamá:** “Pues me pregunta que qué es lo que tiene en su ojo. Que por qué está así”.
- **Terapeuta:** “¿Y usted le ha explicado o qué le responde cuando le pregunta eso?”
- **Mamá:** “Le digo que así nació. Me he dado cuenta que Elisa agita su cabeza como para acomodar sus ojos. Entonces le digo que eso lo hace para arreglar su ojo”.

Se puede apreciar, en primer lugar, que Elisa percibe una diferencia en su apariencia, algo que la distingue de otros niños y niñas y que genera que le digan “bizca”. Debido a esto Elisa le pregunta a su mamá qué es lo que tiene. La respuesta de la mamá al decirle que “*así nació*” y que hace cosas para “*arreglar su ojo*” ubica el estrabismo en un lugar donde algo “no funciona” y por lo tanto se debe “arreglar o solucionar”. Por consiguiente, esta práctica discursiva le da un significado del estrabismo a Elisa que se sitúa desde el déficit, la dificultad y lo “no funcional”. Porque “las palabras adquieren su significado sólo en el contexto de las relaciones actualmente vigentes” (Gergen, 1996, p. 45). Y este significado es más significativo por la relación que se lo ha proporcionado, que en este caso era su mamá.

Gergen afirma que las palabras son “algo pasivo y vacío simplemente sonidos o marcas sin consecuencia. (...) Las palabras están activas en la medida en que las emplean las personas al relacionarse, en la medida en que son un poder garantizado en el intercambio humano” (1996, p. 43). El proceso terapéutico como espacio de intercambio humano puede entonces ser una oportunidad para que las palabras sean empleadas por la persona de maneras distintas al relacionarse. Un ejemplo de este cambio se muestra en la viñeta #4, donde Elisa utilizó para el juego un muñeco que estaba en silla de ruedas. Elisa mencionó: “*el otro niño se vio con la niña y estaba solito*”. Le pregunté porque estaba solito y dijo: “*Porque no se subía al coche*” (se refirió al niño de la silla de ruedas). Elisa: “*Y se trajo la bici para que ahí se subiera*”. En la viñeta se muestra cómo Elisa pudo significar la “discapacidad” de manera distinta en el juego, no como una condición que limita y excluye. Por el contrario, como algo que la llevó a buscar alternativas para que fuera posible la inclusión, siendo entonces una idea distinta de lo que representa la discapacidad.

Un concepto importante dentro del Construccinismo Social es el Yo relacional. El Yo entonces va siendo un proceso de construcción a partir de lo relacional. Gergen considera la “autoconcepción no como una estructura cognitiva privada y personal del individuo sino como un discurso acerca del yo: la representación de los lenguajes disponibles en la esfera pública” (1996, p. 163). En la viñeta #17 (F3) se puede observar cómo la representación del lenguaje en lo público sobre el estrabismo pasa incorporarse a la autoconcepción que Elisa tiene de ella misma. A continuación se muestra parte de la viñeta.

- **Terapeuta:** “*¿Alguien en la escuela te ha dicho algo de tus lentes?*”.
- **Elisa:** “*Un niño me dice bizca*”.
- **Terapeuta:** “*¿Por qué te dice así?*”
- **Elisa:** “*Porque yo soy bizca*”.
- **Terapeuta:** “*¿Quién te dijo que eras bizca?*”
- **Elisa:** “*Un niño*”
- **Terapeuta:** “*¿Crees que eres bizca?*”
- **Elisa:** “*No*” (agachó su cabeza)

Por eso Gergen y Castell señalan que “podemos empezar a ver que nuestro vocabulario mental es fundamentalmente un vocabulario de relación” (Gergen & Castell, 2015, p. 125). Aún cuando Elisa no se considere a sí misma como alguien “bizca”, el discurso de su compañero ha pasado a ser parte de la concepción que tiene Elisa sobre su cuerpo y su persona. Entonces el Yo es un intercambio entre el lenguaje de lo privado y lo público, que puede o no coincidir. El Construccinismo Social como referente para el caso promovió el cuestionamiento sobre cómo se había construido la idea del estrabismo para Elisa y sus diferentes entornos, principalmente su familia y la escuela.

4.3.3. Yo Espejo.

El concepto Yo Espejo fue desarrollado por Charles Horton Cooley (2005) y es uno de sus principales aportes al interaccionismo sobre la construcción cognitiva del yo. El autor consideraba que a través de la interacción simbólica cada persona adquiere el sentido del ser, su yo e identidad. “La auto - conciencia más intensa surge siempre acompañada de

experiencias o instintos que la conectan con el pensamiento de los otros” (Cooley, 2005, p. 23).

El autor afirma que para la construcción de la identidad existe una búsqueda de otros y otras que confirmen y sostengan aquello que se considera como Yo. Entonces se hace un esfuerzo por imaginar los pensamientos y percepción de la otra persona para imaginarnos a nosotros mismos. El Yo espejo posee tres elementos principales: “la imaginación de nuestra apariencia para la otra persona; la imaginación de su juicio sobre esa apariencia, y algún tipo de sentimiento propio, como por ejemplo el orgullo o la mortificación” (Cooley, 2005, p. 25).

La siguiente viñeta puede ejemplificar cómo es que estos tres elementos influyeron en la auto-percepción de Elisa.

Viñeta #22: Sesión 11 (F3, ver anexo 4)

- **Mamá:** *“Ahorita en la escuela sí me ha preocupado mucho porque ha estado muy baja de calificaciones. No quiere ir a la escuela, llora mucho. Es todos los días, antes de ir a la escuela. De la escuela ya viene normal en la salida. A veces sale cansada y llega y duerme”.*
- **Terapeuta:** *“¿La ha visto triste o enojada al salir de la escuela?”*
- **Mamá:** *“De repente llora”.*

(Elisa se metió debajo de la mesa, le tuve que pedir que saliera).

- **Terapeuta:** *“Elisa cuéntame por qué lloras para ir a la escuela”.*
- **Elisa:** *“Porque no quiero ir, es que la maestra me deja mucho trabajo”.*
- **Terapeuta:** *“¿La maestra te regaña?”.*
- **Elisa:** *“Un poquito”.*
- **Mamá:** *“Elisa no quiere llevar lentes porque se burlan de ella”.*
- **Elisa:** *“Me dicen que yo soy bizca”.*
- **Terapeuta:** *“¿Qué haces cuando alguien te dice eso?”*
- **Elisa:** *“Le digo que tú eres bizco. También le digo a la maestra y ella lo regaña. Pero a veces la maestra no nos deja salir al recreo”.*

- **Mamá:** *“A veces los castiga cuando se portan mal. Le pedí a la maestra que la pusiera adelante para que Elisa pueda ver, aunque **Elisa dice que no está adelante, está en las primeras filas**”.*

En la viñeta se puede ver que Elisa imaginó cómo es su apariencia para sus compañeros de la escuela, considerando el uso de los lentes. Posteriormente ella también pudo imaginar el juicio sobre esa apariencia, que confirma con los comentarios que la refieren como “bizca” y por último, Elisa tiene un sentimiento propio sobre ello, que es la angustia y la tristeza, por eso su llanto antes de ir a la escuela. No se trata sólo del uso de la palabra “bizca” como un adjetivo a su persona, sino porque ella puede imaginar cómo la ven y la apariencia que perciben otras personas.

El concepto de Yo Espejo permitió entender cómo es este proceso de la identidad desde el interaccionismo simbólico, de modo que fue posible empatizar en el proceso terapéutico desde las vertientes implicadas en esta configuración del Yo. Es decir, atender a lo que Elisa experimentó como sentimiento propio derivado de cómo imaginó que la percibían otras personas, sin desatender el sentido de vivirse con estrabismo.

5. Aspectos éticos

La psicoterapia supone el encuentro de subjetividades, a través de la interacción de dos o más personas, dependiendo del tipo de práctica, enfoque e intervención. Consiste en un “tratamiento psicológico de los desórdenes mentales en el cual una persona entrenada (psicoterapeuta) establece una relación con una persona (paciente, cliente) que presenta problemas emocionales, con el propósito de aliviar o modificar los síntomas o patrones conductuales” (Wolman, 1989, citado en Campo, 2004, p. 125).

En toda profesión hay ciertos criterios mínimos necesarios para desempeñar la labor o trabajo. Dentro de estos requerimientos se encuentran la formación, preparación y responsabilidad profesional. Para asegurar esto, “las organizaciones profesionales han establecido dispositivos consensuales de estándares o normas de desempeño, que conforman el instrumento ético orientador y ordenador que guía las actividades científico-profesionales de sus integrantes” (Leibovich, 2006, p. 198). Sin embargo, a diferencia de otras relaciones humanas donde se brinda un servicio profesional, en la psicoterapia aquello con lo que se “trabaja” es la historia de vida de la(s) persona(s).

En la relación psicoterapéutica se accede verbalmente a lo más íntimo de la vida de los sujetos, trabajándose no solo con la realidad de la vida de los pacientes, sino también con todos los aspectos de su subjetividad: emociones, deseos, fantasías, anhelos, temores, etc. (Fundación de Ciencias de la Salud, 2014, p. 83).

Esto implica entonces que el/la psicoterapeuta tenga claridad y certeza de lo que se requiere profesionalmente para atender las necesidades que se le demandan, así como la capacidad de dimensionar lo que implica su labor y el impacto que este podría generar en la vida de la persona consultante.

La ética profesional se refiere “al conjunto de normas, valores y sistemas de creencias que la comunidad de profesionales comparte, en determinado momento, acerca de qué es lo que está bien o mal, de qué es correcto o incorrecto hacer en la actividad profesional” (Leibovich, 2006, p. 198). La ética de cada profesión se construye con aportaciones de distintas fuentes y elementos, como “los profesionales actuales mismos, las tradiciones heredadas en el seno de la profesión, las demandas de los usuarios y de la sociedad en general

y el aporte de la reflexión filosófica” (Martínez, 2006, p. 122). Considerando que las demandas y problemáticas sociales-profesionales son cambiantes, cada profesión necesita elaborar una ética específica que sea revisada y actualizada constantemente (Martínez, 2006).

Los lineamientos éticos de cada profesión entonces orientan y regulan la práctica profesional, pero también permiten que se puedan tomar decisiones en caso de un dilema o problema en la práctica. En la psicoterapia se pueden presentar conflictos éticos con frecuencia debido a que “estos conflictos no suelen estar provocados por discrepancias en lo que cabe llamar los hechos clínicos, sino que tienen que ver con cuestiones de valor” (Fundación de Ciencias de la Salud, 2014, p. 1).

5.1. Relativos al Desarrollo Humano Sostenible

La psicoterapia, al ser un encuentro de subjetividades debe considerar y priorizar los derechos humanos de la persona consultante, teniendo en cuenta las características de su condición que la pudieran situar en un lugar de vulnerabilidad, tal como las infancias, juventudes y la discapacidad. Para ello existen una diversidad de documentos que señalan y procuran el cumplimiento de los derechos humanos. Uno de ellos es el informe que realizó la UNICEF en 2018, el cual se titula: Los derechos de la infancia y la adolescencia en México. En el documento se exponen los derechos de esta población, considerando el análisis contextual del país. Tomando como referencia dicho documento, a continuación se presenta una valoración analítica respecto a la participación activa y libre que tuvo Elisa en el proceso terapéutico, conforme a los derechos humanos y de la infancia.

El derecho al desarrollo establece que “los cuidadores o tutores tienen un papel clave en el desarrollo de la primera infancia, (...) la presencia de un adulto que les enseñe a descubrir el mundo en el que se desenvolverán” (UNICEF, 2018, p. 120). Al brindar la atención psicoterapéutica a Elisa fue importante considerar la influencia e importancia de la terapeuta como una persona adulta, para procurar en todo momento que el desarrollo de Elisa correspondiera a su edad y momento de vida.

Por otro lado, el derecho al desarrollo respecto a la discapacidad señala que “detectar a las y los niños con discapacidad y poder atenderlos adecuada y oportunamente requiere prestar una atención oportuna a la vigilancia del desarrollo de la primera infancia” (UNICEF, 2018, p. 122). La psicoterapia, como atención y servicio, buscó atender las dificultades emocionales y psicológicas de Elisa, sin desatender el estrabismo como una condición física. Para esto fue necesario preguntarle por situaciones o materiales que pudieran resultar de difícil uso por la falta de la función binocular visual y el no uso de sus lentes. Elisa en algunas sesiones llegó a señalar que no podía ver bien algo con claridad. Estas consideraciones y adecuaciones fueron importantes para el desarrollo del proceso terapéutico.

