



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MANEJO DE LA ANSIEDAD A TRAVÉS DE LA
TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO EN
UN CASO DE TEA GRADO 1**

TESIS

PRESENTADA POR

LIC. EN PSIC. STEPHANIE FRINÉ SALAS TEJERO

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA INFANTIL

DIRECTOR DE TESIS

DR. JORGE RAMÓN NAVARRETE CENTENO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

ENERO 2021

“Los juguetes son como palabras para los niños, y el juego es su lenguaje”

Landreth, 2012.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.711943 durante el periodo agosto 2018-julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

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

Agradecimientos

Primero le agradezco a Dios por la oportunidad que me ha brindado de desarrollarme escolar y profesionalmente en lo que más me apasiona, la psicología clínica, así como darme la bendición de tener una familia que siempre me ha apoyado, motivado, acompañado y creído en mí en el transcurso de mi vida.

Quiero agradecer a mi madre por siempre escucharme, aconsejarme y demostrarme su amor en todo momento, a mi padre por enseñarme a jugar, compartirme su creatividad y cariño incondicional, a mi hermana por motivarme, enseñarme el valor de la tenacidad y dedicación para cumplir sueños y metas.

Quiero agradecer a mi mejor amiga Samy por siempre alegrarme mis días y acompañarme en muchas aventuras. También quiero agradecer al amor de mi vida por su cariño, por apoyarme y alentarme a dar lo mejor de mí en esta hermosa y noble profesión.

Agradezco a mi director de tesis, el Mtro. Jorge Ramón Navarrete Centeno, quien estuvo al pendiente de mis dudas, de mis momentos de estrés y alegría; por ser un excelente guía para la realización de este trabajo y para mi formación profesional.

Gracias a mi sínodo por las atenciones prestadas y hacer las retroalimentaciones necesarias para que este trabajo se concluya, recibir sus aportaciones fue muy importante y enriquecedor para mí, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Agradezco a la consultante y su familia, por permitirme trabajar con ellos y acceder a la documentación de este proceso psicológico, por ser amables y flexibles a las opciones planteadas, su paciencia y constancia fue muy fructífera para este trabajo.

Agradezco a todos el personal docente, amigos y amigas de la maestría en psicología aplicada en el área de psicología infantil por compartir sus conocimientos e invaluable momentos en nuestra formación profesional.

¡Me encuentro enteramente feliz de haber vivido esta etapa maravillosa en mi vida, les agradezco mucho todo su amor y apoyo, lo logramos!

-Con mucho cariño, Stephe.

Contenido

Resumen.....	11
Capítulo 1. Introducción.....	12
1.1 Planteamiento del problema y Justificación.....	13
1.2 Marco teórico.....	17
1.2.1 Etapa de desarrollo: tercera infancia.....	17
1.2.1.1 Desarrollo físico.....	17
1.2.1.2 Desarrollo cognoscitivo.....	18
1.2.1.3 Desarrollo psicosocial.....	18
1.2.1.4 Desarrollo afectivo.....	19
1.2.2 Ansiedad.....	19
1.2.3 Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	21
1.2.4 Ansiedad, TEA y pensamiento cerrado o rigidez mental.....	25
1.2.5 Enfoque humanista.....	28
1.2.6 Terapia de Juego Centrada en el Niño.....	29
Capítulo 2. Evaluación diagnóstica.....	33
2.1 Descripción del escenario y participante.....	33
2.1.1 Motivo de consulta	33
2.1.2 Datos generales.....	34
2.1.3 Descripción del paciente.	34
2.1.4 Conceptualización del caso	35
2.1.5 Objetivo General	37
2.1.6 Objetivos Específicos.....	37
2.1.7 Definición de términos.....	38
2.2 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados.....	39
2.2.1 Instrumentos utilizados.....	39
2.2.2 Técnicas implementadas.....	40

2.2.3 Evaluación del proceso.....	40
2.3 Procedimiento.....	41
2.4 Informe de los resultados de la evaluación diagnóstica.....	41
Capítulo 3. Programa de intervención.....	44
3.1 Introducción.....	44
3.2 Objetivos del programa de intervención	45
3.3 Programa de Intervención.....	45
3.3.1 Diseño de intervención.....	46
3.3.2 Fases de intervención.....	49
3.3.3 Diseño de Psicoterapia.....	50
Capítulo 4. Resultados de la intervención.....	54
4.1 Evaluación de los efectos y/o proceso.....	54
4.1.1 Resultados de la aplicación de instrumentos.....	54
4.1.2 Historia clínica.....	68
4.1.3 Resultados de la aplicación de instrumentos.....	78
4.2 Sesiones de psicoterapia.....	79
Capítulo 5. Discusión y conclusiones.....	103
5.1 Relación intervención- cambios observados.....	103
5.2 Comparación cambios observados.....	105
5.3 Sugerencias y conclusiones.....	106
Referencias.....	108
Apéndices.....	114
Apéndice A. Prueba del Dibujo de la Figura Humana diagnóstico.....	114
Apéndice B. Prueba del Dibujo de la Figura Humana evaluación.....	115
Apéndice C. Prueba del Dibujo de la Familia diagnóstico.....	116
Apéndice D. Prueba del Dibujo de la Familia evaluación.....	117
Apéndice E. Escala Weschler de inteligencia para niños (WISC-IV).....	118

Apéndice F. Neuropsi, atención y memoria.....	119
Apéndice G. Escala de ansiedad infantil de Spence diagnóstico.....	120
Apéndice H. Puntuaciones t, escala de ansiedad infantil de Spence diagnóstico.....	122
Apéndice I. Escala de ansiedad infantil de Spence evaluación	123
Apéndice J. Puntuaciones t, escala de ansiedad infantil de Spence evaluación.....	125
Apéndice K. Filtro mexicano para la detección del Asperger.....	126
Apéndice L. Consentimiento informado.....	127

Contenido de Tablas

Tabla 1. Resultados del diagnóstico	42
Tabla 2. Cuadro con el diseño de psicoterapia empleado.....	51
Tabla 3. Resultados comparativos de los indicadores de la prueba del Dibujo de la Figura Humana.....	56
Tabla 4. Resultados comparativos de los indicadores de la prueba del Dibujo de la familia.....	61
Tabla 5. Resultados comparativos de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence.....	65
Tabla 6. Signos y síntomas.....	66

Resumen

Los trastornos del espectro autista (TEA) comprenden un grupo heterogéneo de trastornos, tanto en su etiología como en su presentación clínica, que se inician en la infancia y duran toda la vida, teniendo en común la afectación en la comunicación social y la presencia de patrones repetitivos y restrictivos de la conducta (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017).

La ansiedad es necesaria para la supervivencia del ser humano, sin embargo, en ocasiones la ansiedad adquiere dimensiones desproporcionadas con relación a la situación amenazante y produce un estado emocional de inquietud intensa que dificulta las relaciones sociales, el rendimiento físico e intelectual y desencadena síntomas físicos de malestar (Beneytez, 2019).

La Terapia de Juego Centrada en el Niño (TJCN) se enfoca en relacionarse con el niño de modos que liberan los poderes de dirección interna, constructivos, de progresión, creativos y de autocuración (Landreth, 2012).

La presente investigación se realizó con un niño de nueve años que presentaba distintos síntomas de ansiedad y TEA grado1, a través de una intervención basada en la TJCN, que tuvo como objetivo reducir la ansiedad y adquirir habilidades para desenvolverse de una manera más funcional en su entorno social. Se utilizó una metodología de estudio de caso clínico con participante único y se evaluó antes y después de la intervención. El proceso estuvo organizado en tres fases: diagnóstico, intervención y cierre. Al final de la intervención los resultados señalan la eficacia del modelo de intervención en esta población ya que se observaron avances significativos en el objetivo.

Capítulo 1. Introducción

1. Introducción

Cuando una persona piensa en ansiedad, es posible que se le asocie una connotación negativa exclusivamente; sin embargo, la ansiedad es un conjunto de síntomas. Es una condición universal y generalizada a todas las personas que proviene de una emoción básica y primaria como es el miedo (Paula, 2015).

El miedo surge como una manifestación saludable del intento de preservación, que permite a la especie humana sobrevivir y perpetuarse. En el momento en que se percibe una amenaza real que puede comprometer la integridad física o psicológica, el sistema nervioso dispara un mecanismo defensivo de huida o lucha. El miedo responde a un estímulo específico y tiende a tener una duración breve desapareciendo una vez que la amenaza se ha disipado (Paula, 2015).

La ansiedad es por sí misma no es buena ni mala, ciertos niveles de ansiedad pueden ser beneficiosas para diversas situaciones el inconveniente; surge cuando las amenazas son malinterpretadas por la persona como reales, cuando la situación más bien pudiera calificarse de neutral o no potencialmente peligrosa. En ese caso, la ansiedad es la anticipación de la amenaza futura (American Psychiatric Association, 2013). Cuando el mecanismo de huida se ve en el continuo de la vida de una persona lejos de preservar la integridad física y psicológica, la deteriora.

Las personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA) suelen presentar altos niveles de ansiedad relacionados con alteraciones de la integración sensorial; las dificultades para comprender la perspectiva de los demás; las burlas y el rechazo que reciben por parte de los demás (bullying); la dificultad para pasar de una actividad a otra o cambiar el foco de atención; las ambigüedades en las demandas que hace el entorno y que no comprenden; o salirse de lo programado, de lo previsto (ansiedad ante situaciones novedosas e inesperadas) (Beneytez, 2019).

La expresión de los síntomas de ansiedad en niños con TEA también es similar a la de la población infantil con desarrollo normotípico: en los más pequeños, la ansiedad se manifiesta a través de problemas de conducta, mientras que en los más mayores se manifiesta con una mayor inhibición. Por último, los trastornos específicos de ansiedad más frecuentes en ambas poblaciones son las fobias específicas, la ansiedad generalizada, la ansiedad social y la ansiedad de separación (Wood & Gadow, 2010).

1.1 Planteamiento del problema y justificación

Los trastornos del espectro autista (TEA) engloban a un grupo muy heterogéneo de trastornos del neurodesarrollo, cuya presentación clínica varía enormemente en función de los síntomas individuales de cada paciente, la edad y el grado de gravedad con que se presentan (Asociación Americana de Psicología, 2013). En las últimas se encuentra un aumento exponencial en el número de diagnósticos. Esto se ha observado en diferentes países y continentes y si bien se tienen algunas claves, hoy en día se desconoce en gran medida qué está provocando este incremento. Según algunos autores, se podría explicar hasta el 50% del porqué de este en los diagnósticos (Weintraub, 2011), mientras que otros opinan que el 99% de este aumento se debe al fenómeno de migración o conmutación diagnóstica (Málaga, I., Blanco, R., Herrera-Fernández, A., Álvarez-Álvarez, N., Oreña-Ansonera, V. y Baeza-Velasco, M., 2019).

La prevalencia ha ido aumentando la relación de personas con esta condición y es de suma relevancia atender a esta población. La Organización Mundial de la Salud (2019), menciona que 1 de cada 160 niños presenta esta condición. En el momento actual, los estudios epidemiológicos realizados en Europa apuntan a una prevalencia de 1:100 (Autism-Europe, 2015). La información proveniente de la Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (ADDM, por sus siglas en inglés), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020), ayuda a tener una idea más clara acerca de la cantidad de niños que tienen trastornos del espectro autista ya que reportan que se

identificaron TEA en aproximadamente un 1.7 % de los niños (o en 1 de cada 59 niños) con 8 años de edad, según los datos reportados de 11 comunidades en distintas partes de los Estados Unidos. También reportaron que la incidencia es cuatro veces más alta en varones que en mujeres. Los niños de raza blanca tienen más probabilidades que se les detectara TEA que los niños de raza negra o los hispanos de los niños identificados con TEA en aproximadamente el 85% encontraron preocupaciones sobre su desarrollo antes de los tres años, pero solo al 42% se le realizó una evaluación integral de desarrollo antes de esta edad (Maenner M.J., Shaw K.A., Baio J., et al, 2016).

Por su parte en México, Fombonne, Manero, Díaz, Villalobos, Ramsay y Nealy (2016) realizaron un estudio en León, Guanajuato y encontraron que 1 de cada 115 niños se encuentran en TEA, traducido al 1% de toda la población de los niños mexicanos, alrededor de 400,000. Es un dato alarmante ya que también se menciona que la mayoría fueron detectados dentro del TEA en escuelas regulares sin que nunca hubieran sido detectados.

En Yucatán el Doctor Marcín Salazar en el año 2017, presidente de la Clínica Mexicana para Autismo, mencionó que se realizó un censo para los niños que presentan TEA y la prevalencia refleja que no se tienen tantos menores con esta condición como en EUA o Inglaterra, pero aun así se presenta una cifra elevada que va de 1 de cada 136 niños.

Los centros para la atención de niños con TEA son insuficientes ya que se diagnostican 600 casos al año en el estado de Yucatán y apenas unas cinco instituciones con la preparación adecuada para atenderlos, de las cuales son aceptados pocos niños debido a que presentan espacios insuficientes, pocas personas preparadas para el trabajo con ellos y pocos recursos (Aguirre Gutiérrez, 2017); aunque Yucatán cuente con varios centros de tipo Educación Especial, no reúnen las condiciones o personas necesarias para tratar con la demanda de niños con trastornos del desarrollo. Como ejemplo se encuentra el centro AYUDA que atiende a 82 niños, pero tiene en lista de espera a otros 25, cuyas

familias no cuentan con los recursos necesarios para tener acceso a las terapias y la agrupación no tiene de momento capacidad para sufragar los gastos de nuevos terapeutas (Diario de Yucatán, 2015 en Aguirre Gutiérrez, 2017).

El TEA es un trastorno de la salud mental que comienza en los primeros años de la vida, por lo tanto, se puede diagnosticar e intervenir a tiempo para lograr una pronta mejora en las habilidades sociales, disminución de las comorbilidades y coocurrencias que lo acompañan, entre otros.

La presencia de síntomas de ansiedad en las personas con TEA ha sido una constante desde las primeras descripciones del trastorno. Sin embargo, durante mucho tiempo no se le ha prestado la importancia que merece, debido a lo que se conoce como “*ensombrecimiento diagnóstico*”. En los últimos años, como consecuencia de una mayor toma de conciencia de su impacto sobre la calidad de vida y el funcionamiento diario y al constatarla amplia prevalencia de síntomas de ansiedad, ha aumentado el interés por su estudio y se ha tratado de clarificar si los síntomas de ansiedad son inherentes al propio trastorno autista o constituyen una entidad separada e independiente y si la ansiedad tiene formas propias de manifestación en los TEA (Kerns y Kendall, 2014; Wood y Gadow, 2010). Cuando la ansiedad está presente constantemente en la vida de un individuo ésta resta calidad de vida, es generadora de sufrimiento y afecta el funcionamiento de en la vida cotidiana de manera importante.

Los trastornos mentales comprenden una importante carga social y económica, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. En el caso de los TEA, se produce un impacto considerable no sólo en el desarrollo y bienestar de los afectados, sino también en sus familiares. El carácter crónico y la gravedad de estos trastornos, hace que se precise un plan de detección precoz y tratamiento multidisciplinar personalizado y permanente a lo largo de todo el ciclo vital, con un importante coste social y económico (Ministerio de sanidad y política social, 2009 en Aguirre Gutiérrez, 2017).

Por otro lado, la comprensión social es carente en personas con TEA y en muchos casos los hace vulnerables a riesgos comunes por su poca habilidad para el control social y el análisis de riesgos vitales, vulnerables a abusos y manipulaciones por su falta de interpretación de rasgos faciales de los que los rodean al mismo tiempo vulnerables a un futuro en donde una gran proporción de estas personas no podrán ser totalmente independientes y requerirán de apoyo de algún adulto.

La falta de personal para diagnosticar, así como para la intervención clínica en el tratamiento de los síntomas de la ansiedad presentada en los niños y niñas, con el fin de favorecer el bienestar a lo largo de su vida, hace relevante y sustentan la elaboración del presente trabajo, así como que en la literatura es más común la necesidad de la particularización de cada caso, debido a la diferencia que natural que existen en las personas y sus entornos.

La psicoterapia es una forma de intervención ante esta problemática, la cual se define como una relación interpersonal de ayuda, que se efectúa de acuerdo a reglas y técnicas, fundada en una doctrina que se centra en la génesis y la evolución de los fenómenos psicológicos, las formas de interrelación de la psique, el pensamiento y la conducta de los individuos con el mundo que los rodea; así como también, en la insuficiencia, desviación o procesos patológicos que pueden presentarse en la persona que consulta (Peláez Jaramillo, 2016).