De igual importancia, el derecho a la protección en la infancia hace énfasis en garantizar que los niños y las niñas vivan en entornos libres de violencia y que se procure su bienestar.

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) reconoce el derecho de niñas y niños a vivir una vida libre de toda forma de violencia y a la protección de su integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones para su bienestar. (Estados Unidos Mexicanos, 2014, citado en UNICEF, 2018, p. 152).

En el caso de Elisa, fue necesario mencionarle a la mamá lo que Elisa compartió respecto a los comentarios que recibía en la escuela. En este sentido no se trató de una falta a la confidencialidad, primero porque se ella era menor de edad, y segundo, porque Elisa estaba viviendo una situación de *bullying*, siendo este un tipo de violencia. Se le mencionó a Elisa que se comentaría la situación con su mamá y ella estuvo presente cuando se dialogó con su mamá sobre la situación. De esta manera se protegió la confianza depositada por parte de Elisa al mismo tiempo que se atendió la situación para favorecer su bienestar.

Por último, el Código Ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009) es un documento que establece los lineamientos éticos y el cumplimiento de los derechos humanos en la práctica y ejercicio de la Psicología. Uno de los principios básicos es el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, que “incluye el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la

igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009, p. 39). Al inicio del proceso se le brindó a la mamá de Elisa el consentimiento informado de menores (ver anexo 3), donde se establecieron estos lineamientos y se señaló que tanto Elisa como su mamá podían decidir en qué momento dar por terminada la atención psicoterapéutica, como parte de sus derechos. En el documento también se mencionó la confidencialidad, como derecho de Elisa y obligación de la terapeuta.

5.2. Cumplimiento formal de los términos del encuadre

El proceso psicoterapéutico con Elisa se realizó en el centro comunitario de la Universidad Iberoamericana León, CESCO. La institución estableció ciertos criterios para que la atención psicológica sea profesional y ética. Estos lineamientos incluían los derechos y obligaciones, tanto de Elisa y su mamá, como de la terapeuta. Se enlistan en el “Consentimiento Informado de menores” (ver anexo 3). Dicho consentimiento se entregó y explicó a la mamá de Elisa en la primer entrevista para que conociera el documento, posteriormente la mamá lo firmó. El consentimiento informado, además de ser un requisito institucional, es un documento necesario para la práctica psicológica. Así lo establece la Sociedad Mexicana de Psicología (2009) en el Código Ético del Psicólogo. En el capítulo 4, del artículo 118 al 131 se hace mención del uso y características del consentimiento informado. El artículo 119 establece que “cuando las personas presenten incapacidad legal para dar un consentimiento informado, el psicólogo obtiene el consentimiento informado de una persona legalmente autorizada” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009, p. 80). Por este motivo la mamá de Elisa fue quien firmó el consentimiento, así como la autorización para la audiograbación de las sesiones.

En la primer sesión se explicaron también de manera general las características del encuadre a la mamá de Elisa. “El encuadre es el marco en el cual se van a dar las condiciones necesarias e imprescindibles para el funcionamiento del dispositivo analítico” (Blinder, Knobel y Siquier, 2004, p. 42). Dentro de los criterios que se establecieron para el encuadre, respondiendo a los lineamientos de CESCO, fue la frecuencia de las sesiones, siendo estas cada semana, respetando el día y horario establecido. Se señaló a la mamá la importancia de la puntualidad por ambas partes. Aunque el centro comunitario establece una cuota de

recuperación, se acordó que se reduciría el monto por sesión debido a la situación económica familiar de Elisa.

Además de los lineamientos del encuadre que refiere a la asistencia, puntualidad y frecuencia de las sesiones, fue importante señalar a Elisa aspectos del encuadre que refieren al proceso y su bienestar en las sesiones. Dentro de lo que se indicó a Elisa fue que se cuidaría el material, los juegos y el mobiliario que se utilizara. También se le mencionó que en algunas sesiones se pediría a su mamá que entrara para compartirle lo que se había realizado en sesión.

El Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009) en el artículo 132 establece que el profesional de la Psicología tiene la obligación de respetar los derechos de confidencialidad de las personas que le consultan, además de tomar precauciones para que se lleve a cabo. Por tal motivo, para el desarrollo del presente trabajo se han utilizado seudónimos y se ha modificado información que pudiese facilitar la identificación de Elisa o de otras personas involucradas. Además el artículo 136 establece que se le debe informar a la(s) persona(s) acerca de la posibilidad de compartir o usar datos del proceso con otros profesionales, como es el caso de la supervisión. A la mamá de Elisa se le comentó de esta situación, explicándole el proceso de formación de la maestría de la terapeuta.

5.3. Manejo de las actitudes básicas

A lo largo del proceso psicoterapéutico se buscó que la atención, sesiones e intervenciones se presentaran desde la autenticidad, la aceptación incondicional, la empatía y escucha de la psicoterapeuta. Porque son estas actitudes básicas por parte del terapeuta las que promueven el crecimiento y cambio de la persona (Rogers, 1980). La autenticidad se refiere a que la terapeuta fue ella misma y se mostró de esa manera a Elisa. La aceptación hacia Elisa fue indispensable, aunque no únicamente hacia su persona, también respecto lo que fue manifestando y compartiendo e incluso solicitando. La aceptación implicó además reconocer y sostener el proceso personal de Elisa en su proceso terapéutico, esperar y ser paciente frente los “tiempos” que ella requirió para apropiarse del proceso y posteriormente poder situarse en un lugar donde la psicoterapia fuera posible. Porque “la propuesta

psicoanalítica apunta a trabajar con el deseo y con la historia. Sostiene preguntas y propone encuentros con la propia verdad, defiende la ética desde el respeto a la verdad ajena y a la particularidad de cada cual” (Bagnarello, 2014, p. 55).

La empatía, como capacidad para detectar sentimientos y significados personales que Elisa fue experimentando para después comunicarle la comprensión respecto a ello. Y la escucha, como el acto que “valida el hablar. Es el escuchar, no el hablar, lo que confiere sentido a lo que decimos. Por lo tanto, el escuchar es lo que dirige todo el proceso de la comunicación” (Echeverría, 2005, p. 81). El proceso de escucha frente a Elisa implicó en algunas sesiones repetir lo que ella había mencionado, debido a que había sido poco claro porque su tono de voz era muy bajo. También en el juego, se recurrió a otros sentidos, como la vista, para poder “escuchar” la producción lúdica (juego) que Elisa generaba. Es decir, la observación durante las sesiones implicó una total disposición para poder identificar los contenidos que Elisa colocaba y producía en el juego, como el lenguaje a través del cual pudo expresar sus afectos, necesidades e incluso sus conflictos.

La valoración y revisión de estas actitudes básicas se realizó en las supervisiones del caso, a través de comentarios y señalamientos de otros terapeutas en formación y las docentes de supervisión, expertas en los procesos terapéuticos y con conocimiento profundo en la teoría. Las sesiones de supervisión permitieron recibir señalamientos sobre las actitudes de la terapeuta mencionadas previamente, remitiendo a los aciertos pero también sobre áreas de oportunidad u omisiones que estuviera realizando la psicoterapeuta.

5.4. Vicisitudes resistenciales del psicoterapeuta

La maestría en Psicoterapia Clínica establece, como parte del plan de estudios, el espacio de supervisión semanal para atender y orientar los casos clínicos. A lo largo de los diferentes momentos de supervisión en la maestría se revisó y analizó la transferencia de Elisa hacia la terapeuta. Incluso en el formato de reporte de sesión (F3, ver anexo 4) hay un apartado para redactar la “auto-observación” respecto a los afectos que pudo haber generado Elisa y lo que podría haber transmitido a la terapeuta. “La supervisión y la asesoría son oportunidades clave para abordar estos temas de frente, impulsar la autoexploración y un

conocimiento más profundo de lo que los clínicos llevan inherentemente a la relación terapéutica” (Gil & Pfeifer, 2016, p. 930).

Durante el proceso terapéutico de Elisa se analizaron las principales reacciones transferenciales, siendo en su mayoría afectos positivos, pero también hubo manifestación de soledad, sufrimiento y deseo de cuidado y protección. Esto generó en la terapeuta algunas conductas con el afán de “cuidarla” y “salvarla” de sus experiencias dolorosas, mismas que se señalaron por parte del equipo supervisor para evitar que la terapeuta se colocara en un lugar de idealización para Elisa. Un factor importante que influyó en estas reacciones transferenciales fue que la terapeuta también utiliza lentes para mejorar su visión. La propia experiencia detonó mayor empatía hacia Elisa porque la terapeuta los utiliza desde su infancia. Aunque la terapeuta no vivió situaciones de *bullying* por el uso de lentes, identificó los afectos que Elisa manifestaba y que la llevaban a no usar sus lentes para evitar comentarios dolorosos.

La elección del material para la sesión fue otra conducta frente a la transferencia de Elisa. En la sesión 15 se propuso hacer uso de un material que hacía referencia a la escuela (ver anexo 11), para favorecer que Elisa pudiera hablar sobre las experiencias dolorosas. Este acto resultó invasivo para Elisa, por lo que en supervisión se señaló la importancia de tener cuidado con lo simbólico y el material que se utiliza, para evitar imponer el propio deseo de lo que se va a trabajar.

Además, para cuidar el proceso terapéutico de Elisa y la persona de la terapeuta, a lo largo de su formación académica la terapeuta asistió a su análisis personal, entregando la constancia de dicho proceso a las instancias de la universidad para validar esto. Tanto la supervisión como el propio proceso son un mecanismo de seguridad para atender a las posibles reacciones y resistencias transferenciales y contratransferenciales que se pudieran presentar. “El terapeuta que ha elaborado sus propias experiencias en consejería y supervisión reduce la probabilidad de sobreidentificarse con el cliente en la contratransferencia” (Schaefer, et. al., 2016, p. 648).

6. Conclusiones

A partir del análisis realizado sobre el desarrollo del proceso terapéutico de Elisa (las 15 sesiones presenciales), se puede concluir que hubo cambios importantes en ella. Elisa en las primeras sesiones se mostraba retraída, reservada y tímida. Su forma de comunicarse o para expresar algo era a través de monosílabos como “sí” y “no”, o en ocasiones simplemente movía su cabeza, de izquierda a derecha para negar algo y de arriba a abajo para afirmar. Le resultaba difícil jugar y por consiguiente no podía construir una narrativa dentro del juego. Permanecía en silencio por varios minutos y al preguntarle algo solía ignorar la pregunta y continuar en silencio.

Después de las 15 sesiones presenciales, Elisa podía auto-expresarse, hablar de ella misma, de sus experiencias y sus afectos. También pudo experimentar la psicoterapia como un espacio de catarsis, de modo que pudo colocar en el juego sus angustias. Además, hubo momentos de abreacción, donde a ella le fue posible descargar sus emociones vinculadas a recuerdos. La construcción y establecimiento de la relación terapéutica es una muestra de su mejoría para relacionarse y vincularse con otras figuras. Elisa también manifestó maneras de “resolver” los problemas, ya sea atenuando el dolor o brindando una alternativa frente a lo que le parecía “imposible” en el juego. También se le pudo ver resiliente, cuando la discapacidad no le significó una limitante ni motivo de exclusión.

En cuanto a los principales hallazgos, en el caso se presentaron situaciones dentro del contexto de Elisa que podrían haber favorecido el desarrollo del proceso terapéutico. Una de estas situaciones que resultó significativa para el proceso, fue el regreso de su abuela materna de Estados Unidos. Elisa mantenía una relación estrecha y cercana con su abuela materna y por cuestiones familiares ella tuvo que irse algunos meses. De acuerdo con lo que compartió la mamá, las conductas de timidez y enojo coincidieron con la ausencia de la abuela. En México, por tradición, en muchos contextos la abuela es quien ha asumido el cuidado, la crianza y la educación de los infantes. En algunos casos las labores de la abuela surgen como un apoyo a la familia, pero en otras circunstancias es la única persona con posibilidad de desempeñar funciones vitales que promuevan el desarrollo de los menores, tal como la función materna, y particularmente, el *holding*.

Fueron notorios los cambios que Elisa presentó en la psicoterapia a partir del regreso de su abuela, uno de estos fue la manifestación del estrabismo en las sesiones, principalmente en el juego. Se podría considerar que la abuela fue capaz de contener emocionalmente a Elisa. Es posible que la cercanía, el afecto, el cuidado y la compañía que le proporcionó la abuela promovió un entorno de seguridad y confianza. Quizá este entorno le permitió a Elisa hacer frente a sus experiencias dolorosas, primero para identificarlas y después para nombrarlas. A partir de esto, se puede contemplar que cuando en otros contextos hay figuras de apoyo que promueven la acción terapéutica que se realiza en sesión se favorece el desarrollo del proceso psicoterapéutico y por lo tanto, el bienestar y mejoría.

Respecto a las preguntas de investigación, se pueden considerar algunas implicaciones del *holding* en el proceso psicoterapéutico de Elisa:

1) Fue posible el desarrollo del proceso psicoterapéutico, porque a través del sostén emocional Elisa se pudo situar en un lugar donde experimentó seguridad y contención y a partir de ello tuvo posibilidad de colocar sus afectos y experiencias dolorosas en las sesiones, de manera latente y manifiesta.

2) El juego, además de ser un medio terapéutico, resultó ser un logro dentro del proceso como resultante del *holding*. Es decir, previo a que Elisa encontrara alivio y solución a sus conflictos en el juego descubrió su capacidad creadora, por lo que se movilizaron sus recursos y habilidades. Tal y como lo señala Abadi, “el juego es un logro en el desarrollo emocional, y se inicia como símbolo de la confianza del niño en el ambiente” (2014, p. 29).

3) El *holding* en la terapia de juego se presentó desde el inicio del proceso, aún cuando no había presencia de juego. En el juego el *holding* se manifestó en la devolución y traducción de contenidos lúdicos que resultaban difíciles para Elisa y también en acercar alternativas y respuestas para que ella las pudiera descubrir en el diálogo e intercambio.

4) A través de la transferencia Elisa manifestó la necesidad de un sostén, por lo que las intervenciones desde el *holding* consistieron en recibir y tolerar los afectos colocados en la figura de la terapeuta. La transferencia se expresó a través de solicitar apoyo y denunciar la no atención y cuidado respecto a las experiencias dolorosas a partir del estrabismo.

5) El proceso terapéutico como ambiente facilitador se caracterizó por la presencia, disponibilidad, escucha, constancia, paciencia, tolerancia y empatía por parte de la terapeuta. La psicoterapia, como ambiente facilitador, se centró en las condiciones que facilitaron el desarrollo de la psicoterapia y no la interpretación o intervención. Las características mencionadas previamente favorecieron que Elisa pudiera llevar a sesión contenidos angustiantes, colocarlos en el juego y posteriormente nombrarlos para “elaborar” una solución que fomentara su bienestar emocional.

Con relación al marco referencial, Winnicott (2016) estableció al *holding* como una de las tres funciones maternas, por lo que en su desarrollo teórico el rol de la madre es importante e indispensable para el desarrollo emocional del infante. Es importante hacer un paréntesis para señalar el momento histórico en el que fue propuesta la teoría antes mencionada. La concepción de familia tradicional incluía un padre, una madre y la descendencia o hijo(s) en común. Este modelo de familia nuclear tiene como característica que los miembros que la conforman viven bajo el mismo techo.

Actualmente las dinámicas sociales han tenido un impacto en las formas y expresiones familiares. Por lo tanto, es posible señalar que al hacer referencia a los roles o funciones maternas y paternas, se debe considerar que no necesariamente implica la presencia de la madre y el padre, sino de cuidadores adultos o adultas que puedan desempeñar dichas funciones y que estén disponibles para dar respuesta a las necesidades del infante. Sería posible pensar que entonces a las funciones *holding*, *handling* y presentación de objeto se les podría nombrar “funciones primarias” y no necesariamente funciones maternas, porque esta denominación sugiere que el desarrollo psíquico y emocional del infante corresponde a la madre o quien ocupe dicho lugar.

Por otro lado, Winnicott consideraba que “el analista sostiene al paciente, lo cual suele tomar la forma de la comunicación con palabras, en el momento oportuno, de algo que demuestre que el analista conoce y comprende la angustia más profunda que el paciente experimenta o espera experimentar” (Winnicott, 1963, p. 315). En el caso de Elisa fue necesario considerar el contexto familiar, escolar y social para comprender desde la empatía

lo que ella estaba experimentando. Entonces no es necesariamente que el analista sostenga al paciente a través de la demostración de conocer o saber sobre la angustia, sino comunicar que se ha comprendido y dimensionado el impacto de la experiencia en su historia y su persona.

En las primeras sesiones hubo muchos silencios por parte de Elisa, entonces el sostenimiento fue a través de la espera. En ocasiones el silencio por parte de la terapeuta fue también una intervención, porque eran silencios que tenían contenido y comunicaban por parte de ambas. La terapeuta comunicó así su disponibilidad y espera, mientras que Elisa podía expresar así la dificultad que estaba experimentando para compartir, siendo signo además de las experiencias dolorosas que había enfrentado. Winnicott menciona la comunicación con palabras en el momento oportuno, pero en sesiones con Elisa los gestos, la mirada y la participación en el juego fueron indispensables para validar y afirmar. La psicoterapia infantil requiere de ciertas herramientas y estrategias que la atención a adultos no demanda, pero que definitivamente estas diferencias son las que hacen posible que el terapeuta infantil puede ingresar a la vida del menor.

Por último, la elaboración del presente documento ha presentado ciertas vicisitudes. La delimitación del tema y los objetivos de investigación requirieron tiempo para su construcción y claridad. Primero porque fue necesario elegir una particularidad del caso para su análisis, y no el caso como totalidad. Entonces en el deseo de exponer lo realizado en la psicoterapia hubo que renunciar a otros aspectos del proceso para lograr un análisis profundo. Segundo, implicó diferenciar el proyecto de investigación del proceso como tal. Al comenzar a elaborar el proyecto parecía que no se podría delimitar y acotar porque iría cambiando a la par del proceso terapéutico. Para esto fue necesario definir el enfoque teórico y los conceptos que conformarían el marco referencial. De esta manera aunque el proceso continuó desarrollándose, al tener claridad en el tema a investigar fue más sencillo distinguirlo en las sesiones y por lo tanto, en la construcción del caso.

Por otro lado, durante el análisis de las viñetas fue necesario retomar las audiograbaciones de las sesiones, pues aunque se contaba con las transcripciones, al leer la

narrativa del juego y los diálogos estos eran poco comprensibles y parecían tener escaso sentido. Las audiograbaciones permitieron situar y contextualizar los juegos y los diálogos, porque al escucharlos se pudo percibir cómo fue la secuencia, los materiales elegidos, el espacio utilizado y cómo se dio la interacción y conversación entre la terapeuta y Elisa. Quizá el análisis habría sido más enriquecedor si se hubiera contado con las videograbaciones de las sesiones porque ahí se habrían podido percibir otros detalles, como la motricidad y ciertas acciones o movimientos en el juego. Esto no fue posible porque la mamá solicitó que únicamente se grabara el audio.

Aunado a lo ya mencionado, resultó complejo y desafiante construir la relación entre la teoría y el caso porque el ejercicio requirió afinar el análisis y tener especial cuidado con lo que se deseaba señalar y enfatizar. Aunque también fue enriquecedor leer la diversidad de autores que han apostado por la investigación y la práctica de la psicoterapia infantil. En algunos textos encontré breves fragmentos que me llevaron a pensar: “no se podría expresar esta idea de mejor manera”. Y en otras citas encontré las palabras que exactamente describían lo que había sucedido en las sesiones. Respecto a los diálogos intradisciplinar e interdisciplinar sucedió algo similar, al reconocer cómo es que otros enfoques e incluso otras disciplinas pueden brindar una gran aportación para comprender qué es lo que sucedió, de manera integral. Establecer estos diálogos favoreció para re-pensar a la psicoterapia como área de conocimiento, pero también como práctica de atención a la salud mental que requiere situarse y nutrirse de todo aquello que rodea a la persona consultante.

Finalmente, puedo concluir que la psicoterapia requiere de una constante actualización teórica y práctica, pues son los elementos que permiten la atención profesional a las necesidades y demandas de quien(es) asiste(n) a psicoterapia. Sin embargo, hay ciertas actitudes de la persona del terapeuta que se ponen en práctica en la medida que se tiene la experiencia clínica. Y es precisamente lo que sucede con el *holding*, se puede leer sobre el concepto y el desarrollo teórico, pero en realidad se “aprende a sostener” la subjetividad, la diferencia, la incertidumbre y la vida de la otra persona. Elisa me permitió sostenerle pero ella también resultó ser un sostén en mi proceso de aprendizaje.

7. Referencias

- Abadi, S. (2014). *Transiciones: El modelo terapéutico de D.W. Winnicott*. Perú: Cauces Editores.
- Abello, A. (2011). *Una introducción a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. España: Editora Ágora.
- Aberastury, A. (2009). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. México: Editorial Paidós
- Acuña, E. (2019). La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales. *Tempo Psicanalítico*, 50 (1), 325-353. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v50n1/v50n1a16.pdf>
- Alamo, N. (2019). *Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas: Propuesta de un modelo genérico y de proceso* (Tesis Doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile). Recuperada de <https://repositorio.uc.cl/bitstream/handle/11534/22501/Tesis%20Nicolle%20Alamo%20Final%20marzo19.pdf?sequence=1>
- Alfaro-Rojas, L. (enero – junio, 2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32 (1), 63-74. Recuperado de: <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/19>
- Álvarez, B. (2016). *La importancia del Juego como estrategia de intervención en la Psicoterapia Psicoanalítica con Niños*. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_br_una_alvarez.pdf
- American Academy of Ophthalmology (AAO) (2020). *Estrabismo infantil*. Recuperado de <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/estrabismo-infantil>
- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (6 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C. y Daymas, Simone (2001). *El juego en psicoterapia del niño*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Aranda, B., Ochoa, F. y Lezama, E. (septiembre, 2013). Función materna, subjetividad y maltrato infantil. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (3), 1014-1035. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/41871/38006>

- Arango A. M., y Moreno M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 135-145. Recuperado de <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/286>
- Ariz, G. (2016). Winnicott, espacio transicional entre el psicoanálisis relacional y la protección infantil. *Clínica e investigación relacional*, 10(1), 222-230. Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V10N1_2016/14_Ariza_Winnicott-Espacio-Transiccional_CeIR_v10N1.pdf
- Armenta, J. (2001). Empatía y psicoterapia: las vicisitudes del acompañamiento centrado en la persona. *Revista Mexicana de Psicología Humanista y Desarrollo Humano Prometeo*, (28). Recuperado de <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/index/assoc/HASH01a0.dir/doc.pdf>
- Assoun, P. L. (2002). *La Metapsicología*. México: Siglo XXI editores.
- Axline, V. (2003). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.
- Bagnarello, M. (2014). *Clínica Psicoanalítica Infantil: efecto de la escucha y la palabra* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperada de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=98391>
- Bareiro, J. (2016). El oficio de analista en psicoanálisis: de Freud a Winnicott. *Anuario de Investigaciones*, XXIII, 23-31. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696039>
- Bardi, D., Jaleh, M., y Luzzi, A. (2011). La conceptualización psicoanalítica del juego en la obra de algunos autores argentinos. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 8(2), 77-85. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4835/483549017012>
- Bleichmar, N. y Leiberman, C. (2014). *El Psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.
- Blinder, C., Knobel J. y Siquier M. L. (2004). *Clínica Psicoanalítica con Niños*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (6a. ed.). Madrid, Ediciones Morata, S. L.