El presente trabajo reporta la aplicación de un programa de intervención que se realizó en un centro de atención público ubicado en la ciudad de Mérida, Yucatán que ofrece el servicio de atención psicológica a niños, adolescentes, adultos y familias que lo soliciten. Se trabajó con un niño de 8 años que cursaba el 3° de primaria en una escuela pública de Mérida, que para fines de este trabajo responderá al nombre ficticio de "S". El niño tiene una estructura familiar nuclear compuesta por el padre de 37 años, la madre de 37 años y la hermana menor de 4 años.

1.2.1 Etapa de desarrollo: tercera infancia.

Cada etapa de desarrollo del ser humano conlleva diferentes cambios y procesos que con la adquisición de nuevos aprendizajes más el cumplimiento de tareas normativas dependiendo del grupo de edad, ofrece la resolución exitosa de cada estadio.

Este lapso de edad entre los 6 y 11 años se caracteriza por el ingreso de los niños en el proceso de escolarización, lo cual va aunado al desarrollo de diferentes habilidades físicas y sociales, procesos cognitivos y recursos emocionales como parte de su crecimiento.

1.2.1.1 Desarrollo físico.

Durante la tercera infancia, el crecimiento se desacelera de manera considerable. El desarrollo cerebral durante la infancia es menos espectacular que durante la lactancia, pero suceden cambios importantes. Entre los seis y los 11 años, el crecimiento más acelerado es en el área que primordialmente sustenta el pensamiento asociativo, el lenguaje y las relaciones espaciales. Para sustentar su crecimiento continuo, desarrollo cerebral y esfuerzo constante, los niños de edad escolar necesitan comer y dormir el tiempo suficiente y de manera adecuada. Las habilidades motoras continúan mejorando durante esta etapa de desarrollo (Papalia, 2010).

Los niños juegan juegos más físicamente activos, mientras que las niñas favorecen los juegos que incluyen la expresión verbal o contar en voz alta, como “*chácara*” o saltar a la cuerda. Tales actividades durante el recreo promueven un crecimiento en agilidad y competencia social y fomentan la adaptación a la escuela, cerca de 10% del juego libre de los escolares durante los primeros grados consiste en juego físico vigoroso. Una vez que los niños dejan de lado el juego físico vigoroso y empiezan a jugar juegos con reglas, algunos se unen a deportes organizados dirigidos por adultos. Los niños necesitan reglas más flexibles, un tiempo de instrucción más reducido y más tiempo de práctica libre que los niños de mayor edad (Pellegrini, Kato, Blatchford y Baines, 2002 en Papalia, 2010).

1.2.1.2 Desarrollo cognoscitivo.

Alrededor de los siete años, según Piaget, los niños ingresan en la etapa de las operaciones concretas en la que pueden utilizar operaciones mentales para resolver problemas concretos (tangibles). Ahora los niños pueden pensar de manera lógica porque pueden tomar en cuenta diversos aspectos de una misma situación. Sin embargo, su pensamiento aún se encuentra limitado a situaciones reales en el aquí y el ahora. Tienen una mejor comprensión de conceptos espaciales y de causalidad, categorización, razonamiento inductivo y deductivo, conservación y número. (Papalia, 2010).

El cambio del pensamiento ilógico y rígido de los niños menores al razonamiento lógico y flexible de los niños de mayor edad depende tanto del desarrollo neurológico como de la experiencia en la adaptación al ambiente. La segunda etapa (entre los siete y 11 años, correspondiente a la etapa de las operaciones concretas) se caracteriza por una creciente flexibilidad. A medida que los niños interactúan con más personas y entran en contacto con un rango más diverso de puntos de vista, empiezan a descartar la idea de que existe una norma única y absoluta de lo correcto e incorrecto y a desarrollar su propio sentido de justicia basado en la imparcialidad o en el trato equivalente para todos (Piaget, 1932 en Papalia, 2010).

1.2.1.3 Desarrollo psicosocial.

Cerca de los siete u ocho años, los niños alcanzan la tercera de las etapas neopiagetianas en el desarrollo del autoconcepto. Los juicios acerca del yo se vuelven más realistas y equilibrados a medida que los niños forman sistemas representacionales: autoconceptos amplios e incluyentes que integran diversos aspectos del yo. Uno de los principales determinantes de la autoestima, según Erikson (1982), es la perspectiva de los niños acerca de su capacidad para el trabajo productivo. El tema central de la tercera infancia es industria versus inferioridad. Los niños necesitan aprender las habilidades que

son valoradas en su sociedad y las relaciones entre pares adquieren importancia. (Papalia, 2010).

La virtud o fortaleza que se desarrolla con la resolución exitosa de esta etapa es la competencia, un punto de vista del yo como capaz de dominar habilidades y terminar tareas. Si los niños se sienten inadecuados en comparación con sus pares, también es posible que se retraigan al abrazo protector de su familia. Por otro lado, si se vuelven demasiado “industriosos” es posible que descuiden sus relaciones sociales y que se conviertan en “trabajólicos”. Los padres tienen una fuerte influencia en las creencias sobre la competencia (Papalia, 2010).

1.2.1.4 Desarrollo afectivo.

A medida que los niños crecen, están más conscientes de sus sentimientos y de los de otras personas. Pueden regular mejor sus emociones y pueden responder a la angustia emocional de los demás. Para los siete u ocho años, es típico que los niños adquieran conciencia de los sentimientos de vergüenza y orgullo, y tienen una idea más clara de la diferencia entre culpa y vergüenza, estas emociones afectan sus opiniones de sí mismos, también comprenden sus emociones conflictivas, adquieren actitudes prosociales y empáticas. Tienen conciencia de las reglas culturales que regulan la expresión emocional. Saben qué les causa enojo, miedo o tristeza y cómo reaccionan otras personas ante la expresión de estas emociones. También aprenden a adaptarse al comportamiento de los otros, poniéndose en concordancia con ellos (Papalia, 2010).

1.2.2 Ansiedad

La ansiedad clínicamente preocupante y en la que hay que prestar más atención es la que se presenta en ausencia de una amenaza física directa real y persiste mucho más tiempo que el miedo. Algunos investigadores la denominan estado de miedo sostenido (Hartley y Phelps, 2013).

Clark y Beck (2012) mencionan que la ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, afectiva, fisiológica y cognitiva, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables, que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

Para LeDoux y Pine (2016), la ansiedad surge ante la anticipación de un peligro incierto o distante en tiempo o el espacio. Por lo tanto, el miedo aparece ligado a la acción de escape o evitación de un peligro real, mientras que la ansiedad conlleva un estado de activación ante la percepción de una amenaza futura.

Al respecto Cueva, Esteban y Marín (2018), mencionan que la ansiedad es la percepción del estado de activación e implica al sistema dopaminérgico. Tiene una función activadora, es decir estimula, facilita y prepara la respuesta del individuo ante demandas del entorno. Existen diferentes niveles o grados de ansiedad. La excesiva intensidad, duración y frecuencia de la misma o su asociación con estímulos que no representan amenazas reales, se consideran como patológicas.

Nerviosismo, desesperanza o miedo son algunas sensaciones comunes durante períodos del estrés o ansiedad, son universales y nadie es inmune a ellas, sin embargo, que dichos malestares se eleven a una categoría de trastorno es diferente (Paula, 2015).

Lo más común es que exista una serie de detonantes que activen la ansiedad. Por lo que se puede prevenir y controlar siempre y cuando el individuo sea capaz de identificarla y tratarla. Por desgracia la ansiedad adquiere unas dimensiones desproporcionadas con relación a la situación amenazante y si no son prevenidas o tratadas, en vez de contribuir a afrontar dicha situación, produce un estado emocional de inquietud intensa que dificulta la calidad de vida, las relaciones sociales, el rendimiento físico e intelectual y desencadena síntomas físicos de malestar. De este modo el individuo se encuentra ante una ansiedad patológica, que interfiere con el funcionamiento en la vida diaria y que es claramente desadaptativa. La ansiedad, desde una perspectiva dimensional, constituye un continuo

que, en un extremo, es normal y adaptativa y, en el otro, es patológica y desadaptativa (Beneytez, 2019).

Para distinguir la ansiedad patológica de la ansiedad adaptativa se pueden utilizar los siguientes criterios (Clark y Beck, 2012; Paula-Pérez, 2013):

1. Desproporción entre el miedo experimentado y la potencial amenaza. En la ansiedad patológica los estímulos se perciben más amenazadores de lo que realmente son, como consecuencia de distorsiones cognitivas en el procesamiento de la información recibida.
2. Interferencia del miedo sobre la capacidad de afrontamiento de las circunstancias que lo provocan y sobre el funcionamiento en la vida diaria. La ansiedad patológica provoca un deterioro en la capacidad de adaptación a las circunstancias adversas.
3. Duración del estado de ansiedad. La ansiedad patológica persiste en el tiempo.
4. Desencadenamiento de la ansiedad en ausencia de estímulos objetivamente amenazadores o por la presencia de 'falsas alarmas'.
5. Activación de la ansiedad ante una gama relativamente amplia de situaciones que presentan un potencial leve de amenaza (hiperreactividad a estímulos ambientales).

1.2.3 Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Los Trastornos del Espectro del Autismo son trastornos del neurodesarrollo con inicio en la infancia caracterizados por déficits marcados y persistentes en la comunicación e interacción social y por la presencia de comportamientos intereses repetitivos, restringidos y estereotipados (American Psychiatric Association, 2013). Presenta una evolución crónica, con diferentes grados de afectación, adaptación funcional y funcionamiento en el área del

lenguaje y desarrollo intelectual, según el caso y momento evolutivo (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017).

La evidencia científica disponible parece indicar que existen diversos factores, tanto genéticos como ambientales, que contribuyen a la aparición de trastornos del espectro autista, influyendo en las primeras fases de desarrollo del cerebro (OMS, 2016).

El DSM-IV englobaba en los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) distintas categorías diagnósticas: Autismo, Trastorno de Asperger, TGD no especificado, Síndrome de Rett y Trastorno Desintegrativo Infantil. El DSM-5 reconoce una sola categoría, los Trastornos del Espectro del Autismo (de los que excluye el Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo), poniendo de relieve la dificultad que existía para diferenciar entre las anteriores categorías, debido a la presencia de características y síntomas que solapan entre sí y enfatizando que, tal y como la evidencia clínica y las distintas investigaciones realizadas han demostrado, los TEA se definen mejor con base a las dimensiones afectadas que a la existencia de distintas categorías diagnósticas (Beneytez, 2019).

Los criterios señalados por el DSM-5 para el diagnóstico de TEA son los siguientes:

- A. Déficits persistentes en la comunicación social en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, y que se manifiestan en:
- A.1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional: acercamiento social anormal, fracaso de la conversación normal, dificultades para compartir intereses, emociones o afectos, fracaso iniciar responder a interacciones sociales.
 - A.2. Deficiencias en las conductas comunicativas no verbal utilizadas en la interacción social: comunicación verbal y no verbal poco integrada, anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal, deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, falta total expresión facial y comunicación no verbal.
 - A.3. Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones: dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos

sociales, dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, ausencia de interés por otras personas (American Psychiatric Association,2013).

- B. Patrones de comportamiento restringidos y repetitivos de conducta, intereses o actividades, que se manifiestan, al menos, en dos de los siguientes aspectos:
- B.1. Habla, movimientos o utilización de objetos estereotipados repetitivos.
 - B.2. Excesiva resistencia al cambio o inflexibilidad en las rutinas en patrones ritualizados de conducta.
 - B.3. Intereses muy restringidos y fijos, anormales en intensidad foco.
 - B.4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por aspectos sensoriales del entorno.
- C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no manifestarse plenamente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas una etapa vital posterior).
- D. Los síntomas limitan y/o incapacitan para funcionamiento cotidiano en lo social, laboral u otras áreas importantes.
- E. Las limitaciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo, al estar la comunicación social por debajo del nivel general del desarrollo.

Otro aspecto importante en el DSM-5 es la inclusión de niveles de gravedad, que aparecen vinculadas a la intensidad de apoyos necesaria, y que reflejan el impacto de los síntomas en el funcionamiento adaptativo. Ello pone de relieve la importancia de evaluar no solo la sintomatología autista, sino también el grado de afectación en las habilidades adaptativas necesarias para el funcionamiento diario en los distintos entornos y el grado de apoyo necesario. Las mejoras en el funcionamiento adaptativo constituyen un aspecto crucial en el tratamiento de las personas con TEA. Por ello, es importante evaluar los resultados de las intervenciones, no sólo en términos de la mejora en la carga sintomática,

sino también en el funcionamiento adaptativo y en la promoción hacia niveles de apoyo menos intensos (Beneytez, 2019).

El DSM-5 traduce el efecto de los síntomas de las dos dimensiones en términos de la afectación en el funcionamiento adaptativo en tres amplios niveles de apoyo necesarios para el individuo (ayuda muy notable, ayuda notable o ayuda) (Constantino y Charman, 2016). Además, y de gran importancia para este estudio, vincula la necesidad de apoyo a la presencia de ansiedad ligada a la inflexibilidad de comportamiento, a la dificultad para hacer frente a los cambios o a la presencia de otros comportamientos restringidos y repetitivos (American Psychiatric Association, 2013).

Es importante mencionar que uno de los grandes problemas que a menudo confrontan las personas que evalúan el autismo infantil tiene que ver con el diagnóstico diferencial. Esto es debido a que la misma heterogeneidad que la caracteriza se ve reflejada en la multitud de síntomas y conductas particulares que se aprecian, por lo que a menudo nos encontramos con la dificultad para establecer un punto de corte entre el autismo y otros trastornos, especialmente en casos donde se comparten algunos síntomas, pero no se cumplen todos los criterios de clasificación aceptados por la comunidad científica.

Aunque la conceptualización de los TEA en el DSM-5 constituye un gran avance desde la perspectiva nosológica dimensional, algunos estudios (Frazier et al., 2010; Mandy, Charman y Skuse, 2012; Noordhof e tal., 2015) proponen dar un paso más e incluir el autismo en una representación dimensional más amplia, creando el constructo de “síntomas relacionados con el autismo”, al considerar que la sintomatología autista constituye una dimensión general de diferencias individuales más que una dimensión específica sólo relevante para una muestra de pacientes, similar a cómo son concebidos los problemas internalizantes y externalizantes. Dicho constructo multidimensional podría ser importante para la descripción y valoración de la sintomatología autista como un continuo con diferentes grados de afectación, sobre todo para aquellos individuos incluidos en el fenotipo ampliado, que presentando múltiples necesidades similares a las que presentan las

personas con TEA, no llegan al umbral que permite el diagnóstico formal del TEA (Beneytez, 2019).

En algunas ocasiones es necesario realizar pruebas médicas como la de cariotipo que se ha constituido en un examen que se ordena para reforzar diagnósticos de enfermedades que no están relacionadas con alteraciones cromosómicas. Las indicaciones para la realización del cariotipo que se utilizan son principalmente, las malformaciones congénitas, retardo del desarrollo psicomotor, retardo mental de origen desconocido, talla baja en estudio, ambigüedad genital, padres de niños con alteraciones cromosómicas estructurales y enfermedades hemato-oncológicas, imprescindibles en médula ósea de síndromes mielodisplásicos (Torres, 2018).

Desde esta perspectiva dimensional, todos los individuos, tanto si llegan al punto de corte o no, son descritos en términos de hasta dónde están afectados en amplios dominios de psicopatología, lo que permitiría poner en marcha intervenciones dirigidas a paliar sus limitaciones (Noordhof et al, 2015).

Es por lo anterior que la detección y diagnóstico acertado precoz sigue siendo un aspecto fundamental en el abordaje del autismo, ya que la iniciación de un tratamiento temprano está íntimamente ligada a su pronóstico.

1.2.4 Ansiedad, pensamiento cerrado o rigidez, inflexibilidad mental y TEA

¿Por qué las personas con sintomatología autista son más vulnerables a padecer la ansiedad? Paula (2015) menciona que los metaanálisis más amplios efectuados sobre la coocurrencia de la ansiedad y con significatividad clínica en personas con autismo concluyen que existe ansiedad clínicamente significativa entre el 11% y el 84% (MacNeil, Lopes y Minnes, 2009; White, Oswald, Ollendick y Scahill, 2009; Van Steensel, Ögels y Perrin, 2011). Aún queda mucho por investigar y clarificar respecto a este asunto, sin embargo, se puede confirmar que la prevalencia de la ansiedad en el autismo es sustancialmente más alta que en la población general.

La relación entre la ansiedad y los TEA es interesante y requiere que se siga avanzando en su investigación. Los procesos transdiagnósticos comunes a ambos trastornos sugieren que los síntomas autistas deberían estar presentes en las personas con ansiedad de forma similar a como los síntomas de ansiedad están presentes las personas con TEA (Beneytez, 2019). No solamente son altamente prevalentes los síntomas de ansiedad en personas con TEA, sino que también es frecuente observar síntomas tempranos de TEA en niños con trastornos de ansiedad (Van Steensel, Bögels & Wood, 2013). Diversos estudios han constatado que es habitual que las personas con trastornos de ansiedad o del estado de ánimo presenten abundante sintomatología autista, aunque hayan recibido dicho diagnóstico (Liew et al, 2013).

La presencia de ansiedad en el autismo se perfila con mayor nitidez en el DSM- 5. En el apartado de desarrollo y curso específico se indica que: hay una distinción clínica en función del tipo, frecuencia e intensidad de comportamientos (APA, 2013); por ejemplo, un niño que alinea objetos durante horas y se estresa considerablemente si los objetos son movidos.

Cuando la ansiedad se ve intensificada en personas con TEA se pueden agudizar, intensificar o incrementar comportamientos como una mayor insistencia en las rutinas y rituales, incremento por la preferencia de normas y reglas o un aumento en los comportamientos estereotipados o repetitivos, lo que puede provocar dificultades añadidas en el funcionamiento adaptativo, el rendimiento académico y la calidad de vida (Tavernor, Barron, Rodgers y Mcconachie, 2013).

Los estudios sobre la ansiedad en el autismo han ido en incremento debido a que los resultados han sido diversos, quizá debido a la confusión existente sobre la manifestación de la ansiedad en el TEA, al respecto Beneytez (2019) menciona que la psicopatología comórbida en personas con TEA es difícil de diagnosticar por varias razones: a) el solapamiento de los síntomas con los de otras condiciones diagnósticas (Matson & Cervantes, 2014; Matson & Shoemaker, 2009), b) los déficits cognitivos y comunicativo lingüísticos que, unidos a sus dificultades en el reconocimiento y expresión de sus propias

emociones y en habilidades mentalistas (Baron-Cohen et al., 2015), les impide comunicar con precisión sus síntomas (Grondhuis & Aman, 2012), c) el ensombrecimiento diagnóstico, o sesgo consistente en atribuir todos los síntomas que presenta una persona con TEA a su propio trastorno, lo que impide reconocer la existencia de síntomas psicopatológicos comórbidos (Kerns, Kendall, Zickgraf et al., 2015) y d) la amplia variabilidad fenotípica del trastorno, que podría contribuir al diagnóstico erróneo trastornos separados que, en realidad, son manifestaciones del TEA subyacente (Matson & Cervantes, 2014; Mazefsky, Oswald et al., 2012; Simonoff Et Al.,2008).

En un metaanálisis realizado por Van Steensel se revisaron 31 estudios que implicaron a 2,121 personas con autismo menores de 18 años y con los que se evaluó la sintomatología ansiosa que presentaban a través de cuestionarios estandarizados (Van Steensel, Bögels y Perrin, 2011). A lo largo de los estudios se halló que casi el 40% de las personas con TEA menores de 18 años presentaban algún trastorno de la ansiedad comórbido, en contraposición a la población neurotípica que se estima en la mitad (Costello, Egger, Copeland, Erkanli y Angold, 2011). Los más frecuentes son las fobias específicas (29.8%), seguido por el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (17,4%), la fobia social y agorafobia (16.6%), la ansiedad generalizada (15%), la ansiedad de separación (9%) y las crisis de angustia (2%).

Hasta el momento, se han realizado dos estudios dirigidos a conocer los mediadores entre los rasgos autistas y los síntomas de ansiedad en población general. Rosbrook y Whittingham (2010) exploraron el papel de tres posibles variables mediadoras: la competencia social, las experiencias sociales negativas (en concreto, haber sufrido burlas) y la habilidad de resolución de problemas. sociales, concluyendo que las dos últimas variables mediaban de forma significativa entre los rasgos autistas y la ansiedad (Rosbrook & Whittingham,2010). Liew et al (2015) encontraron que la competencia social mediaba en la relación entre los rasgos autistas y la ansiedad social, mientras que los comportamientos repetitivos y las experiencias sensoriales aversivas mediaban entre los rasgos autistas, la

preocupación y los síntomas obsesivos-compulsivos (Liew et al., 2015; Pine et al., 2008; Towbin et al., 2005; Van Steensel et al., 2015; Van Steensel, Bögels & Wood, 2013).

Wood y Gadow (2010) mencionan que la expresión de los síntomas de ansiedad en niños con TEA también es similar a la de la población infantil con desarrollo normotípico: en los más pequeños, la ansiedad se manifiesta a través de problemas de conducta, mientras que en los más mayores se manifiesta con una mayor inhibición. Los trastornos específicos de ansiedad más comunes en ambas poblaciones son las fobias específicas, la ansiedad generalizada, la ansiedad social y la ansiedad de separación.

1.2.5. Enfoque humanista

La psicoterapia no directiva tiene sus raíces en la filosofía humanista. Nace de un enfoque que sostiene la idea de la libertad humana y que cuestiona el determinismo implícito en la corriente psicoanalítica y en la conductista. Este enfoque centra su orientación en el hombre como persona, y en la búsqueda de una metodología flexible, capaz de aceptar la estructura de las vivencias profundas del ser humano que provocan su comportamiento externo (Villacreces, 2012).

La Psicoterapia no directiva o Psicoterapia Rogeriana es una de las corrientes terapéuticas humanistas más difundidas desde el siglo XX hasta la actualidad, sobre todo en los Estados Unidos. Hay aplicaciones de este enfoque en diversas áreas como la clínica, la educación, las relaciones de pareja, la ludoterapia y la dinámica de grupos (grupos de encuentro) principalmente. Cubre un amplio espectro de edades, desde niños pequeños hasta ancianos, y esto es factible porque el enfoque no directivo constituye además de una técnica, una concepción del ser humano y de las relaciones interpersonales, por ello trasciende el ámbito terapéutico.

La Psicoterapia no directiva es una orientación terapéutica que se inscribe dentro de la Psicología Humanista. Es identificada también como Psicoterapia Centrada en la Persona, Psicoterapia Centrada en el Cliente o Psicoterapia Rogeriana, debido al nombre

de su creador, Carl Rogers. Este es el enfoque que mayor influencia ha ejercido sobre los psicoterapeutas y consejeros norteamericanos, aún por encima de la terapia Racional emotiva de Albert Ellis y del Psicoanálisis Freudiano (Hubert y Baruth, 1991).

En sus libros *Orientación psicológica y psicoterapia*, *Psicoterapia centrada en el cliente* y *El proceso de convertirse en persona*, Rogers establece la siguiente hipótesis como eje de toda su concepción psicológica: “El individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia” (Rogers, 1997).

Dentro de la línea humanista, la terapia de juego tuvo un desarrollo importante a partir del trabajo de Carl Rogers y Virginia Axline. La terapia de juego dentro de este enfoque está centrada en el niño, es una terapia no directiva. Respeta al niño en la totalidad de su ser, y cree en su capacidad para autodirigirse favoreciendo el crecimiento y la autorrealización. El juego dentro de este contexto es visto como una expresión del Ser del niño.

1.2.6 Terapia de Juego Centrada en el Niño

El juego es natural en el niño; es una manifestación universal que supera etnia, creencia, lengua u otra característica (Schaefer, 2012). El juego infantil se define como una actividad placentera, libre y espontánea, de gran utilidad en el desarrollo del niño (Gómez, s/f).

Erikson (1963) en O'Connor y Schaefer (2017) sostenía que el juego de fantasía permite que los niños aprendan acerca de su mundo social y prueben nuevas habilidades sociales. Él pensaba que el mundo del juego les ofrece un lugar seguro para elaborar los conflictos de su vida.

Es relevante considerar desde el punto de vista cognitivo que el desarrollo de los niños el juego posee diferentes funciones. En primer lugar, al manipular y organizar diferentes objetos representando personas, lugares y elementos en el mundo real e

imaginario propicia que los niños puedan desarrollar un modelo de trabajo para entender y poder resolver problemas. En segundo, desde una mirada social, ayuda a poder conectarse con los demás ya que el juego se puede realizar en compañía o en solitario. Tercero, desde una mirada emocional, durante el juego se pueden proyectar sentimientos negativos y positivos. Por último, desde el punto de vista del alfabetismo y el lenguaje, el juego ofrece oportunidades para desarrollar habilidades narrativas y de historización, las cuales contribuyen a la conciencia autobiográfica (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017).

“La TJCN en el niño es una filosofía básica de la capacidad humana innata del niño para esforzarse por alcanzar el crecimiento y la madurez y una actitud de permanente fe en su capacidad de autodirigirse de manera constructiva” (Landreth, 2012, p. 60). El terapeuta busca crear un ambiente agradable, acogedor, afectuoso, cálido y de aceptación, donde los niños puedan expresarse y recrear en su juego cualquier asunto o preocupación de una manera terapéutica que les permita superarlos. (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017).

Landreth (2012) menciona que la TJCN se basa en tres conceptos: la persona, el campo fenomenológico y el sí-mismo. La persona está constituida por los pensamientos, sentimientos, conductas y el ser físico del niño, que siempre reacciona a los cambios en su mundo. Conforme el niño cambia en una parte del sí-mismo, las otras partes también cambian. El campo fenomenológico de un niño está constituido por cualquier cosa que experimente interna o externamente el sí-mismo es la percepción del niño de “mí” en relación con el ambiente. De acuerdo con este enfoque, la principal meta de todos los individuos en la vida es la autorrealización. Se piensa que los niños modifican su conducta externa con el fin de hacerla congruente con el sí-mismo interno.

Landreth (2012) afirma:

La terapia de juego centrada en el niño es un sistema terapéutico completo, no sólo la aplicación de algunas técnicas para establecer rapport, se basa en la convicción

profunda y permanente de la capacidad y resiliencia de los niños para ser constructivamente autodirectivos” (p. 53).

Busca mejorar la autoestima y los sentimientos que subyacen en conductas inadecuadas, como frustración, enojo, ansiedad frente a las actividades escolares, ansiedad de separación, miedo al abandono o preocupación por la seguridad personal que se manifiestan en conductas inadecuadas o desadaptadas. Estos sentimientos se pueden abordar permitiendo que el niño los represente en su juego en la atmósfera interpersonal y segura de la terapia de juego con la presencia de un adulto cálido y afectuoso (Guernsey, 1983 en O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017).

Axline (1964) establece que el terapeuta deberá crear una atmósfera de libertad, y reconocer y reflejar los sentimientos que el niño exprese. Confiar en las elecciones de éste para dirigir la sesión y, si es necesario, establecer límites en la relación terapéutica (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017).

La relación entre el terapeuta y el niño es el pilar de la TJCN. Para facilitar esta relación, el terapeuta tiene que ser capaz de ofrecer las tres condiciones medulares para el cambio, tal como las formuló Rogers (1985): autenticidad, calidez no posesiva y empatía. A través de la experiencia en terapia de juego, se establece una relación que hace posible que los niños compartan su verdadero sí-mismo con el terapeuta.

El terapeuta no directivo no se enfoca en el síntoma o en el problema que trae el niño, se enfoca en el niño. Lo ve como un ser digno de respeto y lo trata como tal (Villacreces, 2012).

Identificar estrategias de tratamiento para cada niño es incongruente con la teoría y los objetivos de la TJCN, pues su interés principal está enfocado en construir una relación con el niño. Para ello, el terapeuta debe contar con habilidades terapéuticas específicas que

contribuyen a este objetivo: rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos y establecimiento de límites (O'Connor, Schaefer y Braverman, 2017).

Las consultas también son una oportunidad para que el psicoterapeuta transmita a los cuidadores y otros adultos que cuidan del niño la importancia del juego como parte esencial del proceso terapéutico. También puede ayudar a los cuidadores a comprender que los niños pequeños no tienen la capacidad cognitiva para hablar sobre las cosas que interfieren en sus vidas y por lo tanto lo expresan a través del juego.

Al respecto Landreth (2012, p. 14) menciona:

El juego es el lenguaje simbólico con que se expresa el niño y puede revelar a) lo que el niño ha experimentado, b) la reacción frente a lo experimentado, c) sentimientos en relación con lo experimentado, d) lo que el niño desea, quiere o necesita y e) la percepción de sí mismo.

La Terapia de juego centrada en el niño logra resultados positivos porque esta terapia se ha enfocado en el proceso de ser y convertirse en persona, y así lo continuará haciendo.

Capítulo 2. Evaluación diagnóstica

2.1 Descripción del escenario y participante

El escenario de acción es un centro de atención del sector público que se encarga de dar terapia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Es dirigido por una psicóloga clínica y los casos que se trabajan en el centro son vía solicitud personal, es decir, llegan al centro por iniciativa propia. Después del primer contacto, la primera cita es para realizar la entrevista inicial y el llenado de la encuesta socioeconómica, empleada para asignar la cuota de las sesiones. El lugar se encuentra ubicado en el noreste de la ciudad, por lo que la mayoría de las personas que acuden tienen un nivel socioeconómico alrededor del medio-bajo al medio-alto.

El paciente del cual se hablará en este trabajo se denominará S por motivos de confidencialidad. S es un varón de 8 años que cursa el 3° de primaria en una escuela pública, es el hijo mayor de dos hermanos, vive con su madre, padre y hermana, ocasionalmente los fines de semana convive sus primos y con la abuela paterna. S es referido a consulta psicológica debido a que presentaba diversos síntomas físicos, bajo rendimiento escolar y estaba teniendo conflictos para socializar y permanecer en la escuela.

Para que el caso pueda participar en el trabajo los padres estuvieron de acuerdo en la documentación del caso otorgando la firma de un consentimiento que les informaba sobre el objetivo del trabajo y el uso de la información.

2.1.1 Motivo de consulta

La madre manifiesta que el paciente dejó de comer bien, es aprehensivo, nervioso, tiene tics en el ojo izquierdo, movimientos constantes con las manos, demandante de atención, no obedece, pelea mucho con la hermana, siente miedo constante a vomitar y a que se enferme de nuevo de influenza, no duerme bien y debido a eso ha disminuido su

rendimiento escolar, se altera constantemente por diversas circunstancias, no le gusta ir a fiestas y no convive con sus compañeros de la escuela.

2.1.2 Datos generales

En cuanto a los datos generales del paciente son:

Nombre: S

Edad: 8 años

Sexo: Hombre

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Tercero de primaria.

Tipo de escuela: Pública

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán

Fecha de nacimiento: 01/06/2010

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán

Nacionalidad: Mexicana

Religión: Católica

Nivel socioeconómico: Medio bajo

Vive con: Madre, padre y hermana menor.

La estructura familiar es nuclear, y está compuesta por la madre de 37 años quien se dedica a las labores del hogar, el padre de 37 años que se desempeña como vendedor y su hermana menor de 4 años.

2.1.3 Descripción del paciente

S es de complexión delgada y mide aproximadamente 1.35cm, su piel es de color blanca amarillenta, tiene el cabello y los ojos café oscuro. Normalmente se viste con shorts, playeras de algodón, tenis y gorra. Le cuesta mantener la mirada, aletea con las manos y camina ligeramente de puntas. Se muestra alegre y un poco desinteresado ante la plática, es respetuoso, tiene una actitud respetuosa y se muestra participativo.