- Buck, J. y Warren, W. (2014). *Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo*. México: Manual Moderno.
- Campo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 20 (44), 120-137. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/310/31004407.pdf>
- Castellanos, M. (1973). *El juego en la educación y en la terapéutica de los subnormales*. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana.
- Celis, R. y Rodríguez, M. (2016). *Constructivismo y Construccinismo social en psicoterapia. Una perspectiva crítica*. Colombia: Manual Moderno.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Cooley, Ch. H. (2005). El yo espejo. *CIC. Cuadernos de Información y Comunicación*, (10),13-26. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93501001>
- Cortés, J. (2007). *Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia infantil*. Santiago de Chile, Chile: RIL editores.
- Cuevas, P. (2003). Psicoanálisis y psicoterapia de niños. En *Manual de Terapias Psicoanalíticas en Niños y Adolescentes*. (Ed. 2003) (pp. 117-144) México: Plaza y Valdés Editores.
- Daurella, N. (2018). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aperturas Psicoanalíticas*, 59 (27), 1-21. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001041>
- De Jongh, O. (febrero – julio, 2017). Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención. *Revista Alternativas en Psicología*, 37, 48 – 63. Recuperado de <https://www.alternativas.me/attachments/article/145/04%20-%20Psicoterapia%20infantil.pdf>
- De la Torre, E. (2012). Reflexiones sobre el devenir terapeuta desde las aportaciones de D.W. Winnicott. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2), 302-311. Recuperado de www.ceir.org.es

- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Echeverría, F. (2005). El escuchar: El lado oculto del lenguaje. En Echeverría, F., *La ontología del lenguaje* (pp. 81 – 105). Chile: Lom Ediciones.
- Espina, E. (2005). Apego y violencia familiar. En C. Pérez Testor (comp.) *Violencia en la familia y terapia familiar*. Barcelona: Universidad Ramón Llull.
<http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/26-apego%20y%20violencia%20familiar.pdf>
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia de juego. Casos Clínicos*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F., Heredia, M., Lucio, E. (2016). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Estrada, A. (2017). *Estado actual de la psicoterapia infantil*. Universidad de Antioquia.
Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14344/1/EstradaAngela_2017_EstadoActualPsicoterapia.pdf
- Fagliano, A. (2016). Psicoterapia psicoanalítica con niños deficientes mentales. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, (19). Recuperado de <https://www.controversiasonline.org.ar/PDF/anio2016-n19/8.FAGLI-RES-ESP.pdf>
- Fernández, M. (2002). Teoría del apego y Psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, (33/34), 5 – 35. Recuperado de <https://www.sepypna.com/revista-sepypna/articulos/teoria-apego-psicoanalisis/>
- Fiorini, H. (1993). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Fontana, C. (2001). *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. España: Editorial Síntesis.
- Freud, S. (1917). *Una dificultad del psicoanálisis*. Obras Completas Tomo XVII. Argentina: Amorrortu Editores, pp. 125-136.
- Freud, S. (2003). *Estudios sobre la histeria. Obras completas, tomo II*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Fundación de Ciencias de la Salud (2014). *Guía de Ética en la práctica médica: Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.

Recuperado de https://feafesgalicia.org/img/documentacion/estudios/conflictos_eticos_psiquiatria_psicoterapia.pdf

- García-Villanova, F. (2001). *Proceso y resultados en psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de: <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19972000/S/4/S4014501.pdf>
- Geller, S. & Greenberg, L. (2014). La presencia terapéutica: la experiencia de presencia de los terapeutas en el encuentro psicoterapéutico. En Segrera, A., Cornelius-White, J., Behr, M. y Lombardi, S. (2014). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*. Buenos Aires: Gran Aldea. Págs.: 163 – 183.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Editorial Paidós Básica.
- Gergen, K. J. y Castell, M. (Trad.) (2015). *El ser relacional: más allá del Yo y de la Comunidad*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/iberoleon/127656>.
- Gergen, K. y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid: Editorial Paidós.
- Gil, E. & Pfeifer, L. (2016). Temas de cultura y diversidad en la terapia de juego. En Schaefer, Ch., O'Connor, K. y Braverman, L. (2016, 2da edición) *Manual de terapia de juego* (915 – 930). México: Manual Moderno.
- Glover, G. & Landreth, G. (2016). Terapia de juego centrado en el niño. En Schaefer, Ch., O'Connor, K. y Braverman, L. (2016, 2da edición) *Manual de terapia de juego* (168 – 201). México: Manual Moderno.
- Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad* (Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco). Recuperada de <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12241/goñi%20palacios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Govea, A. (2019). *Psicoterapia de juego*. México: Editorial Pax.
- Greenson, R. (2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI Editores.

- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herrera, L. & García, N. (2003). La investigación en psicoterapia: En busca de senderos eficientes. *Revista Cubana de Psicología*, 20 (2), 111 – 116.
- Höfig, J. & Zanetti, S. (2016). O setting suficientemente bom e o manejo clínico na psicoterapia infantil: relato de caso. *Estilos da Clinica*, 21 (1), 45-62. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i1p45-62>
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Adam-Horvath-3/publication/14828157_The_role_of_the_therapeutic_alliance_in_Psychotherapy/links/54bc62a30cf24e50e9404dbf/The-role-of-the-therapeutic-alliance-in-Psychotherapy.pdf
- Janin, B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 53, 49-56. Recuperado de <https://www.sepypna.com/documentos/articulos/janin-beatriz-intervenciones-psicoanalista-ninos.pdf>
- Koppitz, E. M. (1980). *El test Gestáltico visomotor para niños*. Argentina: Guadalupe.
- Learning Corporation of America / International Cinemedia Center Departamento de Psiquiatría, Universidad McGill. (s.f.) *Freud: La oculta naturaleza del hombre*. De <https://www.youtube.com/watch?v=x5w1oIsFZfw>
- Leibovich, A. (2006). La ética en la práctica clínica. Consideraciones en la investigación psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (102), 197 – 220. Recuperado de https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup102/rup102-leibovich.pdf
- León, S. (2016). *Introducción a la clínica de D. W. Winnicott. Un recorrido cronológico por todas sus obras*. Recuperado de <https://psicologiaen.files.wordpress.com/2016/06/lec3b3n-pinto-introduccion3b3n-a-la-clc3adnica-de-d-winnicott.pdf>

- Martínez Navarro, E. (2006). Ética de la profesión: proyecto personal y compromiso de ciudadanía. *Revista Veritas* (14), 121-139. Recuperado de: http://emiliomartinez.net/pdf/Etica_Profesion.pdf
- Martínez, G. (2017). *Reflexiones en torno a la terapéutica Winnicottiana y sus posibles vínculos con la psicoterapia del psicoanálisis relacional* (Tesis de Maestría, Universidad Andres Bello). Recuperada de http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/8740/a122735_Martinez_G_Reflexiones%20en%20torno%20a%20la%20terapeutica_2017_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez-Mayorquín V., Cárdenas-Lamas L., Villaseñor-Fierro E. (2017). Impacto psicosocial asociado al bullying en pacientes pediátricos con estrabismo. *Revista Médica MD*, 9 (1), 63-67. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75650>
- McDermott, J. F. (1984). Psychotherapy with Children and Adolescents. *Journal of The American Academy of Child Psychiatry*, 23 (5), 527-528. Recuperado de <https://kundoc.com/pdf-psychotherapy-with-children-and-adolescents-introduction-.html>
- Medeiros, C. & Aiello-Vaisberg, T. (2014). Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. *Psicologia Clínica*, 26(2), 49-62. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200004&lng=en&tlng=pt.
- Mendoza, F. (2010). *La función de holding en psicoterapia*. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2014/anteriores/0713539/0713539.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (2010). *Guía Clínica: Estrabismo en menores de 9 años*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Estrabismo-menores-9-años.pdf>
- Moein, L. & Houshyar, F. (2015). The effect of logotherapy on improving self-esteem and adjustment in physically disabled people. *GESJ: Education Science and Psychology*, 5 (37), 3 – 13. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/aef9/5d18b5222d4f09c268ee7afad96b8d56f836.pdf>

- Navarro, J., Arteaga, M. y Pérez, F. (2017). *Vínculos tempranos: transformaciones al inicio de la vida*. Chile: Editorial Universidad Alberto Hurtado. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>
- Oyola, C. (2015). *La evolución del juego en la psicoterapia con niños*. (Trabajo Final de Grado, Universidad de la República Uruguay). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7830>
- Parres, R. (2003). Psicoanálisis y psicoterapia de niños. En *Manual de Terapias Psicoanalíticas en Niños y Adolescentes*. (Ed. 2003) (pp. 61-80) México: Plaza y Valdés Editores.
- Perres, J. (1998). Proceso de constitución del método psicoanalítico. *Breviarios de la investigación*, UAM Xochimilco, 12 (3).
- Portalatin, B. (2020). Sobre el juego en Winnicott. *Clínica e Investigación Relacional*. 14(1), 163-184. Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/10_BP_ortalatin_2020_Sobre-juego-en-Winnicott_CeIR_V14N1.pdf
- Puertas, D. (2015). Trastornos oculares más frecuentes en la infancia: Estrabismo. Ambliopía. Diagnóstico diferencial de ojo rojo en la infancia. En Sociedad Española de Puericultura, *El manual de Puericultura y Pediatría* (pp. 329 – 345). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284712510_Manual_de_Puericultura_y_Pediatrica_2015
- Rangel, M. (2016). *Psicoterapia Infantil: Un enfoque psicoanalítico*. México: Editorial Trillas.
- Reyes, N. (julio – diciembre, 2018). La mirada en Winnicott y la clínica actual. *Cuadernos de psicoanálisis*. Recuperado de <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/wp-content/uploads/2020/01/2.4-La-mirada-de-Winnicott-y-en-la-cl%C3%ADnica-anal%C3%ADtica-actual.pdf>
- Rodrigues, D. y Herzberg, E. (2018). Contribuições Psicanalíticas para a Clínica de Crianças com Deficiência Física Congênita. *Estilos da Clínica*, 23(2), 262-278. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i2p262-278>

- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (2002). Estudio de casos. En Álvarez, A. (2006), *Estudio de casos. Selección de lecturas*. (9 – 18) Cuba: Editorial Félix Varela.
- Rogers, C. R. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, pp. 95-103.
- Roudinesco, E. (2018). *Diccionario amoroso del Psicoanálisis*. Argentina: Editorial Debate.
- Rousseau, N. (2002). *Self, Symbols & Society: Classic Readings in Social Psychology*. USA: Rowman & Littlefield.
- Sáinz, F. (2015). *La influencia de la obra de Donald W. Winnicott en las bases conceptuales del Psicoanálisis Relacional actual* (Tesis Doctoral, Universitat Ramon Llull). Recuperada de https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/360584/Tesi_Francisco_Sainz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sáinz, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Herder.
- Sáinz, F. y Cabré, V. (2012). La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3), 570-586. Recuperado de <https://www.fundacionmaresme.cat/wp-content/uploads/2014/07/20a-PONÈNCIA-5.pdf>
- Sassenfeld, A., y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología*, XV (1), 91-106.
- Satterfield D., Keltner J., Morrison T. (1993). Psychosocial aspects of strabismus study. *Arch Ophthalmol*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8166786/>
- Scandar, M. (Junio, 2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Revista Psicodebate*, 14 (1), 69–84.
- Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch. y O'Connor, K. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch., O'Connor, K. y Braverman, L. (2016). *Manuel de terapia de juego. 2da edición*. México: Manual Moderno.

- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código Ético del Psicólogo*. México: Editorial Trillas.
- Stutman, A. (julio, 2011). Algunos aportes de Winnicott para la reflexión en torno al rol de la madre. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*. 5. Recuperado de <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-5/algunos-aportes-de-winnicott-para-la-reflexion-en-torno-al-rol-de-la-madre/>
- Talarn, A. (2009). *Psicoanálisis al alcance de todos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Thomas, G. (2011). A typology for the case study in social science following a review of definition discourse and structure. *Qualitative Inquiry*, 17(6), 511–521. Recuperado de https://zenodo.org/record/894078#.X7H5tS9t_BI
- Toscano, L. (2015). *Análisis teórico de “sostén, manipulación y presentación de objeto”, términos winnicottianos*. (Tesis de Maestría) Universidad Alberto Hurtado. Recuperado de <https://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/8035/MCPSToscano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2018). *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/media/1791/file/SITAN-UNICEF.pdf>
- Urgilez, M. (2015). *La terapia de juego y sus consecuencias en el trastorno de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años que reciben atención psicológica en el hospital municipal de “Nuestra Señora de la Merced”* (Tesis de pregrado, Universidad Católica de Ecuador). Recuperada de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1073/1/80240.pdf>
- Vallejo Orellana, R. (enero – marzo 2002). Anna Freud, una vida dedicada al conocimiento y a la ayuda psicológica del niño. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 65-78. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100006&lng=es&tlng=es.
- Velásquez, M. (2018). *La Subjetividad en Niños con Labio y Paladar Hendido* (Investigación de maestría, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil), Ecuador. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11998/1/T-UCSG-POS-PSCO-59.pdf>

- Verceze, F. y Sei, M. (2014). A psicoterapia de crianças na abordagem winnicottiana: relato de um caso. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*, 10 (18), 15-24. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/273459841_The_child_psychotherapy_in_Winnicott's_approach_a_case_report
- Vygotski, L. S. (2000). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Grupo Planeta.
- Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Warner, M. (2014). El Proceso Frágil. En Segrera. A., Cornelius-White. J., Behr, M. y Lombardi, S. (2014). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*. Buenos Aires: Gran Aldea. Págs.: 129 – 140.
- Winnicott, D. (1959). La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (Ed. 2016) (pp. 161-181) Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1960). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En Winnicott, D. (Ed. 2016), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (pp. 47-72) Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1963). El trastorno psiquiátrico en los términos de los procesos infantiles de maduración. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (Ed. 2016) (pp. 301-316) Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1967). El concepto de individuo sano. En *El hogar, nuestro punto de partida*. (Ed. 1994) (pp. 25-48) Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. México: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1993). *Realidad y Juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Argentina: Ediciones Hormé.
- Winnicott, D. (2013). *Exploraciones Psicoanalíticas I*. México: Paidós.
- Winnicott, D. (2016). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Argentina: Paidós.

8. Anexos

Anexo 1. Hoja de contacto/Primer entrevista (F1)

F1

Folio: 2020 /



Hoja de Contacto/Primera entrevista Psicología

Fecha:	
--------	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE			
Consultante:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Edad:	Años cumplidos		
Dirección:	Calle	N. interior	N. Exterior Colonia
Teléfonos:	Casa	Celular	Otro (especificar)
Turno de preferencia:			

¿Quién solicita la atención psicológica?	Nombre Completo	Parentesco

MOTIVO DE CONSULTA	
Cómo se enteró de nuestros servicios:	
Motivo explícito <i>(Tal como lo expresa el o la consultante)</i>	
Motivo implícito <i>(Demanda)</i>	

Descripción general de la persona entrevistada <i>(Apariencia, actitud, postura, psicomotricidad, conducta, pensamiento, discurso, lenguaje, emociones, etc.)</i>	Familiograma

DATOS SOCIOECONÓMICOS			
Fuente de ingreso económico:		Profesión u oficio del sostén económico:	
Personas que aportan al ingreso familiar:		Vivienda: <i>Propia, rentada o prestada.</i>	
Total de ingresos: <i>Semanal, quincenal o mensual.</i>		Transporte: <i>Auto propio, bicicleta, transporte público.</i>	

DATOS OBTENIDOS DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA	
CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES	

Tipo de entrevista	De valoración y contacto	De intervención en crisis
--------------------	--------------------------	---------------------------

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y Firma Coordinación de Psicología comunitaria</p>
--

Nombre completo de Psic. Responsable
(Quién entrevistó)

Anexo 3. Consentimiento informado (menores)



La psicoterapia es un proceso serio y avalado científicamente; intenta apoyar y orientar a las personas para poder alcanzar niveles más altos de satisfacción y de desarrollo personal.

Consentimiento Informado (menores)

El presente formato consta de los puntos más importantes que usted debe de saber antes de ingresar a un proceso de orientación o acompañamiento psicoterapéutico.

Derechos del/la menor:

- e. El/la menor derecho a ingresar y mantenerse en el proceso por su propia voluntad.
- f. El/la tutor/a legal del/la menor tiene derecho a recibir información periódicamente acerca del avance y desarrollo del/la menor en la terapia.
- g. El/la menor o su tutor/a legal pueden terminar el proceso en el momento que deseen.
- h. El/la menor tiene derecho a recibir la más alta calidad en los servicios por parte del terapeuta.
- i. El/la menor tiene derecho a utilizar su tiempo de sesión como mejor le parezca.
- j. El/la menor tiene derecho a ser respetado/a y valorado/a como persona.
- k. El/la menor o su tutor/a legal, tienen derecho a expresar inquietudes, dudas y descontentos pertinentes al proceso terapéutico.
- l. El/la menor tiene derecho a que todo servicio otorgado sea absolutamente confidencial. No obstante, la confidencialidad tiene ciertos límites que el usuario debe conocer con anterioridad, mismos que serán mencionados por el terapeuta.

4. Obligaciones de las y los consultantes:

- a. Hacer su mejor esfuerzo para asistir puntualmente a todas las sesiones programadas.
- b. Comprometerse a poner lo mejor de sí para sacar el mejor provecho del proceso.

5. Derechos y obligaciones del/la Terapeuta:

- a. La/el terapeuta debe estar presente en todas las sesiones programadas, a menos que surja una emergencia o se notifique con la debida anticipación.
- b. La/el terapeuta debe proporcionar los servicios de más alta calidad a su alcance, intentando que la persona logre las metas por las cuales solicitó el servicio.
- c. La/el terapeuta tiene la obligación de referir a una persona con otro terapeuta cuando considere que no puede otorgarle el mejor servicio.
- d. La/el terapeuta tiene derecho a terminar el servicio y otorgar una referencia en caso de constantes faltas a las sesiones.

Yo, _____ he leído y comprendido la información contenida en el presente formato.

Firma: _____ Fecha: _____

El presente formato está elaborado de acuerdo a los lineamientos del artículo 9º de la Ley Federal de Protección de Datos Personales y demás aplicables.

Anexo 4. Registro de sesión (F3)

F3

Folio: 2020 /



**Registro de Sesión
Psicología**

Fecha:	
Hora:	

Consultante:				
Psicólogo/a o psicoterapeuta responsable:	<table border="0"> <tr> <td style="width: 33%;"><i>Apellido Paterno</i></td> <td style="width: 33%;"><i>Apellido Materno</i></td> <td style="width: 33%;"><i>Nombre (s)</i></td> </tr> </table>	<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre (s)</i>
<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre (s)</i>		
Supervisor/a o profesor/a de la materia:				

Número de Sesión:	
-------------------	--

RELATORÍA DE LA SESIÓN	
<p>Realiza una descripción de la sesión que incluya: Temas tratados, actividades realizadas, técnicas y herramientas utilizadas, instrumentos aplicados, avances, retrocesos, etc.</p>	

Fecha de próxima sesión:	
--------------------------	--

OBSERVACIONES DEL/LA PSICÓLOGO/A O PSICOTERAPEUTA Percepción del/la consultante; ideas para planear la próxima sesión, etc.

AUTO OBSERVACIÓN ¿Cómo te sentiste durante la sesión? ¿Qué te transmitió el/la consultante?, etc.

OBSERVACIONES DE SUPERVISIÓN

Psic. Responsable: _____

Anexo 5. Reporte Psicodiagnóstico (F4)

F4

Folio: 2020 /



Reporte Psicodiagnóstico Psicología

Fecha :

Nombre del caso:

ANTECEDENTES	
Datos Generales Significativos	
Motivo Explícito de Consulta (MEC) <i>Tal como se presenta en F1</i>	
Demanda	
¿Cuál fue la ruta que condujo a consulta a este sujeto?	

REPORTE		
Respuesta a la cuestión planteada en el MEC		
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta permiten suponer un estado común de salud mental (normal o sano).	La atención psicológica posterior es ELECTIVA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta no permiten suponer un estado común de salud mental.	La atención psicológica posterior es RECOMENDADA
	<input type="checkbox"/> La información recabada, el marco referencial empleado y la opinión del diagnosta hacen suponer un estado que requiere profundizar el diagnóstico y sugerir que se obtenga una segunda opinión.	La atención psicológica posterior es NECESARIA
	Es un caso primariamente: I ORG <input type="checkbox"/> II SIT <input type="checkbox"/> III COM <input type="checkbox"/> IV ESU <input type="checkbox"/> V CTX <input type="checkbox"/>	
Patrón Identificado: <i>Descripción conceptual de la situación diagnosticada desde el marco referencial empleado</i>		
Pronóstico e Indicaciones	¿Se indica psicoterapia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Requiere intervención de otro tipo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?	
	¿Requiere intervención urgente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Se le puede indicar una derivación fiable?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?	
	Otras Observaciones:	

CONCLUSIÓN	
Apreciación diagnóstica global del interventor sobre el caso	<i>La extensión puede ser tan amplia como requieras.</i>
Rasgos identificados que apuntalan el esfuerzo por la salud mental	
Análisis de la propia implicación y la contratransferencia	

I. ORGANICIDAD	
Indicadores Registrados	
Marco Referencial	
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

II. SITUACIONES		
Indicadores Registrados	<i>Describir y ubicar en tiempo y espacio para indicar si es actual o trascendente</i>	<i>Enunciar los efectos y afectos que la situación determina</i>
Marco Referencial		
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Observaciones <i>De ser necesario</i>		

III. COMPETENCIAS		
Indicadores Registrados		
Marco Referencial		
¿Circula?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	¿Cómo? <i>Describir los modos y medios empleados</i>	
¿Produce?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	¿Qué valor(es) agrega?	

Competencias significativas actualizadas y observadas	
Potenciales significativos no actualizados y observados	
Observaciones sobre madurez, precocidad o retraso	
La competencia se perdió (habiéndose logrado)	
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

IV. ESTRUCTURA SUBJETIVA			
Indicadores Registrados			
Marco Referencial			
Patrón Identificado			
¿Se relaciona?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Con quién?	
	¿Cómo? <i>Describir los modos y medios empleados</i>		
¿Disfruta? <i>Anotar declaración textual</i>			
Otros Criterios propios			
Alguna otra determinante es conflictiva con la estructura subjetiva ¿Cuál? ¿Cómo?			

La estructura subjetiva es conflictiva con alguna otra determinante ¿Cuál? ¿Cómo?	
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

V. CONTEXTOS	
Indicadores Registrados	Familiar <i>Familiograma (Anotar nombre y edad de al menos 3 generaciones)</i>
	Educativo / Productivo
	Socio-cultural
	Otros Significativos
	Marco Referencial
Efectos y afectos que el contexto determina en otra(s) Determinante(s)	Familiar
	Educativo / Productivo
	Socio-cultural
	Otros Significativos
¿Es ésta la determinante primaria en el caso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones <i>De ser necesario</i>	

CARÁTULA DE DATOS DE INTERVENCIÓN Y ANEXOS			
Responsable			
Supervisor			
Organización		Lugar y Fecha	

Documentos anexados al expediente	Conformado por páginas	Observaciones

Documentos intercalados en el expediente	De la página	Número de páginas	Observaciones

INDICACIONES DE TRATAMIENTO
<i>Qué tipo de atención se recomienda, detallar y explicar cuáles son los requerimientos de la o el paciente.</i>

Derivación para atención psicológica en CESCO	<input type="checkbox"/> Atención Individual	Canalización	<input type="checkbox"/> Red de Apoyo Psicológico
	<input type="checkbox"/> Atención Grupal		<input type="checkbox"/> Vinculación Institucional
	<input type="checkbox"/> Otro.- _____		
Nombre del Psicólogo o Psicoterapeuta a quién se deriva: _____			

Nombre Completo de Psic. que evaluó

Vo.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/a: _____

Anexo 6. Reporte de valoración diagnóstica y finalización (F5)

F5

Folio: 2020 /



Reporte de Valoración diagnóstica y Finalización Psicología

Fecha:	
--------	--

Consultante:	
--------------	--

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
Fecha de Inicio:		Fecha de Término:	
Número de sesiones planeadas:		Número de sesiones realizadas:	
Psic. Responsable: (Nombre completo)			
Profesor/a de la materia o Supervisor/a:			
Instrumentos aplicados (Anotar el nombre de cada prueba o test)			

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA	
Síntesis de los resultados obtenidos en pruebas (Puntajes y datos relevantes)	
Diagnóstico (Ejemplos: Multiaxial, Psicodinámico, tipo de apego, etc.)	
Pronóstico e indicaciones de Tratamiento	<p>A continuación, describe cuál es tu apreciación global del/la paciente a partir del proceso terapéutico:</p> <p>¿Requiere continuar con un proceso de psicoterapia? (Sí) (No) / ¿Urgente? (Sí) (No) ¿Requiere intervención de otro tipo? (Sí) (No) / ¿De cuál?</p> <p>Referencias internas (CESCOM): *Terapia Individual/Familiar/Grupal/Taller *Jurídica *Nutrición *Apoyo escolar *Ninguna *Otra:</p> <p>Referencias Externas (Fuera del CESCOm): *Médica *Psiquiátrica *Neurológica *Legal *Psicólogos/os de Red *Vinculación institucional *Ninguna *Otra:</p> <p>Nombre del área, persona o institución a la que se refiere el caso:</p>

FINALIZACIÓN	
Interrupción de proceso En caso de baja (Anotar causas o hipótesis; breve síntesis del caso; objetivos cumplidos y pendientes)	
Terminación de proceso En caso de cierre (Breve síntesis del caso; objetivos cumplidos)	
Devolución de resultados al paciente (Sesión de cierre)	
Auto observación (¿Cómo me sentí con el caso y durante el proceso?)	
Conclusiones y últimas observaciones	