2.1.4 Conceptualización del caso

La conceptualización del caso se llevó a cabo a partir de la terapia de juego centrado en el niño la cual parte del enfoque humanista. Al realizar la primera entrevista con la madre de S comenta que ella sentía que no podía aceptar a su hijo por su comportamiento y por encontrarle parecido al padre, también menciona que ella sentía frustración por pensar que su hijo no era como los demás, ya que él no mostraba interés para la socialización en la escuela y eventos como fiestas o reuniones. La madre también comenta que ella había estado teniendo dificultad para manejar la poca tolerancia a la frustración que presentaba su hijo y a las normas de casa, a su hijo tampoco parecían interesarle los deportes o las artes, también mencionó que no realizaba correctamente tareas sencillas como vestirse solo o que lo hacía incorrectamente. De igual manera comentó la preocupación que sentía por los síntomas físicos que su hijo estaba manifestando, sobre todo las náuseas y que el doctor descartó como síntoma de alguna enfermedad o padecimiento, por lo cual recomendó la atención psicológica. También mencionó que constantemente se encontraba a sí misma siendo muy estricta y exigente con S en el área académica debido a que tenía expectativas muy altas para su desarrollo académico. Por otra parte, menciona tener varios problemas de pareja con el padre de S y con su suegra.

Debido a lo expuesto anteriormente consideré que S se pudo estar sintiendo poco aceptado por su madre y por los diferentes contextos en donde convivía, presionado por cumplir las expectativas que se tenían para él, con la sensación de poca libertad para expresarse, que son necesidades básicas para el desarrollo saludable de un niño y por otra parte se podría haber sentido preocupado por los problemas familiares. Debido a la situación que vivía, presentaba diversos síntomas de ansiedad que se estaban manifestando en forma de mareos, vómitos, dificultad para dormir, hipersensibilidad a sonidos y alimentos. Es importante recalcar que previamente S ya había acudido con un médico, quien descartó una enfermedad y sugirió tratamiento psicológico. Por lo anterior el enfoque que me pareció más adecuado para intervenir fue la TJCN ya que se basa en los

principios de la teoría inicial de Carl Rogers sobre terapia no directiva, que luego fue adaptada por Virginia Axline al trabajo con niños. Rogers creía que los individuos poseen en su interior la capacidad de crecer en una dirección positiva y sana cuando se le ofrecen las condiciones apropiadas (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017).

La TJCN es particularmente sensible a las primeras etapas del desarrollo humano aplicable a los niños pequeños de 2 a 10 años de edad, etapa en la que se encontraba S. En este periodo, la persona es un trabajo en progreso, y el juego es la avenida esencial que lleva al crecimiento. El niño puede ser la autoridad, pues en el juego él se encuentra a cargo, situación que en la vida de S no podía ser así ya que B, madre de S, controlaba todo alrededor.

La madre de S menciona que a su hijo no le interesaban muchas actividades más que ver televisión o jugar videojuegos. Erikson (1953) promovía un ambiente en el que estuvieran disponibles materiales, equipo, espacio, tiempo y adultos comprensivos que permitieran al niño organizar sus ideas, sentimientos y fantasías en un plan de juego. Éste permite explorar y manipular ideas y relaciones sin muchas dudas, vergüenza o culpa, aun cuando el niño no sea muy hábil. Por lo que el espacio terapéutico podría brindar nuevas experiencias de juego y descubrimiento de recursos personales que propicien un impacto favorablemente en su desarrollo y vida en general (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017).

La TJCN no tiene una población de trabajo específico, sino que es de naturaleza genérica; es decir, busca mejorar la autoestima y los sentimientos que se ven manifestados en conductas inadecuadas, como poca tolerancia a la frustración, ira, ansiedad frente a las actividades escolares, ansiedad por separación, preocupación por la seguridad personal entre otros. Estos sentimientos se pueden expresar de manera segura mediante su representación en el juego bajo una atmósfera segura de la terapia de juego con la presencia de una persona adulta cálida, comprensiva y afectuosa.

Se realizó un psicodiagnóstico que confirmó lo siguiente: ansiedad muy elevada, falta de aceptación por parte de sus cuidadores principales, sobre exigencias por parte de la

madre. Para fines prácticos se le dio tipificación dentro del espectro autista porque presentaba diversas características de dicha sintomatología, sin embargo, cabe señalar que no cubría de manera suficientes con todas.

Por todo anterior decidí que la Terapia de Juego Centrada en el Niño era un enfoque que le permitiría aquello que el entorno no le estaba proveyendo, y que le permitiría potencializar los sentimientos de libertad, calidez con un adulto y la aceptación incondicional, de la misma manera el que las sesiones cubran esas características, permitió no etiquetar a un niño dentro de la clasificación de TEA, lo cual ayudó a tener una gran diferencia en los avances de su desarrollo y bienestar en general.

2.1.5 Objetivo General

El objetivo de esta investigación es la de diseñar, implementar y evaluar un programa de manejo de ansiedad para un niño con sintomatología ansiosa y características de TEA a través de una intervención con enfoque de TJCN, con la finalidad de disminuir la ansiedad manifestada para adquirir habilidades que lo ayuden a desenvolverse de una manera más funcional en su entorno social.

2.1.6 Objetivos específicos del diagnóstico

- Analizar las características del caso de un niño que presenta diferentes síntomas fisiológicos, dificultades en las relaciones sociales y familiares.
- Realizar sesiones de juego bajo el enfoque de TJCN que permitan alcanzar los objetivos planteados para la intervención.
- Propiciar un ambiente confiable a través de la TJCN en donde el niño pueda expresarse y recrear en su juego cualquier asunto o preocupación de una manera que le permita abordarlos y superarlos.
- Evaluar a través de pruebas proyectivas, escala de personalidad y la observación clínica los alcances de la intervención.

2.1.7 Definición de términos

A continuación, se definirán los conceptos clave empleados durante el desarrollo de este trabajo

Ansiedad. La ansiedad es la percepción del estado de activación e implica al sistema dopaminérgico. Tiene una función activadora, es decir estimula, facilita y prepara la respuesta del individuo ante demandas del entorno. Existen diferentes niveles o grados de ansiedad. La excesiva intensidad, duración y frecuencia de la misma o su asociación con estímulos que no representan amenazas reales, se consideran como patológicas (Cueva, Esteban y Marín, 2018).

TEA. El Trastorno Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico e inicio en la infancia, que afecta el desarrollo de la comunicación social, como de la conducta, con la presencia de comportamientos e intereses repetitivos y restringidos. Presenta una evolución crónica, con diferentes grados de afectación, adaptación funcional y funcionamiento en el área del lenguaje y desarrollo intelectual, según el caso y momento evolutivo (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017).

TJCN. Busca crear un ambiente agradable, acogedor, afectuoso, cálido y de aceptación, donde los niños puedan expresarse y recrear en su juego cualquier asunto o preocupación de una manera terapéutica que les permita superarlos. Los niños dirigen la sesión de juego de casi cualquier manera que deseen (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017).

2.2 Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados

2.2.1 Instrumentos utilizados.

Con base en las necesidades específicas del consultante se emplearon las siguientes estrategias:

Entrevista clínica. Su objetivo es conocer la personalidad del sujeto (Morga, 2012). La tarea es obtener una impresión general del problema que presenta el paciente y de lo que sucede en el ambiente para que se mantenga el problema, explorar fortalezas y las expectativas acerca de la terapia (Compas y Gotlib, 2012).

Historia clínica. Es un documento que contiene información de las experiencias más relevantes que el paciente ha tenido a lo largo de su vida. (Compas y Gotlib, 2012).

Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH). Es una prueba de ejecución típica que evalúa la personalidad y rasgos emocionales-sociales (Sánchez y Pírela, 2012).

Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman. Es una prueba de ejecución típica que evalúa la calidad de relación entre el sujeto y los integrantes de la familia, pudiendo evidenciar comunicación, relación, conflictos y afecto (Corman, 2008).

Escala de Ansiedad Infantil de Spence. Es una prueba de ejecución típica que mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia (Spence, 1997 en Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas, Spence, González, Martínez-Guerrero, Aguilar, & Gallegos, 2010). Las medias para la edad del sujeto a prueba son: ataques de pánico/agorafobia (5), Ansiedad de separación (5), Fobia social (3), Miedos (3), Obsesiones/Compulsiones (2) y Ansiedad generalizada (5).

Escala Weschler de Inteligencia para Niños- IV. Es una prueba de ejecución máxima que proporciona una medición confiable del funcionamiento intelectual en niños (Weschler, 2005).

Neuropsi evaluación neuropsicológica breve en español. Es una prueba de ejecución máxima que evalúa de manera confiable y válida las funciones de atención y memoria para

hacer un diagnóstico temprano y/o predictivo de alteraciones en estas funciones (Ostrosky, Gómez, Matute, Rosselli, Ardila, & Pineda, 2014).

Filtro Mexicano para la Detección del Síndrome de Asperger. Sirve como filtro para detectar si la persona evaluada puede ser considerada o no con el Síndrome de Asperger (Enlace Autismo AC, 2011).

2.2.2 Técnicas implementadas.

Interpretación de Juego Libre: Constituye un medio para recoger información desde una perspectiva más flexible y cualitativa en la que se observa al niño en un entorno natural. No se trata sólo de escuchar y observar durante el juego, sino de preguntar al niño para poder valorar sus respuestas y estrategias ante posibles dificultades y conflictos (Ibáñez López y Mudarra Sánchez, 2015).

Observación clínica: Técnica usada comúnmente en la investigación y práctica clínica del psicólogo, que consiste en visualizar las respuestas libres del niño ante determinado material o situación. La información recabada es de carácter cualitativo (Esquivel, Heredia y Lucio 2007).

2.2.3 Evaluación del proceso.

A través del análisis, la interpretación y la integración de los distintos instrumentos utilizados se pudo tener una visión más completa y empática del motivo de consulta del paciente y de la relación madre e hijo.

2.3. Procedimiento

El proceso psicoterapéutico tuvo una duración total de 24 sesiones organizadas en tres fases diagnóstico, intervención y cierre. Durante el proceso psicoterapéutico se tuvieron sesiones solo con el niño, con la madre y el hijo, solo con la madre y una sesión familiar.

El diagnóstico tuvo una duración de 11 sesiones, en las cuales al inicio se realizó la entrevista con la madre, posteriormente se acordó y firmó el consentimiento informado para la investigación, los acuerdos de confidencialidad y los derechos del paciente. Las siguientes sesiones se llevaron a cabo de manera individual con el paciente en las cuales se aplicaron pruebas proyectivas como el Test del Dibujo de la Figura Humana y el Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman, Escala Weschler de Inteligencia para Niños- IV, Neuropsi evaluación neuropsicológica breve en español, Escala de Ansiedad Infantil de Spence, Filtro Mexicano para la Detección del Síndrome de Asperger y la observación clínica. Se realizó una sesión de retroalimentación con la madre para comentarle sobre los resultados encontrados en los instrumentos utilizados.

2.4. Informe de los resultados de la evaluación diagnóstica

En la tabla 1, se presentan los resultados obtenidos del diagnóstico.

Tabla 1.

Resultados del diagnóstico.

Técnica e instrumentos	Resultados del diagnóstico
Historia clínica	Se refiere que el niño presenta diversas alteraciones fisiológicas tales como dolores de estómago, náuseas, vómitos, dificultades para conciliar el sueño, tics. Dificultades para la socialización con pares.
Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH).	Presenta indicadores de ansiedad e inseguridad, así como de evasión y falta de confianza para establecer relaciones sociales.
Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman	Se presentan dificultades en el contacto familiar.
Escala de Ansiedad Infantil de Spence.	Puntuaciones por áreas: ataques de pánico/agorafobia (5), Ansiedad de separación (12), Fobia social (7), Miedos (6), Obsesiones/Compulsiones (9) y Ansiedad generalizada (11).

Escala Wechsler de Su Capacidad Intelectual global fue de 109 perteneciendo al promedio. Comprensión Verbal de 120 (promedio alto), Inteligencia para Niños- IV. Razonamiento Perceptivo de 91 (promedio), Memoria de trabajo de 96 (promedio) y Velocidad de Procesamiento de la Información de 96 (promedio bajo).

Neuropsi evaluación No tuvo problemas para mostrar una orientación adecuada, neuropsicológica breve en cuanto a la atención las puntuaciones alcanzadas por el paciente se encuentran dentro del rango normal y normal alto, en español. en el área de memoria obtuvo un rango normal alto, en memoria de trabajo, leve a moderado y severo en codificación y, normal y leve a moderado en evocación y en cuanto a las funciones ejecutivas se encuentra en un rango normal.

Filtro Mexicano para la De un total de 42 frases que describen las conductas más características del Síndrome de Asperger, 37 fueron registradas. La consigna de la prueba menciona que teniendo más de 15 reactivos registrados indica la posibilidad de que la persona evaluada presente el Síndrome de Asperger.

En cuanto a la observación clínica psicológica se encontró juego simbólico y en solitario, limitada socialización, pobre contacto visual, juego repetitivo y a gran velocidad, pendiente del tiempo, tics en un ojo, balanceos y en menor grado aleteos, tono pedante y la

utilización de palabras sofisticadas y presentaba preocupación por el tiempo de duración de la sesión.

Por todo lo anterior se puede decir que S presentó diversos síntomas de TEA grado 1 y ansiedad lo cual se reflejó en las diversas dimensiones como la física, emocional, social tanto en su ambiente escolar como familiar.

Capítulo 3. Programa de intervención

3.1 Introducción

Este programa de intervención propuesto se sustenta bajo la Teoría de Juego Centrada en el niño, desarrollada a partir del trabajo de Carl Rogers (1951) por Virginia Axline (1964, 1969), la terapia de juego proviene de la escuela humanística y, en esencia, está centrada en el niño. La TJCN confía en que los niños son capaces de crecer de manera sana cuando se les ofrecen las condiciones apropiadas (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017).

La TJCN se centra en relacionarse con el niño de modos que liberan los poderes de dirección interna, constructivos, de progresión, creativos y de autocuración en las sesiones de juego (Landreth, 2012).

La terapia de juego les ofrece una relación única con un adulto objetivo que los acepta y que, en general, no se encuentra involucrado en otros aspectos de la vida del niño (West, 2000). El terapeuta de juego es quien refleja las acciones y sentimientos del niño a través de su participación en el juego si se le pide. La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión del niño.

Axline (1964) afirmó que su responsabilidad como terapeuta era comunicar de la mejor manera posible, a través de sus actitudes y filosofía personal, que el mundo privado y personal de un individuo sólo le pertenece a él. Así mismo menciona que es una oportunidad que se le brinda para "jugar" sus sentimientos y problemas, como en ciertos tipos de terapia para adultos un individuo "habla" sus dificultades (West, 2000).

Rogers (1951) menciona que los niños son los más indicados para determinar su propia realidad personal. Se comportan como un todo organizado con el deseo de mejorarse a sí mismo. Los niños se rigen por sus metas en la medida en que buscan satisfacer sus necesidades percibidas. Les interesa mantener un autoconcepto positivo y comportarse de modos congruentes con éste (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017).

La finalidad de la intervención del presente trabajo es que S pueda disminuir los síntomas de ansiedad que había estado presentando sí como procurar un impacto positivo para su bienestar general.

3.2 Objetivos del programa de intervención

El programa de intervención tiene como objetivo disminuir la ansiedad y el fortalecer los recursos personales del infante, por medio de los objetivos específicos de la terapia de juego centrada en el niño que propicien la expresión emocional buscando una autonomía más sólida que lo impulsen a su propio bienestar.

De acuerdo con Landreth, 2012, pp. 84-85 respecto a la TJCN, sostiene que el terapeuta debe enfocarse en el niño y no en su conducta por lo que los objetivos específicos propuestos son los siguientes:

- a) Propiciar un ambiente confiable para una mayor expresividad, b) Asumir mayor responsabilidad de sí mismo, c) Ser más independiente, d) Experimentar el sentimiento de control, e) Propiciar una mayor socialización, f) Psicoeducación sobre el TEA con los padres.

3.3 Programa de Intervención

El diseño de la intervención se basó en la información recabada durante la fase de diagnóstico, en los objetivos establecidos para la intervención y en la metodología de TJCN.

3.3.1 Diseño de intervención

El proceso terapéutico inició el día 29 de octubre del 2018 y concluyó el 21 de junio del 2019 cumpliendo un total de 24 sesiones, de las cuales 9 comprendieron la aplicación del programa de intervención con un modelo de TJCN en un niño con diversos síntomas de ansiedad.

Los aspectos que se trabajaron en la atención psicológica se enfocaron al cumplimiento de fortalecimiento de la autonomía y la disminución de la ansiedad del niño y con ello se establezca una mejora en su bienestar general.