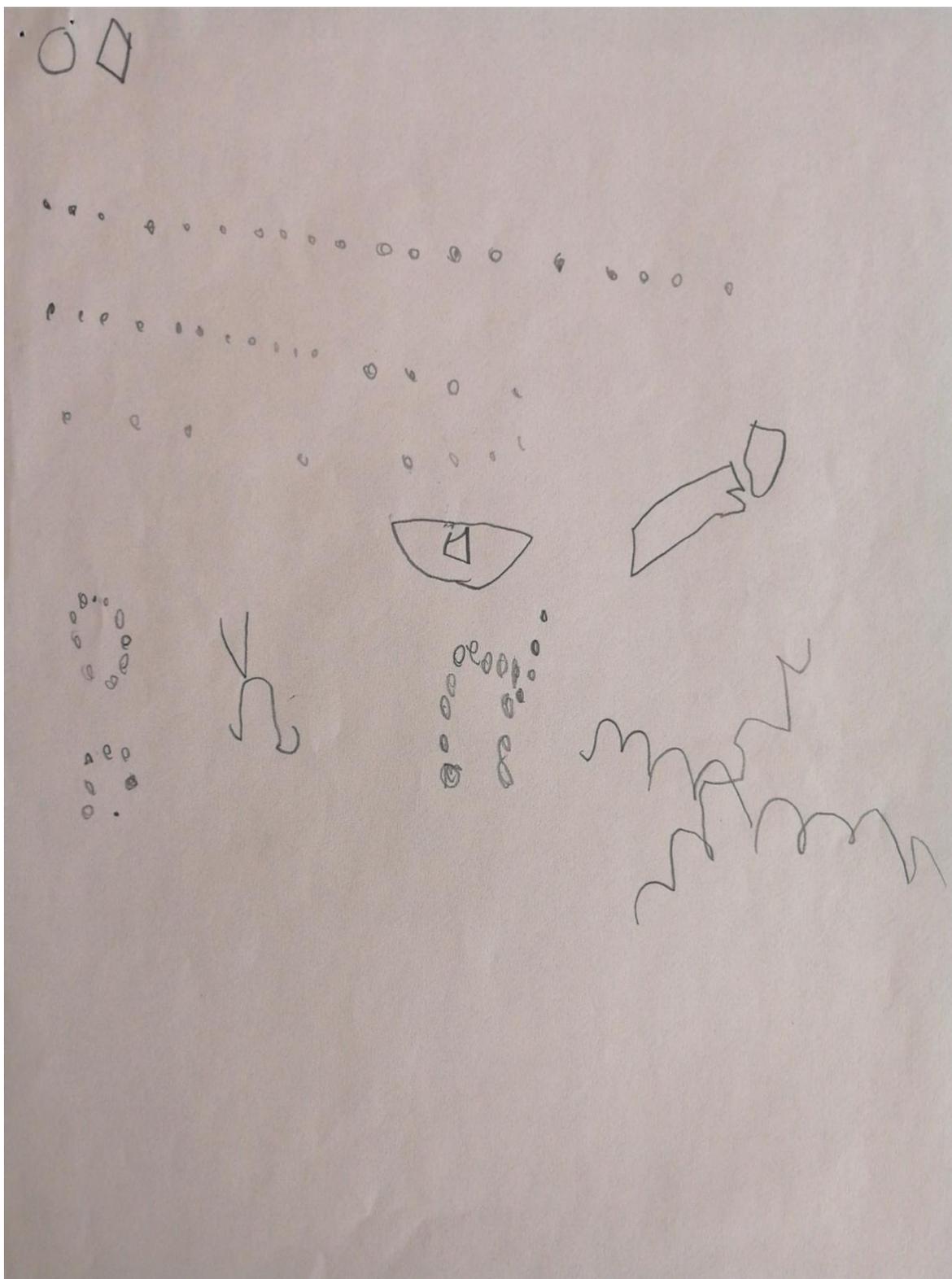
 Nombre completo de Psic. Responsable

Asignatura: _____ Licenciatura / Maestría / Otro

Vo.Bo. Profesor/a de la materia o Supervisor/a: _____

Vo.Bo. Coordinación de Psicología comunitaria: _____

Anexo 7. Test Gestáltico Visomotor de Bender – Koppitz



Tiempo empleado para completar el test. (Es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos.)		Límite Crítico	
		Edad	Intervalo
Comienza:	Largo: Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar	5 años	3 a 10 min.
Termina:	dificultades perceptivo motoras.	5 ½	4 a 10 min.
	Corto: Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento	6 a 8 ½	4 a 9 min.
TOTAL	4.31 minutos (o Alta capacidad)	9 a 10 años	4 a 8 min.

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa.	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN (* Común. Inmadurez funcional **) Casi exclusivo de DCM
A	1. Distorsión forma		
	1a. Uno o ambos muy achatado o deformado.....	○	* Adición u omisión ángulos
	2b. Desproporción (uno es el doble).....	○	*
	2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.	○	* (a partir de 6 años)
	3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)..	○	*
	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....	○	*
1	5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo).....	○	**
	6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....	○	** (>7 años)
	7. Rotación.....	○	* (> 8 años)
2	8. Integr.: Omisión/adición filas. 4 ó + círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....	○	** (> 6 años)
	9. Perseveración (>14 columnas).....	○	** (>7 años)
	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..	○	* (> 6 años)
3	11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta).	○	** (>7 años)
	12. Integración (forma no conseguida):		
	12a. Desintegración del diseño.....	○	* (>5 años)
4	12b. Línea continua en vez de hileras de puntos..	○	**
	13. Rotación (de la figura o parte 45°. o de tarjeta).	○	**
	14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.).....	○	*
5	15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..	○	* (>8 años)
	16. Rotación 45° o más (total o parcial).....	○	*
	17. Integración. 17a. Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco). la extensión atraviesa el arco..	○	
6	17b. Línea continua en vez de puntos.....	○	** En todas las edades
	18. Distorsión de la forma:		
	18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas.....	○	* Sustitución de curvas por ángulos
6	18 b. Líneas rectas.....	○	** Sust. curvas X líneas rectas
	19. Integración (cruzan mal).....	○	*
	20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....	○	** (> 7 años)
7	21. Distorsión forma:		
	21 a. Desproporción tamaño (El doble).....	○	* Adición/omisión ángulos (>8 años)
	21 b. Deformación hexágonos (> n° < ángulos)...	○	* (>7 años)
7	22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45° ó +)....	○	** (>6 años)
	23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente).....	○	* (>6 años)
	24. Distorsión forma (deformada, > < n° ángulos).....	○	* Adición/omisión ángulos (>6 años)
8	25. Rotación eje en 45° o más.....	○	**
	P.D. TOTAL (máx 30):	11	

Grupo de edad	Media del grupo	Desviación Típica	Intervalo +/- 1 D.T.	Edad Equivalente	Percentil
De 6a a 11m	6.4	3.70	2.6 = 10.2	5 años	

Diseño: © José M° Pozo Ruiz, E.O.E.P. COSLADA, 2004.

TEST de BENDER-KOPPITZ. INDICADORES DE DESAJUSTE EMOCIONAL. (Koppitz, 1974)		
Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.		
I. Orden confuso. Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.	0
II. Línea ondulada (Fig. 1 y/o 2) Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación)	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.	0
III. Rayas en lugar de círculos (Fig. 2). La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más)	Impulsividad, falta de interés o de atención. Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.	0
IV. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2 y 3) Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.	0
V. Gran tamaño (macro grafismo) Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	"Acting out" (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.	1
VI Tamaño pequeño (micro grafismo) Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.	0
VII. Líneas finas. Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.	0
VIII. Repaso del dibujo o de los trazos. El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas	Impulsividad, agresividad y conducta "acting out".	1
IX. Segunda tentativa. Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja, (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.	0
X. Expansión. Empleo de dos o más hojas	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.	0
XI. Marco alrededor de las figuras	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.	0
XII. Cambios o añadidos	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad	1
TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:		3

OBSERVACIONES: **Comportamiento, Estilo de enfrentar una tarea nueva** (marcar lo que proceda):

- **Niño bien adaptado.** Muestra con confianza en sí mismo, pone atención, analiza antes de copiar los dibujos. Buen control del lápiz y trabaja cuidadosamente. Se da cuenta de fallos y trata de corregirlos. Está satisfecho con el resultado.
- **Niño con dificultades de comportamiento y/o de aprendizaje.** Intenta retardar la tarea. Trabaja deprisa sin mirar previamente las figuras. O lentamente, recuenta, expresa gran insatisfacción con su trabajo.
 - **Inseguro** necesita que constantemente se les anime y dé confianza. Pregunta si lo está haciendo bien.
 - **Pobre control interno y/o coord. viso-motriz inmadura:** se va frustrando, se fatiga, los dibujos van empeorando.
 - **Perfeccionista.** Expresa exigencia, cuando en realidad lo están haciendo bastante bien.
 - **Falta de atención.** Errores por descuido, omite detalles, necesita ayuda para ir más despacio.
 - **Tiempo corto o rápido.** (Promedio: 6'20". Con problemas: 5'19". Hiperactivos: 4 minutos 41 segundos.)
 - Se esfuerza en **compensar** dificultades: trabaja de memoria, se ayuda con auto instrucciones verbal o sub-verbalmente, traza la figura con el dedo o en el aire. "anclaje", etc.
 - **Obsesivo:** alinea, numera las figuras... con extremada lentitud, cuidado y esfuerzo.

CONCLUSIONES: De la madurez perceptivo viso-motriz y su relación con: Puntuaciones de corte (10, 3 ó 4), otros tests (CI, EM), grupo social, rendimiento escolar, trastornos específicos de aprendizaje, ritmo de maduración y aplicaciones anteriores, factores emocionales y posibles indicadores de disfunción.

REPORTE DE APLICACIÓN DE BENDER

Resultados

Indicadores de maduración

Elisa obtuvo un total de 11 puntos.

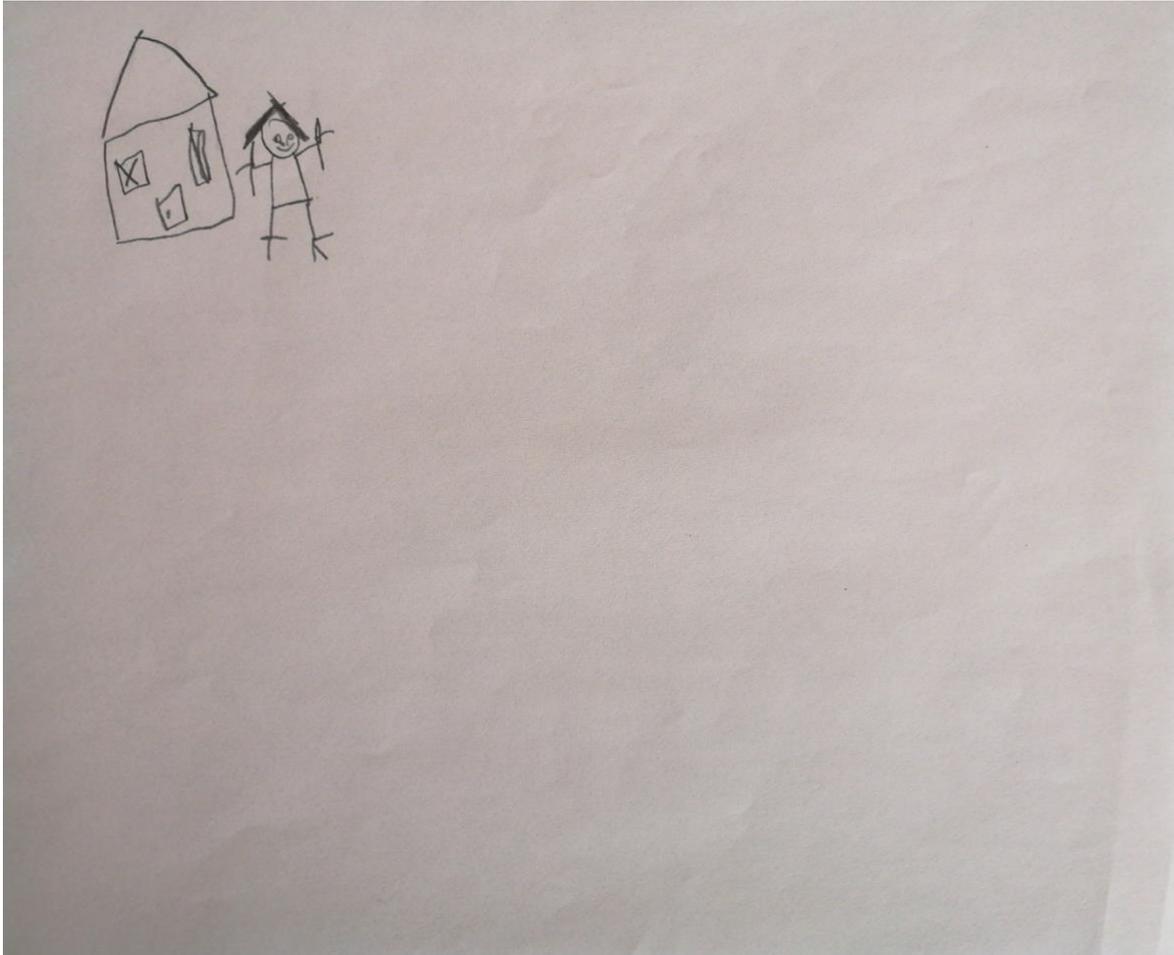
Elisa realizó la prueba en 4 minutos con 31 segundos. El límite crítico de acuerdo a su edad es de 4 a 8 minutos, por lo que se encuentra dentro del intervalo normal.

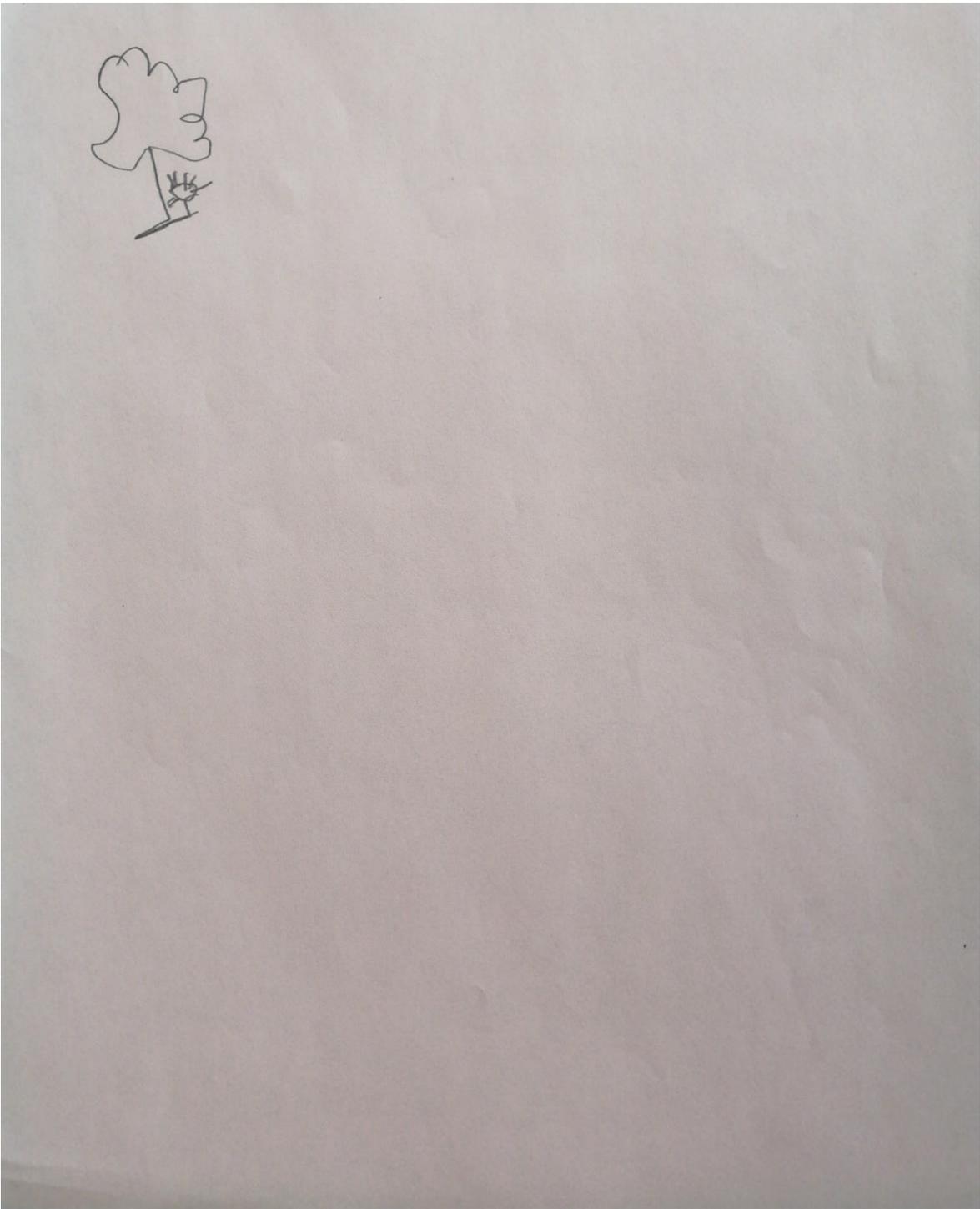
De acuerdo al puntaje obtenido y a la edad de Elisa, se encuentra dentro del grupo de edad de 6-6 a 6-11 años. Este grupo posee una media de 6.4 puntos y una desviación típica de 3.76 con un intervalo +/- de 2.6 a 10.2. A partir de estos resultados, se puede afirmar que Elisa posee un desarrollo y madurez ligeramente por debajo de lo esperado para su edad.

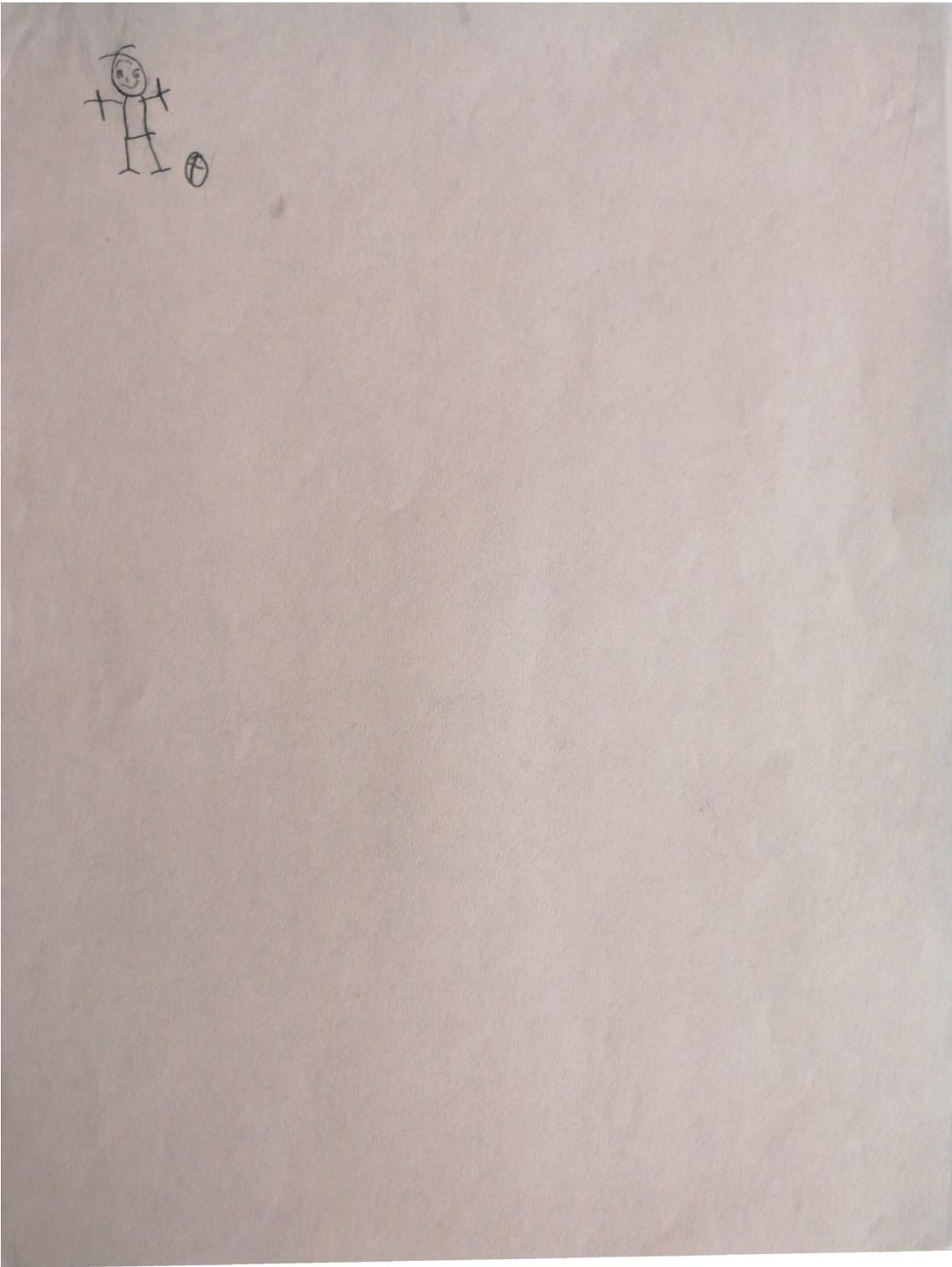
Indicadores emocionales

Las figuras cumplen con tres de los indicadores emocionales. El primero es el gran tamaño (macro-rafismo) que presentan las figuras. Más de un dibujo es un tercio más grande que el de la tarjeta. El otro indicador emocional es el repaso del trazo. Hay presencia de líneas fuertes, impulsivas. El último indicador se refiere a los cambios realizados. Principalmente la figura 5 fue modificada.

Anexo 8. Test H-T-P (Casa-Árbol-Persona)







REPORTE DE APLICACIÓN DE HTP

Claves interpretativas

CASA		
Elemento		Interpretación
Casa	Casa pequeña	En este caso podemos encontrarnos con la expresión de necesidad de recogimiento, introversión, necesidad de autoprotección contra el mundo externo. Según la edad del niño, timidez, dificultad en las relaciones con sus iguales, miedos y/o sentimientos de inferioridad. Todo ello vendrá confirmado por el tamaño relativo y la presencia y forma de los otros elementos.
Puerta	Pequeña	Representa timidez y necesidad de autoprotección. Necesidad de disponer del propio espacio sin interferencias de otras personas.
	Cerrada	En general puede asociarse a introversión, evasión del mundo exterior. También es una forma de protegerse de sus propios miedos. Además se pueden especular sentimientos de culpabilidad y un cierto temor a ser visto o juzgado.
Ventanas	Pequeñas	Protección hacia los demás, introversión, necesidad de apartarse de los ojos indiscretos que puedan observarnos y prudencia en la relaciones con otras personas.
	Mal alineadas	Puede indicar impulsividad, falta de atención, dificultades en el área viso-motriz. También inseguridad, falta de motivación, problemas de aprendizaje y organización, poco interés en la relación social.
Techo	Simple de dos vertientes sin deformidad	Se relaciona con un perfil realista, bien conectado con el mundo de las ideas.
Paredes	Bajas	Introversión, expresión de opresión, impotencia, agobio, malestar e inseguridad en su entorno más próximo.
Chimenea	Sin chimenea	Se puede asociar con un niño de temperamento un poco frío, distante, o quizás que está en un núcleo familiar con pocas vinculaciones afectivas.
ÁRBOL		
Elemento		Interpretación
Tamaño	Pequeño	Se asocia a timidez, retraimiento, temor a lo externo, introversión. También puede indicar fragilidad emocional.
Ubicación	Superior	Se asocia a imaginación, al gusto por el mundo de las ideas, a personas soñadoras. En todo caso,

		preponderancia del idealismo frente a lo material o terrenal.
Suelo	Corto	Muestra introversión.
Tronco	Tronco recto	Rigidez, autocontrol, disciplina, reservado.
	Bajo	Carácter <u>internalizante</u> , precaución ante el mundo exterior, sencillez, modestia, acomodación, poco espíritu de superación.
	Delgado (una sola línea)	Inestabilidad (en especial si el troco es una sola línea), debilidad, inseguridad, timidez, retraimiento, poca iniciativa, pensamiento rígido.
	Inclinación a la izquierda	Introversión, cerramiento, conservadurismo, rutinario, rechazo de lo novedoso.
Ramas	Omisión	
Copa	Pequeña	Introversión, timidez, miedo al exterior
	Con trazos ondulados (concentrados)	Retraimiento, protección hacia el exterior, necesidad de mantener el propio espacio, sociabilidad muy selectiva.

Persona (Figura Humana)

Ítems esperados (6 años)

- ✓ Cabeza
- ✓ Ojos
- ✓ Nariz
- ✓ Boca
- ✓ Cuerpo
- ✓ Piernas
- ✓ Brazos

Ítems excepcionales: No presenta

- Puntaje total: 5 puntos (Nivel de madurez normal a normal alto)

Indicadores emocionales

- Figura pequeña: Se trata de un buen indicador emocional que expresa inseguridad, retraimiento, en ocasiones, también depresión. En general, las figuras pequeñas, son muestra de inadecuación, yo inhibido y preocupación por las relaciones con el ambiente exterior. Retraimiento que le impide funcionar adecuadamente en casa o en la escuela.
- Líneas fragmentadas o esbozadas: expresan ansiedad, timidez, falta de autoconfianza, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento con situaciones nuevas.
- Manos grandes: Conducta agresiva y actuadora.