En cuanto a la logística del proceso de intervención, durante el inicio del proceso terapéutico las sesiones se realizaban una vez a la semana y se mantuvo dicha modalidad hasta la fase de cierre. El proceso de intervención incluyó sesiones individuales, conjuntas y de retroalimentación/seguimiento con los padres, las cuales dependían del tema a trabajar. Las sesiones tuvieron duración de una hora cuando eran con el niño o la madre por separado y de 1.5 a 2 horas para la sesión familiar.

En la TJCN, las sesiones no tienen una estructura formal (Landreth, 2012). La única estructura depende de las metas que el terapeuta se proponga para lograr un ambiente cálido, seguro, y de aceptación para que el niño pueda expresarse y sentirse con la libertad de explorar cualquier cosa que crea necesaria. La participación del terapeuta varía de acuerdo con los deseos del niño. Dentro del espacio terapéutico los niños tienen la libertad de tomar el control y poder guiar la sesión de muchas maneras que ellos consideren adecuadas.

Sin embargo, aunque pueden dirigir y guiar la sesión de casi cualquier modo que decidan, el terapeuta puede intervenir para establecer límites. En el caso del juego del niño, el terapeuta debe ser muy cuidadoso con los límites ya que su finalidad es garantizar que el terapeuta pueda dedicar toda su atención al niño buscando garantizar que la sesión constituya una experiencia de aprendizaje.

Hendricks (1971) y Withee (1975) realizaron dos estudios importantes que ilustran los patrones del proceso de la TJCN (citados en Landreth, 2012).

La fase inicial de la terapia, que consiste en las primeras sesiones, se caracteriza por la presencia de altos niveles de ansiedad, juego exploratorio y el establecimiento de la relación entre el niño y el terapeuta. Este último aborda de manera especial los sentimientos del niño más que sus problema o síntomas.

La segunda fase, que dura entre cuatro y seis sesiones, a menudo se caracteriza por el aumento del juego agresivo. En la medida que éste disminuye, da paso al juego creativo y relacional.

Posteriormente durante la tercera fase, predomina la expresión de felicidad y el niño empieza a compartir información más personal sobre sí mismo y su familia. A menudo se puede distinguir una cuarta fase caracterizada por la expresión de un rango más amplio de emociones tanto positivas como negativas. El juego relacional sigue siendo común. En la fase final del tratamiento, el centro de atención cambia de los problemas hacia el proceso de despedida. (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017).

Otros autores, Nordling y Guerny (1999) refirieron cuatro etapas típicas de la terapia de juego centrada en el niño, que son parecidas, aunque no idénticas a las descritas por Hendricks (1971) y Withee (1975): calentamiento, agresión, regresión y dominio de habilidades.

Durante la primera etapa, los autores mencionan la formación de una relación de trabajo terapéutico, la comprensión de los papeles del niño y el terapeuta, y sentimientos de seguridad y protección. Describieron las etapas de agresión y regresión como parte del periodo de trabajo de la terapia. Durante la etapa de agresión, los niños tienden a ejercer control sobre los demás, pero también aceptan los límites que se les plantean (Hendricks (1971) y Withee (1975) en Landreth, 2012).

El juego incluye la expresión de tendencias o pensamientos agresivos a través de las acciones o los personajes. La etapa de regresión incluye conductas relacionadas con el apego y los cuidados, y con frecuencia se observan regresiones en los niños donde juegan a un nivel de desarrollo más temprano.

Durante la etapa de dominio de habilidades, con frecuencia los niños eligen juegos de competencia o de dominio de alguna habilidad. De acuerdo con Nordling y Guerney (1999), esto les ofrece la oportunidad de integrar sus adquisiciones en su estructura de personalidad (O'Connor, Schaefer & Braverman, 2017).

A pesar de que la descripción de la TJCN se centra en el trabajo individual con el niño, este no excluye la participación de los padres, pero su involucramiento depende de cada caso y tema a tratar. Si el cuidador está consciente del proceso terapéutico y lo comprende y si el terapeuta lo mantiene informado del progreso o su falta, adquirirá confianza en la terapia. Además, el cuidador, por lo general, es la mejor fuente de información acerca de cualquier cambio que ocurra fuera de las sesiones. Las consultas también constituyen una oportunidad para que el terapeuta transmita a los cuidadores y otros adultos que se ocupan del niño la importancia del juego como parte esencial del proceso terapéutico.

Por lo anterior es importante mencionar la disposición de trabajo terapéutico de los padres, ya que la asistencia del participante fue relativamente constante y los padres estaban dispuestos para las sesiones de retroalimentación sin embargo la madre fue con quien mayor contacto se estableció debido a que por cuestiones del horario de trabajo del padre, no podía acompañarnos a las sesiones, no obstante, cuando se le fue solicitada su presencia asistió según los acuerdos.

Entre los recursos empleados para la intervención se encuentran las instalaciones, las sesiones se realizaron en una sala acondicionada para niños y adolescentes que contaba con los muebles necesarios para ofrecer comodidad a los participantes. Los materiales utilizados dependían de las actividades a realizar, los cuales incluyen: hojas en blanco, lápices, colores y juguetes que la literatura recomienda como lo son los títeres, muñecos, coches, casita, comidita, juegos de mesa, entre otros.

3.3.2 Fases de intervención

El programa de intervención estuvo compuesto por 24 sesiones divididas en 4 fases: el diagnóstico, la intervención, evaluación y la fase de cierre; donde cada fase estuvo guiada por los objetivos planteados según la temática del caso.

La fase de diagnóstico se implementó para conocer los factores contextuales y el impacto emocional del motivo de consulta, se aplicaron diferentes pruebas buscando el esclarecimiento de los síntomas presentados, así como identificar los recursos personales del infante. Esta fase tuvo una duración de 11 sesiones y es la de mayor duración debido a la naturaleza del caso.

La fase de intervención se llevó a cabo durante nueve sesiones con el niño y la madre, todas de manera individual. Durante esta fase se buscaba que el niño pueda compartir información más personal sobre sí mismo y su familia, mantenga la libre expresión emocional en un ambiente seguro para hacerlo.

En la fase de evaluación se aplicaron los instrumentos utilizados en el diagnóstico a modo de retest para conocer los avances del caso. En la metodología de la TJCN la evaluación del trabajo terapéutico se realiza constantemente indistintamente del número de sesión del proceso terapéutico, con la evaluación constante el terapeuta puede diferenciar la etapa de juego en la que se encuentra el niño y estar pendiente de las intervenciones terapéuticas favorecedoras. Para este trabajo terminal, la fase de evaluación comprendió dos sesiones y se realizó después del tiempo destinado para la aplicación de la intervención.

La fase de cierre es la última en implementarse y aquí se llevó a cabo la despedida de los participantes del proceso terapéutico. Esta fase se realizó en dos sesiones donde se trabajó con el niño de forma individual para hacer un recuento del proceso terapéutico y después se trabajó con toda la familia dándoles las observaciones finales del caso y recomendaciones para su uso futuro.

3.3.3 Diseño de Psicoterapia

En este apartado se describen las sesiones realizadas en el trabajo con el niño tomando en cuenta todas las etapas del proceso terapéutico.

En la tabla 2 se presenta la información pertinente. El rubro de experiencia terapéutica puntualiza las técnicas o instrumentos utilizados.

Tabla 2.

Cuadro con el diseño de psicoterapia empleado.

Etapa	No. de Sesión	¿Quién acude a la sesión?	Nombre de sesión	Fase TJCN	Experiencia terapéutica	¿Qué se hizo?
Diagnóstico	1	Entrevista con la madre.	Entrevista inicial con B.		Establecimiento de la relación, conocer el motivo de consulta, firma de contrato terapéutico de confidencialidad.	Motivo de consulta más detallado.
	2	Primera sesión con S.	Primer contacto con S.		Fase 1: Establecimiento de la relación y exploración del espacio terapéutico.	Coches y palillos chinos.
	3	S	Juegos de mesa y DFH.		Aplicación Dibujo de la Figura Humana y Fase 1: juego diagnóstico.	Serpientes y escaleras y palillos chinos y DFH
	4	S	El restaurante y DF.	1	Aplicación de Dibujo de la Familia y Fase 1: juego diagnóstico y relacional.	Cocinita, señor cara de papa y DF.
	5	S y madre (cada uno de modo individual).	El restaurante y encuadre con B		Fase 1: Juego diagnóstico y relacional y encuadre de observaciones con la madre.	Cocinita, señor cara de papa y encuadre con B.
	6	S	Los títeres y WISC-IV.		Aplicación de prueba Wechsler y Fase 1: juego relacional.	Títeres con casita y WISC-IV.
	7	S	Los exámenes y WISC-IV.		Aplicación de prueba Wechsler y Fase 1: juego relacional.	Fichas de números, boliche y WISC-IV.
	8	S	La cárcel y el Neuropsi		Aplicación de Neuropsi y Fase 2: juego agresivo.	Cárcel, bloques y Neuropsi.
	9	S	La cárcel y Spence.	2	Aplicación de Escala de Ansiedad y juego agresivo.	Cárcel y Spence.

Etapa	No. de Sesión	¿Quién acude a la sesión?	Nombre de sesión	Fase TJCN	Experiencia terapéutica	¿Qué se hizo?
Diagnóstico	10	S, docente y compañeros de clase	Un día en la escuela.		Observación dentro del aula y comentarios de la docente.	Tarea, boliche (simbólico), tiendita y entrevista con la maestra
	11	Madre	Filtro de asperger		Aplicación de Filtro Mexicano para la Detección del Síndrome de Asperger.	Conversación con B y aplicación del filtro de asperger.
	12	Madre	Resultados del diagnóstico.		Retroalimentación de las pruebas realizadas en el diagnóstico.	Explicación de los resultados del diagnóstico
	13	S	El mundo de Mario.	2	Fase 2: Juego creativo.	Mundo de Mario, coches y tesoros escondidos.
Intervención	14	S	El mundo de Mario nueva versión.		Fase 2: Juego creativo.	Mundo de Mario, coches y monos locos.
	15	Madre	Psicoeducación		Dudas del diagnóstico, psicoeducación respecto al TEA.	Explicación del TEA.
	16	S	La casita.	3	Fase 3: Juego para la expresión de información más personal.	La casita.

Etapa	No. de Sesión	¿Quién acude a la sesión?	Nombre de sesión	Fase TJCN	Experiencia terapéutica	¿Qué se hizo?
Intervención	17	S	La casita	3	Fase 3: Juego para la expresión de información más personal.	La casita.
	18	S	Los animalitos		Fase 4: Expresión emocional	Ositos de las emociones, animales del lavadero y el saludo.
	19	La madre	Psicoeducación segunda parte.		Resolver dudas sobre el diagnóstico, psicoeducación y recomendaciones respecto al TEA.	Conversación con B y recomendaciones para la maestra.
	20	S	Boliche y soldados.		Fase 4: Juegos de dominio.	DFH, DF y voleibol.
	21	S	Voleibol, DFH y DF.	4	Segunda aplicación DFH y DF y Fase 3: Juegos de dominio.	Boliche y escala de ansiedad.
Evaluación	22	S	Boliche y escala de ansiedad de Spence.		Segunda aplicación Escala de Ansiedad de Spence y juego	Boliche y escala de ansiedad.
	23	Madre (de modo individual) y luego S se incorpora a la mitad de sesión.	Acuerdos en casa.		Recomendaciones generales, creación de acuerdos con S.	Recomendación de actividades para incentivar la autonomía de S y acuerdos con S
Cierre	24	Sesión familiar.	Actuar como si...	5	Role playing sobre actividades y actitudes en casa de todos los miembros de la familia y despedida.	Actuación de roles en casa de otro miembro de la familia, acuerdos y despedida.

Capítulo 4. Resultados de intervención

4.1 Evaluación de los efectos y /o proceso

La evaluación de los efectos se realizó con una segunda aplicación de los instrumentos individuales empleados en el diagnóstico los cuales fueron la prueba del Dibujo de la Figura Humana, prueba del Dibujo de la Familia, Escala de Ansiedad Infantil de Spence y la interpretación del juego dentro del espacio terapéutico.

La evaluación del proceso se obtuvo por las verbalizaciones hechas por los padres, las relatorías de las sesiones y las observaciones realizadas durante el proceso terapéutico.

4.1.1 Resultados de la aplicación de instrumentos

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

Prueba del Dibujo de la Figura Humana. Al aplicarle la Prueba del Dibujo de la Figura Humana, se mostró poco participativo ya que prefería jugar, por lo que se le recordó que habíamos tomado el acuerdo de hacer el dibujo y luego jugaríamos. El dibujo que realizó en primer lugar fue un dibujo de una figura masculina con la que él se identificó y menciona que es él mismo en casa de su abuela y en su propia casa. Lo realiza de manera rápida porque menciona que no le gusta dibujar y se nota desesperado por terminar para ir a jugar.

Posteriormente dibuja la figura de una persona del sexo femenino y menciona que es su madre, este dibujo también lo hace con rapidez. Ambos dibujos tienen un trazo fuerte, situados en el centro de la hoja y en ninguno hace borraduras.

De acuerdo con la evaluación madurativa, S obtuvo -4 ítems esperados y 0 ítems excepcionales. El puntaje de su DFH es, por lo tanto $-4 + 0 + 5 = 1$ e indica que probablemente tenga un nivel inferior debido a serios problemas emocionales.

En cuanto a los indicadores emocionales S exhibe en el primer dibujo una figura pequeña, omite el pelo, la nariz, las manos y los pies a diferencia del segundo la cual es de un tamaño mediano, aparece el pelo, la nariz y los pies los cuales denotan inseguridad, ansiedad, retraimiento o dificultad de contacto social y en la figura femenina aparecen los dedos de las manos. En ambos dibujos los brazos son cortos, hechos de trazos de una sola línea y con otros objetos a su alrededor. También se observaron indicadores de que el participante tiene conductas infantiles y dependientes, teniendo concordancia con estar orientado por sí mismo.

Se encontraron presentes algunos de signos orgánicos los cuales sugieren daño neurológico como la omisión del cuello, brazos en forma de palo, brazos señalando hacia arriba, piernas en forma de palo, solo una prenda de vestir y la integración deficiente de algunas de las partes.

Como se puede notar en el contenido de las historias de los dibujos realizados por S demuestran actividades que realiza de manera común en su vida, así como varios indicadores de timidez o retraimiento, agresividad y dificultad para el contacto social. Sin embargo, cabe recalcar que para la aplicación de la prueba de evaluación se muestra con mayor energía vital, en interacción con otra persona y en un espacio en el que puede realizar diferentes actividades y con la posibilidad de estar en contacto con otros niños.

En la tabla 3 se presenta una comparación de los indicadores encontrados en el diagnóstico y la evaluación.

Tabla 3.
Resultados comparativos de los indicadores de la prueba del Dibujo de la Figura Humana.

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Interpretación		
Boca	<i>Cóncava u oralmente receptiva:</i> individuos infantiles, dependientes y cautelosos.	<i>Cóncava u oralmente receptiva:</i> individuos infantiles, dependientes y cautelosos.
Ojos	<i>En punto:</i> infantilismo.	<i>En punto:</i> infantilismo. <i>Énfasis en la figura femenina:</i> paranoides (alerta a los detalles acerca de ellos, preocupación).
Nariz	<i>Omisión:</i> timidez, conducta retraída, escaso interés social.	Aparece la nariz a diferencia del dibujo anterior.
Pelo	<i>Omisión:</i> rasgo esquizoide.	Aparición del pelo a diferencia del dibujo pasado.
Cuello	<i>Omisión:</i> significativo para niños desde los 10 años	<i>Omisión:</i> significativo para niños desde los 10 años.

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Interpretación		
Manos	<p><i>Manos seccionadas:</i> niños de clases especiales, ansiedad, timidez, inadecuación y psicósomáticos.</p> <p><i>Dedos en forma de flechas:</i> agresividad.</p>	<p><i>Manos seccionadas:</i> niños de clases especiales, ansiedad, inadecuación, timidez y psicósomáticos.</p> <p><i>Dedos en forma de flechas:</i> agresividad.</p> <p><i>Manos grandes en figura femenina:</i> conductas agresivas.</p>
Brazos	<p><i>Brazos cortos:</i> dificultad para conectarse con el mundo exterior y con los que lo rodean.</p> <p>Hechos con palotes.</p>	<p><i>Brazos cortos:</i> dificultad para conectarse con el mundo exterior y con los que lo rodean, tendencia al retraimiento.</p> <p><i>Brazos largos en figura femenina:</i> búsqueda de amor, afecto, conexión con los demás.</p> <p>Hechos con palotes.</p>
Piernas y pies	<p><i>Piernas juntas e integración pobre,</i> inestabilidad, dificultad en la coordinación visomotriz, tensión, afecciones psicósomáticas. Factores emocionales o daño neurológico.</p>	<p><i>Piernas integradas al cuerpo y juntas:</i> tensión, afecciones psicósomáticas.</p> <p>Aparecen los pies a diferencia del dibujo anterior.</p>

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Interpretación		
Aspectos formales y estructurales		
Tema	Dibuja una figura del propio sexo aparentemente de edad más joven: deseo de volver a etapas anteriores.	Primero dibuja la figura de su mismo sexo y posteriormente la del sexo opuesto.
Tamaño y colocación	<p><i>Figura pequeña:</i> bajo nivel de energía y un “yo” disminuido, inseguridad y represión</p> <p><i>Colocación en la parte izquierda:</i> énfasis en el pasado e impulsividad.</p>	<p><i>Figura mediano:</i> autoestima adecuada, centrados en ellos mismos.</p> <p><i>Lado derecho:</i> esfuerzos por triunfar, persona hipersensible.</p> <p><i>Figura masculina más pequeña que la femenina:</i> defensa contra la autoridad castradora.</p>
Tipo de línea	<i>Línea sólida:</i> seguro de sí mismo.	<i>En la figura femenina la línea fue sólida:</i> equilibrio emocional y buen nivel de energía vital.
Borraduras	Sin borraduras	Sin borraduras

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Interpretación		
Historia	<i>Figura masculina:</i> “Este soy yo jugando Mario Bros o mi celular o viendo televisión o videos de YouTube en casa de mi abuelita, y este también soy yo, pero en mi casa estudiando matemáticas o español, jugando Mario Bros o viendo videos de YouTube”.	<i>Figura masculina:</i> “Somos yo y mi mamá jugando en el parque de cerca de mi casa baloncesto, también en los juegos como pasamanos o la resbaladilla, a veces salimos como a las 6 de la tarde porque no hay tanto sol”.

Prueba del Dibujo de la Familia: Al aplicar el Dibujo de la Familia se encontró que existen diferencias en cómo el participante percibe a su familia de la aplicación del diagnóstico a la de evaluación, ya que, en la última, los miembros de la familia se perciben con un semblante más alegre y con mayor energía vital en general.

En el primer dibujo, las personas aparecen separadas por bloques en los que se pueden ver tres juntos y uno solo, la persona que se encuentra aparta se refiere que es S, lo que podría indicar distancia emocional o poca comunicación con los miembros de su familia, así mismo todos las personas carecen de manos, pies y cabello, lo que indica poco interés por el contacto social. También se puede apreciar el dibujo de una casa, la cual S menciona que es la de su familia y él estaría viendo videos, el papá durmiendo, la hermana llorando y la mamá cocinando o limpiando. El trazo de este dibujo es débil lo cual podría indicar timidez o introversión, también es un trazo simétrico y anguloso lo cual podría comunicar falta o pérdida de espontaneidad y una persona que vive muy apegado a las reglas. Menciona que el integrante de la familia más bueno es su madre, porque cuida a todos y también es la más triste porque siempre está cansada. El más feliz de todos

menciona que es él mismo porque hace lo que le gusta, sobre todo cuando va los fines de semana a casa de la abuelita paterna.

En el segundo dibujo las personas aparecen más unidas, se puede apreciar que han aparecido manos, cabello y pies en todas las personas a diferencia del primer dibujo. Todos se encuentran en la playa, con los juguetes para la arena, pájaros y un sol. El orden de los miembros de la familia ha cambiado de lugar de manera que, en orden de izquierda a derecha, el padre en primer lugar, la hermana en segundo, S en tercero y la madre en cuarto y último lugar. Llama la atención que el padre tiene una línea divisoria entre él y el resto de la familia, lo cual indica distanciamiento emocional o poca comunicación con los otros miembros de la familia. También aparece el dibujo de otro niño, el cual es S, que está pescando en un muelle lo que podría indicar tendencias importantes que no puede expresar por sí mismo. El trazo es fuerte, a diferencia de la primera prueba, lo cual puede indicar mayor audacia o pasiones poderosas, la amplitud puede indicar mayor vitalidad, continúa manteniendo un trazo anguloso lo cual podría comunicar falta o pérdida de espontaneidad y una persona que vive muy apegada a las reglas sin embargo esto se ve en menor grado a diferencia de la primera prueba aplicada. En general el dibujo indica mayor actividad, unión familiar y una nueva distribución en el sistema familiar.

En la tabla 4 se presenta una comparación de los indicadores encontrados en esta prueba el diagnóstico y la evaluación.

Tabla 4.

Resultados comparativos de los indicadores de la prueba del Dibujo de la familia.

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Plano gráfico		
Tamaño	Pequeño: autoimagen de la persona insuficiente, sentimientos de inferioridad, formas autocontroladas de responder ante las presiones ambientales y retraimiento.	Normal: indican seguridad
Sección de la página	<i>Sector central:</i> representa la zona de los afectos, es la normal.	<i>Sector superior:</i> representa el mundo de las fantasías, las ideas y tendencias espirituales. Mientras más arriba huye de la realidad. Expansión imaginativa, soñadores e idealistas.
Fuerza del trazo	<i>Débil:</i> delicadeza de sentimientos, timidez, inhibición de los instintos, incapacidad para afirmarse o sentimientos de fracaso.	<i>Fuerte:</i> pasiones poderosas, audacia y violencia.

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Amplitud	<i>Trazos cortos: inhibición de la extensión vital y fuerte tendencia a replegarse en sí mismo.</i>	Trazos amplios: expansión vital y fácil extraversión de las tendencias.
Ritmo	<i>Trazos simétricos: pérdida de espontaneidad, apegado a las reglas y rasgos de carácter obsesivo.</i>	<i>Trazos simétricos: pérdida de espontaneidad, apegado a las reglas y rasgos de carácter obsesivo.</i>
Borraduras	<i>No existen borraduras</i>	<i>No existen borraduras</i>
Distancia entre los miembros	<i>Marcada distancia entre él y los demás miembros de la familia: distancia emocional y menor comunicación.</i>	<i>Leve distancia entre el padre y los otros miembros de la familia: distancia emocional y menor comunicación.</i>
Plano estructural		
Marco inmóvil o animado	Racional: dibujo de manera estereotipada y rítmica, escaso movimiento y personales aislados, predominan líneas rectas y ángulos. Inhibidos, guiados por reglas	Racional: dibujo de manera estereotipada y rítmica, escaso movimiento y personales aislados, predominan líneas rectas y ángulos. Inhibidos, guiados por reglas.

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Plano del contenido		
Valorización	<i>Primero se dibuja a él mismo y de mayor tamaño: Identificación con el personaje dibujado y valorización propia.</i>	<i>Primero dibuja al padre. Es a quien admira, envidia o teme, ocupa el primer lugar a la izquierda.</i>
Desvalorización	<i>Padre dibujado en último lugar: conflicto con el padre.</i>	<i>Madre dibujada en último lugar: conflicto con la madre, figura más chica que el padre, se menciona como la más buena y al mismo tiempo la más triste.</i>
Personajes añadidos	<i>Inexistentes.</i>	<i>Se dibuja un personaje que menciona ser él mismo pescando: representa tendencias importantes del sujeto, la cual no puede expresar directamente.</i>

Indicador	Diagnóstico	Evaluación
Componentes jerárquicos	<i>Dibujos en estratos: estrato hijo - hija, madre y padre. La representación de los personajes en planos diferentes refleja en algún grado falta de comunicación.</i>	<i>Los hijos se dibujan entre los padres: deseo de protección o dependencia.</i>
Historia	“Es una familia que está en su casa, la mamá está barriendo y haciendo la comida, el papá está durmiendo, el hijo está viendo videos y la hermana llorando”.	“Están todos en la playa, hay gaviotas y están en la arena y van a hacer castillos de arena con sus juguetes y bañarse en la playa. Hay un niño que está contento pescando en el muelle”.

Escala de Ansiedad Infantil de Spence: Construida por Spence (1997) en Australia, la SCAS es un instrumento de autoinforme al que responden los niños, el cual consta de 44 ítems. Seis ítems miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas, Spence, González, Martínez-Guerrero, Aguilar & Gallegos,2010).

Al realizar la aplicación de esta prueba, S se mostraba alegre y un poco distraído, se tomó un poco más de tiempo a diferencia de las pruebas de dibujo, ya que, por la naturaleza de esta, se necesitan leer uno por uno los ítems para poder responder como es requerido.

Los cambios entre la primera y la segunda aplicación son significativos debido a que en todos los factores hay una notable disminución en su puntuación total lo que significa que después de la intervención se presentó menor sintomatología ansiosa en el sujeto a prueba, sobre todo en el factor de ansiedad por separación.

En la tabla 5 se presentan los resultados obtenidos en el diagnóstico y después de la intervención.

Tabla 5.

Resultados comparativos de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

Factor	Puntuación Diagnóstico	Puntuación Evaluación
Ataque de Pánico/Agorafobia	5	1
Ansiedad de Separación	12	4
Fobia Social	7	5
Miedo al Daño Físico	6	4
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	9	5
Ansiedad Generalizada	11	6

Total	50	25
Puntuación T	62	51
Percentil	88%	54%

Signos y síntomas...

En la tabla 6 se presenta una tabla comparativa de signos y síntomas en la impresión diagnóstica y después de la intervención.

Tabla 6.

Signos y síntomas en la impresión diagnóstica...

Signos y síntomas presentes		
	<i>Impresión diagnóstica</i>	<i>Después de la intervención</i>
Físicos/ sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> ● Náuseas. ● Dolores de estómago. ● Vómitos. ● Dificultad para dormir. ● Disgusto por algunos alimentos. ● Molestia por el ruido. ● Temblores en situaciones de tensión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Disgusto por algunos alimentos. ● Molestia por el ruido.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Aprensivo. ● Temeroso. ● Nervioso. ● Miedo a enfermarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Miedo a enfermarse.

Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para entender las bromas o juegos de palabras. ● Dificultad para leer el lenguaje corporal del otro. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para entender las bromas o juegos de palabras. ● Dificultad para leer el lenguaje corporal del otro.
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ● Berrinches por la comida. ● Poca tolerancia a la frustración. ● Demandante de atención. ● No obedece. ● Peleas con la hermana. ● Disminución del rendimiento escolar. ● Comentarios fuera de lugar. ● Copia y habla como personajes. ● Utiliza palabras poco usuales para su edad. ● Sigue rutinas rígidas para la realización de diversas actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Peleas con la hermana. ● Comentarios fuera de lugar. ● Copia y habla como personajes. ● Utiliza palabras poco usuales para su edad. ● Sigue rutinas rígidas para la realización de diversas actividades.
Kinestésicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Manierismos ● Tics en el ojo. ● Camina ligeramente de puntas. ● Pobre coordinación motora gruesa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Camina ligeramente de puntas. ● Pobre coordinación motora gruesa.
Interacciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> ● Rechazo de la madre. ● Limitada interacción con el padre. ● Poco interés por la socialización. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Poco interés por la socialización.

Interpretación del juego:

Las primeras sesiones del juego se distinguieron por ser un juego en solitario, muy apresurado, siempre teniendo en cuenta el del tiempo de sesión y exploratorio. Conforme las sesiones fueron avanzando se vieron cambios como el invitar al terapeuta al juego, pasaron a ser juegos repetitivos, algunos con contenido agresivo y poco a poco más elaborados, con mayor expresión verbal de información personal.

Durante las últimas sesiones de juego S prefería los juegos de dominio o competencia más acordes a la etapa de desarrollo en la que se encontraba y al final del proceso terapéutico se realizó una sesión con un juego de despedida. Cabe destacar que las sesiones de juego serán detalladas en los apartados posteriores.

4.1.2 Historia clínica

A continuación, se presenta la historia clínica del participante:

- Referido por: S es llevado por su madre quien tuvo una iniciativa propia y le recomendaron el servicio.
- Fecha de inicio de evaluación: 17 de octubre de 2018
- Fuente de información: Madre y padre.

1. Ficha de identificación.

- a. Nombre: S
- b. Edad: 8 años
- c. Sexo: Hombre
- d. Estado civil: Soltero
- e. Escolaridad: Tercero de primaria.
- f. Tipo de escuela: Pública
- g. Ocupación: Estudiante
- h. Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán
- i. Fecha de nacimiento: 01/06/2010

- j. Lugar de residencia: Mérida, Yucatán
- k. Nacionalidad: Mexicano
- l. Religión: Católica
- m. Nivel socioeconómico: Medio bajo

2. Descripción física del paciente

- a. Compleción: Bajo y delgado
- b. Apariencia física: Piel blanca amarillenta, cabello café, ojos cafés oscuro.
- c. Estatura: 1.35 m aproximadamente.
- d. Señal particular: Manierismos, tic en el ojo y camina ligeramente de puntas.
- e. Forma de vestir: Normalmente utiliza shorts, playeras de algodón, tenis y gorra.
- f. Actitud ante el terapeuta: Se muestra alegre y un poco desinteresado ante la plática, no ve a los ojos, es respetuoso, tiene una buena actitud ante las pruebas psicométricas, los diversos juguetes y no le gusta dibujar mucho.

3. Datos de los padres

a. Madre

- 1) Nombre: B
- 2) Edad: 37 años
- 3) Escolaridad: Educación Media Superior
- 4) Ocupación: Ama de casa
- 5) Estado civil: Soltera, unión libre

b. Padre

- 1) Nombre: L
- 2) Edad: 37 años
- 3) Escolaridad: Educación Media Superior

- 4) Ocupación: Vendedor
- 5) Estado civil: Soltero, unión libre

c. Los padres viven: Juntos

4. Datos de los hermanos

- 1. Nombre: D
- 2. Edad: 4 años
- 3. Escolaridad: Preescolar
- 4. Ocupación: Estudiante
- 5. Estado civil: Soltera

5. Motivo de consulta

- a. Motivo por el que llegó el paciente: La madre manifiesta que el paciente dejó de comer bien, es aprehensivo, nervioso, tiene tics en el ojo izquierdo, movimientos constantes con las manos, demandante de atención, no obedece, pelea mucho con la hermana, miedo constante a vomitar y a que se enferme de nuevo de influenza, no duerme bien y debido a eso ha disminuido su rendimiento escolar, se altera constantemente por diversas circunstancias, no le gusta ir a fiestas y no convive con sus compañeros de la escuela.

6. Evaluación del problema del paciente

- a. Evolución de los síntomas: La madre de S refiere que a partir de su ingreso al tercer año comenzó a manifestar síntomas físicos al entrar a la escuela tales como, se incrementó la dificultad para dormir tranquilo durante la noche, presenta tics en el ojo, manierismos, náuseas, dolores de estómago, temblores en situaciones de tensión; así mismo se mostró más desafiante ante las normas del hogar y poca socialización escolar. Todo lo anterior se ha mantenido hasta el

momento en el que inició el proceso terapéutico, no obstante lo anterior sus calificaciones se han mantenido altas, de 9 para arriba hasta la fecha, aunque últimamente S demuestra preocupación por obtener calificaciones perfectas en todas las asignaturas.

Respecto a la relación que tiene con su hermana la madre expresa que S nunca ha tenido buena relación con ella mostrándose muy egoísta con su tiempo, atención y juguetes y que en ocasiones ha sido agresivo con ella.

- b. Nivel de padecimiento autopercebido: El paciente se muestra preocupado por su estado de salud ante las diversas enfermedades especialmente la influenza ya que manifiesta que la ha adquirido anteriormente, asimismo menciona estar preocupado por no poder conciliar el sueño fácilmente y presentar problemas digestivos. En relación con su hermana él comenta que le molestan sus llantos y nivel de voz.

- c. Explicación detallada de la evolución del problema: En el transcurso del proceso psicoterapéutico S comienza a dormir mejor por las noches, disminuir el tic del ojo, aunque sigue manifestando preocupación por adquirir ciertas enfermedades o temor por vomitar. Al avanzar las sesiones se tienen sospechas de TEA en grado 1 por lo que se le aplica un Filtro para su detección y resultan positivos varios de los indicadores de dicha prueba y también se aplican diversas pruebas para la detección de ansiedad que reflejaron altos niveles de ansiedad, por lo que al obtener todas las respuestas se les comunicó a sus padres y se les brindó la información detallada del caso de su hijo. A partir de esto la familia de S cambió significativamente su actitud para con él, sobre todo la madre quien solía ser muy exigente y aprensiva con él, lo cual provocó un impacto positivo para S ya que se sentía más alegre, menos presionado y más entendido. Varios de los síntomas físicos de S se extinguieron, se trabajó con la implementación de tareas

domésticas en las que se le pudiera implicar, así como el establecimiento de rutinas cotidianas en el hogar y algunas pautas de socialización básicas para su desarrollo con el contexto. La madre refiere que S había comenzado a demostrar una actitud positiva ante las nuevas rutinas y tareas domésticas, disminuyeron sus berrinches principalmente los referentes a la comida y al ver estos cambios ella se encontraba más tranquila al igual que el padre.

d. Descripción detallada de las áreas implicadas

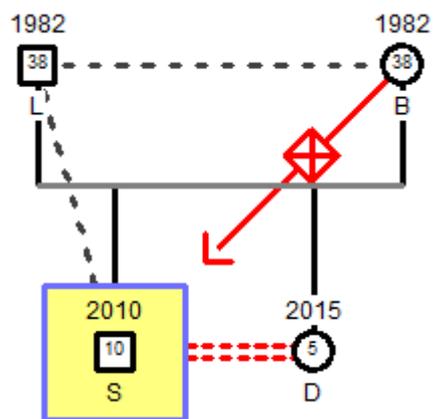
- **Cognitiva:** Adquiere el lenguaje a los 2 años, se le dificulta leer el lenguaje no verbal, entiende lo que se le dice de una forma muy literal, no entiende bromas, su pensamiento es concreto, dice comentarios fuera de lugar, presta atención a detalles poco relevantes, se le dificulta comprender los procesos abstractos de pensamiento y presenta un buen rendimiento en el ámbito escolar.
- **Afectiva:** No tolera estar con mucha gente, es cariñoso con su mamá, abuela paterna y en menor grado con su padre. Es de temperamento tranquilo.
- **Somática:** Incremento de tics, tiembla en momentos de ansiedad, dolores de estómago, alteraciones del sueño, manierismos, balanceos, torpeza motriz gruesa.
- **Conductual:** Hace berrinches, juega solo y repetitivamente el mismo juego, muestra oposición ante límites, se le dificulta hablar en primera persona, pasa mucho tiempo realizando una sola actividad, tiene rutinas para realizar ciertas actividades, copia y habla repetitivamente como personajes, se altera ante cambios, sensible a ruidos, dificultad para mantener conversaciones con temas diferentes al de su interés, repite lo que escucha y emplea palabras muy formales para su edad.
- **Interpersonal:** Presenta problemas con la hermana ya que desde que nació le ha sido difícil aceptarla y convivir con ella, en la escuela le cuesta trabajo

integrarse con los compañeros al momento de hacer equipos ya que le es difícil convivir con personas de su edad y prefiere juntarse con sus primos mayores o estar con adultos.

7. Historia familiar

a. Familiograma

(Actualizado al presente año)



b. Descripción breve de las relaciones familiares:

- *Madre*
 - Sobreprotección.
 - La madre menciona que no tiene amistades en la ciudad de Mérida.
 - Expresa haber rechazado a su hijo en algunas ocasiones porque le recuerda a su esposo.
- *Hermana*
 - A raíz del nacimiento de la hermana la madre reporta que el paciente demostró rechazo hacia la niña.
 - En algunas ocasiones S ha sido violento con su hermana empujándola o golpeándola.
- *Padre*

- El padre presenta una deformación en uno de sus brazos lo cual le impedía realizar varias actividades y la conducta del padre de decir “no puedo” era imitada por S.
- Poca interacción con el padre y cuando la hay es para jugar videojuegos.
- El padre pasaba mucho tiempo con la abuela materna sobre lo cual la esposa comentaba que su esposo tenía “mamitis” situación que le desagradaba y generaba desacuerdos entre la pareja.
- No le agradaba y casi no hubo interacción con S de bebé ya que muy pocas veces lo cargó.
- En pocas ocasiones acude a las salidas familiares que hacen los fines de semana.
- *Abuela*
 - La madre reporta que existe una mala relación con la abuela paterna de S.
 - La abuela paterna del paciente apoya económicamente a la familia.
 - A S le gusta ir a casa de la abuela porque ella le consiente ver todo el tiempo que quiera la televisión, el celular y le da de comer chucherías con refresco.
- *Primos*
 - Demuestra afinidad y preferencia por la interacción con sus primos mayores.

c. Descripción del entorno social y cultural

- S vive actualmente en una colonia al sureste de la ciudad de Mérida con sus padres y hermana y los fines de semana se encuentra en casa de su abuela con ella y sus primos mayores.

8. Historia personal

- a. Historia de desarrollo: La madre y padre de S se conocen debido a su trabajo en un establecimiento de venta de muebles y tras ellos comenzar una relación al poco tiempo B se embaraza por lo que durante esta etapa ellos comienzan a vivir juntos en la espera de S por lo que se podría decir que fue un niño no planeado ni deseado, nació a término en peso y talla normal, la madre menciona que ha rechazado a su hijo en varias ocasiones por verlo parecido a su padre, a los 2 años de edad habló, caminó dentro de lo esperado para su edad, pero destaca que a la fecha en ocasiones camina en puntillas, también a esta edad se mudan de Playa del Carmen a Mérida. Aproximadamente a los tres años se enfermó de las vías urinarias y esta fue una enfermedad delicada. A esta edad también asiste a la escuela sin mayor problema. A los cuatro años nace su hermanita hubo celos y rechazo hacia ella, así como también constantes berrinches por parte de S. A los seis años ingresa a una escuela primaria y las maestras reportan que S que tiene dificultades para la socialización, seguimiento de algunas instrucciones, era obediente a las instrucciones y se le dificultaba educación física ya que presenta poca destreza en su coordinación motriz gruesa. La madre reporta que a los siete años comenzó a abrocharse la camisa solo y estaba aprendiendo a vestirse por su cuenta.
- b. Historia de la sexualidad: Su desarrollo sexual ha sido normal sin mayor incidentes que reportar, aunque cabe señalar que a aproximadamente a los siete años preguntó cómo nacen los niños.
- c. Historia escolar: Ingresó al preescolar a los 3 años y lo cursó sin mayor incidente. A partir de su ingreso a la primaria y en el transcurso de segundo año

las maestras comenzaron a reportar poca socialización de su parte y que era un buen estudiante. Mencionan que suele permanecer en su lugar durante clases y suele terminar la tarea de primero. A partir de tercer grado las maestras reportan que él pide que lo vayan a buscar porque le duele el estómago o se siente mal y en algunas ocasiones la madre reporta que ha hecho berrinches cuando lo deja en la escuela. Durante los descansos no socializa con los otros niños y permanece sentado junto a la maestra esperando a que timbren ya que él explica que le siente miedo porque piensa que los niños más grandes van a chocar con él provocando algún accidente que lo pudiera lastimar; en el salón de clases se limita a contestar lo que le preguntan otros niños pero no hay interacción de su parte hacia los demás ya que prefiere jugar con sus útiles escolares y toma los lápices de colores y los mueve en el aire constantemente.

- d. Historia de socialización: En la escuela no tiene ningún amigo con el que prefiera convivir y las maestras reportan que le cuesta trabajar en equipo con sus compañeros. S prefiere ir a jugar al parque con su mamá, jugar los juegos de video o ver videos de YouTube. La madre comenta que no le gustan las fiestas de cumpleaños y cuando ha ido a alguna termina jugando solo o pide irse, también menciona que se relaciona mejor con personas mayores que él ya que prefiere sentarse a escuchar la plática de los adultos.

9. Historia del salud

- a. Antecedentes médicos generales: Adquiere una infección en las vías urinarias la cual fue delicada, a los siete años se enferma de influenza, comienza a rechazar algunos alimentos y esto hace que baje mucho de peso, también se reporta que tiene dificultades para conciliar el sueño a los ocho años de edad, náuseas y regurgitaciones, hipersensibilidad auditiva y gustativa.
- b. Antecedentes de tratamientos psicológicos: No se reportó ninguno.

- c. Padecimientos actuales: Náuseas, manierismos, tics en el ojo, movimientos de balanceo de un pie al otro, dolores de estómago y temblores.

10. Otros datos y eventos significativos

- a. **Gustos y preferencias:** S disfruta mucho de jugar videojuegos en especial Mario Bros y ver por varias horas videos en vivo de video jugadores de Mario Bros. También le gusta mucho ir a casa de su abuelita porque ella le da refresco, galletas, ve mucha televisión y juega en su celular el tiempo que él desee, así como platica algunas veces con sus primos mayores. Le gustó mucho ir a natación como actividad extra por las tardes, pero lo retiraron por la época de frío. S mencionó que le gustan las Matemáticas y no le gusta mucho Español. Lo que no le gusta hacer es ir a las fiestas de sus compañeros de escuela o de los compañeros de la escuela de su hermana. Juega con objetos como lápices o útiles escolares moviéndolos rápidamente en el aire en repetidas ocasiones.
- b. Nacimiento de la hermana menor: Del nacimiento de su hermanita D a la actualidad no ha expresado interés por ella y expresa que no le gusta jugar con ella, la madre también manifiesta que en algunas ocasiones S ha sido agresivo de manera verbal y física con ella y que no le tiene paciencia.

11. Impresión diagnóstica

S es un infante de 8 años quien durante el inicio del tercero de primaria presentaba múltiples afecciones a nivel físico, los cuales habían sido preocupación para su familia y maestra de la escuela ya que habían incrementado notablemente conforme pasó el tiempo, así como un bajo interés por la socialización con sus pares en el colegio. En esta etapa escolar se exigía una mayor socialización en las diversas actividades dentro del contexto escolar y S no solía tener iniciativa con sus compañeros lo cual le preocupaba, le generaba

miedo a hacer el ridículo y le provocaba ansiedad sentirse expuesto ante estas situaciones. Parte del proceso por el que S estaba atravesando era la adaptación a los nuevos cambios que estaban ocurriendo en su casa y en la escuela.

La aprensividad, exigencia y no aceptación de la madre, poca interacción del padre para con la familia y la presión de ambos para que existiese una buena convivencia entre hermanos repercutió en el aumento de los síntomas que S presentaba. También la situación se conflictuaba al ser la abuela otra cuidadora que no le ponía límites ni normas de convivencia en su casa, lo que creaba discusiones entre la madre y ésta, y entre ambos padres ya que no se ponen de acuerdo en los estilos de crianza para S.

Al recibir la información del diagnóstico que S presentaba, ambos padres manifiestan sentirse más relajados ya que asocian su comportamiento a la información brindada, sin embargo, estaban preocupados por su futuro y las adecuaciones que deberían hacer con él. Este diagnóstico no es notificado a S aún, por decisión de los padres quienes manifiestan que esperarán hasta el otro año cuando haya madurado un poco más para poderle explicar y así S pueda comprender mejor y ellos se sintieran más preparados para resolver sus dudas. Ambos padres se encuentran muy interesados en aprender todo lo relacionado a las características que su hijo posee.

El proceso psicoterapéutico de S tiene un buen pronóstico, esto se refleja en la disminución de las diferentes afecciones físicas que había estado presentado y que la explicación del diagnóstico hacia los padres ha favorecido en la dinámica familiar y avance de su proceso. Al cambiar las exigencias hacia él y la dinámica familiar, S demostró cambios actitudinales disminuyendo sus berrinches y aumentando su interés por la participación en las tareas del hogar y cuidado personal.

4.1.3 Resultados de la aplicación de Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron la prueba de Dibujo de la Figura Humana (DFH) utilizando los elementos de Karen Machover (Sánchez y Pirela,

2012), la prueba de Dibujo de la Familia con los parámetros de Louis Corman y Josep M. Lluís-Font (2008); y la Escala de Ansiedad de Spence (Spence, 1997 en Hernández-Guzmán et al, 2010) los cuales fueron descritos en el apartado de diagnóstico. Para su aplicación, se siguieron los mismos criterios y condiciones.

4.2 Sesiones de psicoterapia

Sesión 1: Entrevista inicial con B (madre de S).

Se citó a los tutores para que firmen el contrato terapéutico y el código de confidencialidad. En esta sesión acudió sólo la mamá y comentó que, por cuestiones de horario, su esposo no podía asistir.

Al terminar de completar la documentación correctamente B, comenzó a compartir información más detallada de S, menciona que tenía 8 años de edad, cursaba el tercero de primaria en una escuela pública, tenía buenas calificaciones en todas las asignaturas sin embargo, la maestra de grupo le reportó que en algunas ocasiones S, parecía no entender las instrucciones de una manera clara y eso modificaba su desempeño escolar. También le comentan que una de las razones por las que decidió pedir apoyo psicológico es porque S, durante el transcurso de las clases le comentaba a la maestra que le dolía el estómago y tenía náuseas, por lo que la madre iba a recogerlo a la escuela y al llegar a casa poco a poco se iban disipando los síntomas. Debido a esto la madre de S, lo llevó a consultar un par de veces y los médicos reportaban que no había nada inusual o anormal en él físicamente por lo que recomendaron apoyo psicológico. Menciona como antecedente médico que S únicamente había pasado por dos enfermedades graves en su vida, a los 3 años se enfermó de una infección en las vías urinarias y a los 7 años adquirió influenza.

Otros de los síntomas que B menciona notar en su hijo son que él estaba teniendo mucha dificultad para conciliar el sueño por las noches, le parecía extremadamente nervioso, parecía como estresado, sentía preocupación por enfermarse, había estado comiendo bien, pero en menor cantidad y actitudes desafiantes para con ella.

B comenta que desde que la hermana de S nació, él no mostraba interés por jugar con ella, actitudes de rechazo, no compartía los juguetes y le molestaba que llorara. Menciona también que ninguno de sus embarazos los planeó, pero sí deseados y su primer hijo lo tuvo después de haber conocido a su pareja.

Respecto al padre de S, la madre reporta que había estado teniendo conflictos con él porque no apoyaba lo suficiente en casa y cuando llegaba del trabajo éste prefería estar acostado que pasar tiempo de calidad con los hijos incluso cuando había salidas familiares. De igual manera B, tenía conflictos con su suegra, menciona que ésta última apoyaba económicamente e interfiere en la educación de S, no respetando sus decisiones de cuidado. También menciona que su pareja tenía una discapacidad motriz en el brazo lo cual ella considera que utilizaba como justificación muchas veces para no hacer diferentes cosas y porque también pensaba que tenía “mamitis”, por consiguiente, consideraba más la opinión de su madre que de B creando discusiones entre ellos constantemente. Reporta también que casi no hubo mucho contacto con S al nacer, pues pocas veces lo cargaba o atendía y en ese momento las maneras de convivio que tenían eran jugar videojuegos o ver televisión.

B comenta que ella se sentía culpable por su propio comportamiento con S ya que siempre había sido demasiado exigente con él, tenía expectativas altas de sus logros y lo sobreprotegía mucho porque tenía miedo de que algo le pudiera pasar. Menciona que ella sentía impotencia por la situación económica por la que estaban atravesando y sentimientos de soledad porque no tenía amistades en Mérida y su familia se encontraba en otro estado de la república. También tenía sentimientos de frustración porque algunas veces sentía rechazo por su hijo ya que consideraba que en actitudes se parecía a su esposo como ejemplo menciona que S decía: “yo no puedo” como lo hacía su padre para justificarse y no apoyar.

El tiempo de la sesión terminó por lo que acordamos que la siguiente sería únicamente con S, una vez a la semana y nos despedimos.

Sesión 2: Primer contacto con S.

Se encontraban S, su madre y hermana en la sala de espera de la clínica, me acerqué a ellos, me presenté y los saludé, posteriormente invité a S a entrar a la sala, a lo cual él respondió que sí y nos encaminamos a entrar.

S es un niño muy delgado, de estatura baja, de color de piel claro amarillento, ojos café oscuro y cabello café oscuro, de nariz delgada, estaba vestido con un short rojo y una playera roja.

Cuando entramos le dije que él podría elegir en donde quería que nos sentemos, él eligió las sillas pequeñas. Comencé a presentarme nuevamente, le dije que iba a estar con él los viernes y durante una hora en ese espacio, le pregunté cómo estaba y que si sabía por qué estaba ahí, a lo que él respondió que sí, porque se había estado sintiendo mal, que había estado levantándose a vomitar durante las madrugadas y menciona que él sabía cuándo comenzó a suceder, una vez llegó de casa de su abuelita (paterna). Durante este periodo me di cuenta de sus tics en ojo y brazo. Me hacía pensar que era un discurso practicado previamente, debido a que ya había escuchado de la madre la semana anterior.

Luego S, mencionó su fecha de cumpleaños a lo que le dije que la mía era muy cercana a esa. Después le pregunté qué le gustaba hacer, a lo que él dijo: “ver tele, jugar con mis amigos en la escuela, ver videos en YouTube, jugar con mi perrita y estar con mi mamá”. Sin embargo, parecía muy distraído con los juguetes a su alrededor y le pregunté si quería jugar alguno, él dijo: “los coches”. Nos acercamos a los coches y S tomó algunos y los deslizaba de manera repetitiva sobre una pista de tres pisos azul que se encontraba ahí.

Al mismo tiempo que deslizaba los coches decía que le gustaba ir a la escuela y que estaba bien ir pero que se había estado sintiendo mal del estómago desde hacía ya un tiempo y que su mamá lo iba a buscar cuando eso pasaba. Luego mencionó que su mamá era muy buena porque lo cuidaba mucho y jugaba con él a diferencia de su padre y decía no verlo mucho porque siempre estaba trabajando y que cuando lo veía estaba en su cuarto dormido.

También mencionó que se llevaba bien con la hermana y que su abuela materna vivía en otro estado de la república junto con su abuelo paterno el cual lo consentía mucho porque lo llevaba a los parques de diversiones y por comida rica. Respecto a su abuela materna comenta que la veía los fines de semana y que luego de eso en varias ocasiones se sentía mal.

El juego siguió de la misma manera constante de deslizar los coches sobre la pista, le propuse más coches, pero parecía muy concentrado en lo mismo. La conversación se detuvo y los coches también por lo que comenzó a ver los otros juguetes a su alrededor y le pregunté qué quería hacer a lo que él respondió que jugar otra cosa, entonces guardamos los coches y se aproximó a los palillos chinos que se encontraban acomodados en los juegos de mesa, los tomó y él me dijo que ya sabía jugar así que jugamos primero en la mesa pero como que no tenía buena estabilidad nos fuimos al piso y jugamos dos partidas, no le molestó el que yo ganara el juego, repetía algunos movimientos, parecía más tranquilo y pude percatarme que durante los momentos del juego casi no presentaba los tics así como que no tenía una buena motricidad fina.

Jugamos en silencio y al terminar la tercera partida le mencioné que ya era tiempo de guardar los juguetes para irnos y él acepta sin mayor comentario, cuando guardamos los juguetes él preguntó qué día era, a lo que yo respondí: "viernes" y también le pregunté el porqué de su pregunta, a lo que él contesta: "Porque quiero venir todos los viernes a jugar y a ver qué otros juguetes hay", le digo que me gustaría y que lo esperaba con mucho gusto la próxima vez. Posteriormente agarré mis objetos personales y fuimos hacia la sala de espera, la mamá parecía apurada por irse, se despidieron y se fueron.

Sesión 3: Juegos de mesa y dibujo de la figura humana.

Al llegar a la clínica S estaba sentado junto a su madre y hermana, se levantó y se aproximó a mí al verme y me dijo que estaba listo para entrar a la sala de juegos, yo saludo a su madre a la distancia, luego nos encaminamos hacia la sala. Una vez adentro S, se

sentó en las sillas pequeñas y empezamos a conversar sobre algunos juegos que juega con su mamá en casa a lo que mencionó que le gusta jugar palillos chinos, le comenté que podíamos jugar algo de eso si quería, sin embargo, antes realizar el dibujo de la figura humana a lo que él me dijo que sí. La prueba fue hecha de acuerdo a lo requerido y durante la misma S mencionó que no le gustaba mucho dibujar y lo notaba distraído por los juguetes, así que hizo el dibujo muy rápido.

Cuando terminó el dibujo se acercó al estante de juegos de mesa, agarró el de serpientes y escaleras y los palillos chinos. Comenzamos jugando el primer juego mencionado, jugamos una ronda y él ganó el juego, estaba muy emocionado. Luego decidió jugar palillos chinos, como la sesión pasada este juego fue en silencio la mayoría del tiempo a excepción de que comentó que almorzaba a la 1:15 de la tarde y se despierta las 5:50 de la mañana para ir a la escuela también comenta que le gustaba la navidad; jugamos dos rondas una él la ganó y otra yo.

Él me dijo que comenzaremos a guardar los juguetes porque el tiempo de la sesión ya estaba por terminar, a lo que yo le dije que estaba bien. Guardamos los juguetes y salimos de la sala, su mamá parecía con prisa por salir por lo que se despidió muy rápido y se fueron.

Sesión 4: El restaurante y Dibujo de la familia.

En esta sesión S vestía de la manera habitual, con un short, playera y una gorra roja. Al verme sonrió y corrió a tomarme de la mano para entrar al consultorio. Una vez adentro le pregunté cómo le había ido en la semana a lo que él responde que bien y que se había estado sintiendo mejor del estómago durante esos días. Le comenté que me alegraba mucho que así fuera y le pregunté si antes de jugar lo que él deseara, podíamos hacer un dibujo; a lo que él contestó que sí.

Nos sentamos, le di una hoja en blanco, un lápiz y un borrador, le pedí que dibujara a una familia. El comenzó rápidamente a trazar el dibujo requerido, al terminar me contó quienes

eran la familia y lo que estaban haciendo. Cuando concluyó con la historia comenzó a ver hacia los juguetes y se dirigió hacia los contenedores de juguetes y abrió varios cajones hasta que encontró alimentos como frutas, verduras, leche, huevo, entre otros. Tomó los alimentos y los llevó hasta donde estaba la cocinita, de pronto comenzó a hacer como que lavaba las verduras y acomodaba los otros en las gavetas de la cocinita. Me preguntó si había trastes para poner la comida, yo le dije que sí que seguro estaban en los otros cajones, comenzamos a buscar y yo se los iba pasando y él los iba acomodando.

Pasó un tiempo haciendo esto hasta que fue sirviendo los plato de comida en la mesita y luego se dirigió a los cajones a buscar unos muñecos, los cuales acomodó en la mesa junto a los platos con alimentos que ya había servido y comenzó a hacer sonidos parecidos a murmullos como si fueran los muñecos quienes los hicieron.

Hasta ese momento no me había invitado a jugar pero aceptaba mi ayuda, entonces tomé una muñeca y como si fuera ella le dije: “¿Qué haces?”, él respondió: “Estoy atendiendo a los que vienen a comer”, luego le dije: “Wow que padre, ¿Puedo ayudarte?”, él me dijo que sí y le pregunté: “¿Cómo te ayudo?”, él me dijo: “puedes lavar los trastes, porque están muy hambrientos y les tengo que dar más comida”, le dije que claro que sí.

El juego se fue desarrollando de manera que él cocinaba, servía la comida en platos, las servía, los muñecos la comían y algunas veces pedían más y otras ya estaban muy llenos de tanto comer, al terminar me ponía los trastes para lavar y en algunas ocasiones me mandaba a buscar más comida porque ya se había terminado la que había. Todo este juego se repetía una y otra vez de manera demasiado apresurada.

Él regularmente se fijaba en el reloj de pared y me decía que ya casi se iba a terminar la sesión por lo que debíamos recoger, luego de esto él me dice: “El restaurante va a abrir el otro viernes” a lo que le respondo: “aquí estaré lista para apoyar con lo que me pidas”, terminó la sesión, así que lo acompañé hasta la sala de espera, saludé a su madre con la mano y ellos se retiran.

Sesión 5: El restaurante y encuadre con B.

Al abrir la puerta del consultorio S va directo al cajón y comienza a buscar todos los alimentos y muñecos que utilizamos la vez pasada para jugar al restaurante, los acomodó y comenzó el juego como la vez pasada únicamente que en esta ocasión arriba de la cocinita había un muñeco del Señor cara de papa, cosa que le llamó la atención, lo miró, lo agarró y le cerró los ojos para luego colocarlo de nuevo arriba de la cocinita. Le pregunté quién era ese nuevo muñeco y él me dijo: “Es el señor cara de papa y está durmiendo, por eso no hay que hacer tanto ruido”, le pregunté: ¿Cómo es que está durmiendo?”, él dijo: “Porque se levanta en la madrugada a estar así (puso los brazos encima del estómago y cara de desagrado o dolor) entonces lo vamos a dejar dormir” a lo que le respondí que estaba bien que lo dejemos dormir.

S iba diciendo durante el juego: “los clientes están muy hambrientos, no hay nada más así que esto van a comer (mientras les asentó los platos con algo de comida en la mesa)”. El juego continuaba siendo muy apresurado cuando de pronto él dijo: “¡Oh!, el Señor Cara de Papa despertó, vayan los dos a buscar más comida” entonces fui a buscar más juguetes que pudieran servir de comida, se la entregué y él puso al señor Cara de Papa en la mesa y le dijo: “ahora que ya dormiste y te sientes mejor come esto (mientras le asentaba un plato con comida)”, hizo sonidos como si estuviera masticando y dijo: “muchas gracias”, él le levantó el plato al Señor cara de papa y el juego comenzó a ser un poco menos apresurado después de esto siempre siguiendo la misma dinámica.

Le indiqué que por hoy ya teníamos que guardar los juguetes porque iba a conversar con su mamá un ratito a lo que él accedió, guardamos los juguetes y él dijo: “El restaurante es mi lugar favorito porque puedo hacer todo ahí y todo es jugar”. Salió del consultorio y fue a sentarse a la sala junto a su hermanita y su madre B se aproximó hacia el consultorio.

Una vez dentro del consultorio B y yo comenzamos la conversación, le pregunté: “¿Cómo has estado B”?, ella me responde: “Bastante cansada con todas las cosas que

tengo que hacer de la casa, ando molesta con mi esposo porque siento que no me ayuda mucho y es demasiado lo que hay que hacer con los niños y toda la casa, él sólo trabaja, duerme, juega Xbox y va a ver a su mamá pero también me siento más tranquila con los malestares de S, ya ha estado durmiendo mejor. Solo me ha estado dando un poco de lata en la escuela que alguna vez me piden ir a recogerlo porque se siente provocado o con dolor de estómago y al llegar a casa mágicamente se siente mejor y se pone a jugar Xbox, ver televisión o estar en el celular y también ha estado un poco más mal contestón de lo normal”. Le respondo que me da gusto saber que poco a poco S va durmiendo mejor y que espero siga mejorando también le comento que espero logre mejorar la relación con su esposo y que de preferencia cuando tuvieran algún desacuerdo sea en un espacio en donde no se encuentren los hijos. Ella asiente con su cabeza, dice: “muchas gracias, ¿cómo ve a S?”, le comenté: “durante las sesiones he podido ver que es probable que los dolores de estómago y el insomnio se deba a niveles de ansiedad elevados, aunque para estar más segura de que esto es así me gustaría aplicarle algunas pruebas para confirmar lo que le acabo de comentar, así como para tener más información complementaria. Me gustaría aplicarle unas pruebas para medir su coeficiente intelectual, atención y memoria y una escala de ansiedad, ¿está usted de acuerdo?”, ella responde que sí que lo que considerara y fuera necesario. Nos despedimos, concluyó la sesión y se retiraron.

Sesión 6: Los títeres y WISC-IV.

En esta sesión al llegar al consultorio S decidió ir a buscar nuevos juguetes entre los cuales le llamaron la atención un maletín con instrumentos de doctor y unos muñecos, enseguida tomó la inyección y comenzó a inyectar a los muñecos y decía: “Los voy a inyectar para que ya no tenga influenza” a lo que yo le pregunté: “¿Cómo es que los estás inyectando contra la influenza?”, él respondió: “Porque así los cuido para que no se enfermen de nuevo, cada año hay que hacerlo para evitarlo, a mí una vez me dió influenza y me sentía muy mal, por eso cada año me llevan a que me inyecten. ¿Te puedes enfermar dos veces de influenza?” a lo que le respondo: “Sí, sí te puedes enfermar dos veces, pero si

te vacunas todos los años entonces es muy probable que no te enfermes de eso de nuevo, ya estarás protegido”.

Dejó los juguetes del doctor en donde los agarró y se aproximó al estante en donde había unos títeres de personas, comenzó a verlos y tomó varios, al principio una mujer y un niño. Me dió a la títere mujer a la cual llamé Cinthia y él tomó el del niño al cual llamó José, comenzó a hacer sonidos: “la la la” (mientras los movía de lado a lado), de pronto dijo: “hace falta una hermana” (toma un títere más en forma de niña) y dice: “Se llama Sara y es huérfana” mientras se acercaba a la casita de juguete he intentaba meter los títeres dentro de la casita sin embargo no daban por el tamaño, por lo que por fuera simulaba que estaban dentro de la casita.

Comenzó entonces a decir: “Sara se encontró con José y pueden estar juntos y entrar en la casa, pero no dan y se mueve mucho” (describiendo lo que veía). Mientras tanto yo estaba ahí acompañándolo en el juego, sonriéndole en los momentos en los que me dirigía la mirada de vez en cuando, cuando de pronto dijo: “¡Ah, pero necesitan un papá”, así que se aproximó al estante a buscar un personaje con apariencia de varón, tomó el títere, lo sentó en un costado de la casita y lo dejó ahí! Luego en un estante cercano vió asentadas unas tijeritas miniaturas de plástico, las tomó y comenzó a tirarlas una ventana de la casita, luego las recogía, desordenaba todo dentro de la casita y luego la tiraba de nuevo por una ventana, esto sucedió varias veces mientras él seguía diciendo: “la la la” luego le pregunté: “¿Qué hacen las tijeras?” a lo que él me contesta: “Hacen que todo funcione (apuntando la casa)”, siguió haciendo: “la la la” mientras yo seguía ahí acompañándolo hasta que él dijo: “Y ya”.

Para esto ya había transcurrido la mitad de la sesión por lo que le pregunté: “¿Quieres jugar a resolver unas actividades? y él me dijo que sí, entonces recogimos los juguetes, los ordenamos en su lugar. Nos sentamos en las sillas y comencé a explicarle cómo iban a ser las pruebas del WISC-IV, él parecía emocionarse al hacer ese tipo de pruebas, por lo que logramos terminar la mitad de la prueba.

Cuando el tiempo terminó y me ayudó a recoger lo que utilizamos para las pruebas me preguntó: “¿Podemos volver a jugar a esto?” a lo que le respondí: “Claro que sí, la otra semana podemos jugar a esto, te parece”, él contestó efusivamente: “Sí”. Ya saliendo del consultorio le dije: “bien jugado” a lo que él reacciona esbozando una sonrisa y nos despedimos sacudiendo la mano en el aire.

Sesión 7: Los exámenes y WISC-IV.

En esta sesión S acude en tiempo y forma como siempre y al entrar al consultorio se dirige a la sillas en donde habíamos hecho el WISC-IV la semana pasada y me preguntó si íbamos a jugar con las pruebas de la semana a lo que le respondí que sí mientras sacaba las pruebas necesarias. Se desarrolló en tranquilidad la aplicación de la prueba y él parecía disfrutarlo, al terminar la aplicación me ayudó a guardar los materiales que utilizamos.

Me preguntó: “¿Ahora que vamos a jugar?”, yo le respondí: “Lo que tú quieras”, él se levanta de la silla y comienza a pasear por la sala, se acerca al estante en donde estaban los juegos de mesa y le llama la atención un bote transparente que contenía unas figurillas plásticas en forma de números, las agarra y las lleva a la mesa, abre el bote y saca todos los números. Poco a poco comienza a acomodarlos de manera que estaba formando operaciones algebraicas de suma, resta y multiplicación. Le pregunté: “¿Qué es lo que estás formando?”, y él me responde: “sumas, restas y multiplicaciones porque tengo examen de matemáticas pronto y quiero repasar para salir bien”, entonces comencé a ayudarlo a localizar los signos o números necesarios cuando me lo pedía y le confirmaba o negaba si la respuesta de la operación era correcta, que en su mayoría eran atinadas las respuestas.

Así estuvimos jugando lo que quedaba de tiempo en la sesión hasta que guardamos los juguetes, él me dijo: “gracias por ayudarme a estudiar, me siento más preparado”, le respondí que me gustó mucho jugar con él ese día y nos despedimos.

Sesión 8: La cárcel y