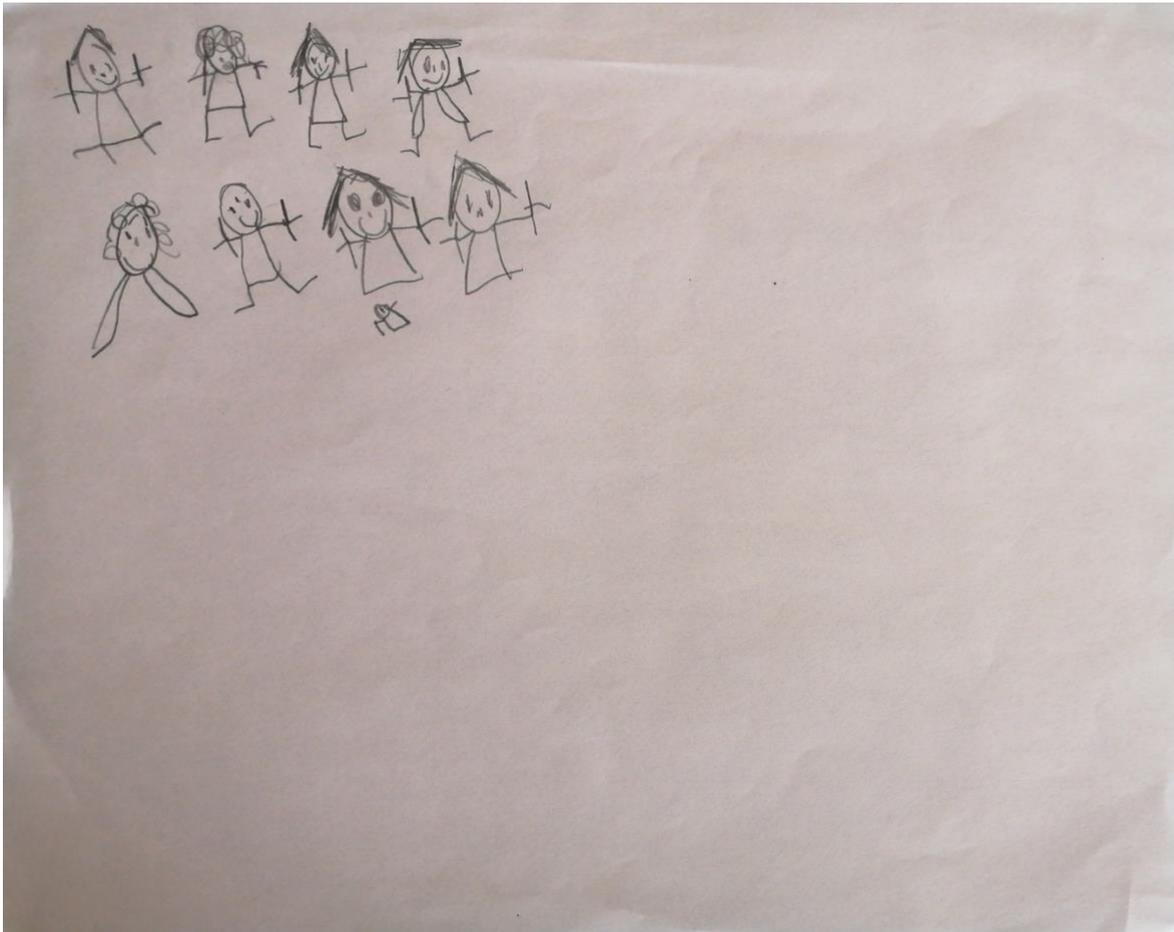
Integración

A partir de los dibujos se puede inferir que Elisa es una niña con rasgos de introversión y necesidad de autoprotección frente el mundo externo. Manifiesta timidez, dificultad en las relaciones con sus iguales, miedos y/o sentimientos de inferioridad. Hay presencia de cierto temor a ser vista o juzgada. También hay presencia de dificultades en el área viso-motriz, inseguridad, falta de motivación y poco interés en la relación social.

Hay rasgos de impulsividad que pueden estar afectando sus relaciones tanto sociales como familiares. Aunado a esto es posible que en el núcleo familiar haya pocas vinculaciones afectivas. En cuanto a las relaciones sociales y el mundo externo, hay problema para aceptar las normas y poca capacidad de reflexión que le permita interiorizarlas. Se puede ver en el dibujo a una niña introvertida y tímida, con cierta inseguridad y deseo de retraimiento, lo cual le impide relacionarse en casa y en la escuela.

Elisa parece tener un perfil realista, bien conectado con el mundo de las ideas. Así como preponderancia del idealismo frente a lo material o terrenal.

Anexo 9. Dibujo de la Familia



REPORTE DE APLICACIÓN DE TEST DE LA FAMILIA

Interpretación

1. Características generales de los dibujos
 - Tamaño: Los dibujos pequeños se asocian con sentimientos de inferioridad e inseguridad.
 - Emplazamiento: Arriba – representa el mundo de fantasías, ideas y tendencias espirituales.
 - Sombreado: Signo de ansiedad (más frecuente en primogénitos)
 - Borraduras: No aplica
 - Distancia entre los personajes: La distancia representa la distancia emocional existente. Planos diferentes refleja algún grado de falta de comunicación.
2. Valorización y desvalorización
 - Personaje dibujado en primer lugar: Mamá, le presta mayor atención aunque no se encuentra en el lado izquierdo de la página. No destaca por ser de mayor tamaño. Se encuentra al lado de Elisa en el dibujo.
 - Personaje dibujado en último lugar: Papá, no hay presencia de más indicadores. Su ubicación es en la orilla de la hoja.
 - Supresión de algún elemento de la familia: No aplica
 - Omisión de las manos: No aplica
 - Omisión de rasgos faciales: No aplica
 - Adición de otros elementos: Dos tías, un tío, un abuelo y un bebé.
3. Componentes jerárquicos
 - Bloque parental: Dibujo de los padres no están juntos, Elisa y su hermana se encuentran en medio. Puede ser una expresión de deseo de sobreprotección o dependencia.
 - Jerarquía de los hermanos: Dibujo de la hermana menor primero.
 - Jerarquía familiar: El dibujo del padre fue el último realizado

¿Qué hace la familia?

Elisa: "Están jugando con los juguetes y a las mamás. Nosotros estamos jugando a las mamás (señala a su hermana y a ella), mi papi está en el trabajo y mi mami está con nosotros".

Integración

El dibujo muestra a Elisa como un niña que ha perdido parte de su espontaneidad y que se atiene mucho a las reglas, pudiendo estar además sometido. Esto a partir de la estereotipia presente en los dibujos de su familia. Hay presencia de sentimientos de inferioridad, inseguridad y ansiedad. La ubicación de los dibujos denota situarse y vivirse desde las fantasías, lo cual aún puede manifestarse por la edad de Elisa. La mamá es la figura más valorizada aunque no posee muchos rasgos que acentúen esta valoración. Fue el primer dibujo a realizar y también está situada al lado de ella. En el dibujo se pueden observar la adición de otros elementos como tíos, abuelos y una bebé. Elisa mostró tener claridad en el límite de quienes conforman su familia, ubicándolos en el primer plano. Elisa y su hermana se encuentran en medio de sus padres, lo cual puede representar un deseo de protección y cuidado. También fue importante que Elisa dibujara primero a su hermana menor, siento esto un énfasis en la percepción que Elisa tiene de sí misma. Algo importante fue que los dibujos no se realizaron de izquierda a derecha.

Anexo 10. Carta de consentimiento informado (audio/video grabación)



Carta de Consentimiento Informado Área de Psicología

León, Gto., a de _____ del 20__

Lic.

Presente

Por este medio, expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que video-grabe las sesiones de psicoterapia y pueda usted ver y escuchar las grabaciones junto con sus compañeros/as y asesores/as de la Maestría en Psicoterapia Clínica o de la Licenciatura en Psicología de la IBERO – León. Estoy de acuerdo en que mi cara pueda distinguirse con claridad en las video-grabaciones y así se muestre en sus clases.

Entiendo que el propósito de ver y escuchar las video-grabaciones de las sesiones, es que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y avanzar en su formación como psicoterapeuta o psicóloga/o. Entiendo también, por lo que me ha dicho, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de confidencialidad conforme a lo establecido en el art. 9° de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión a los Particulares, que restringe el uso de la información al proceso de formación; así mismo, entiendo que tanto sus maestras/os como los compañeros/os de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada/o de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificárselo. En ese caso, se debe de grabar y comentar con sus maestros lo platicado en las sesiones de psicoterapia.

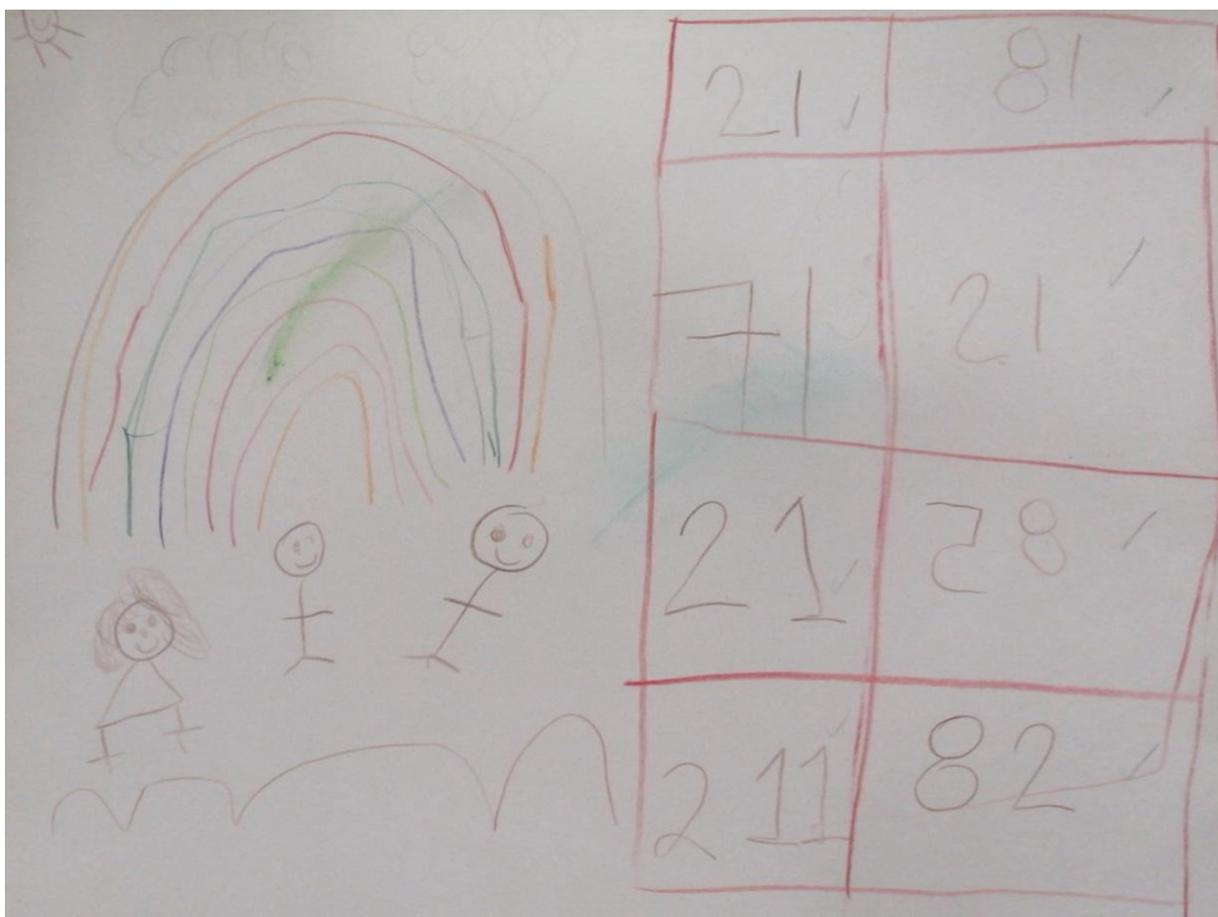
Atentamente

Nombre completo y firma de consultante

Anexo 11. Viñeta #4 – Material utilizado en la sesión 15



Anexo 12. Dibujo de la viñeta #8 - Sesión 12



Anexo 13. Dibujo de la viñeta #19 - Sesión 5

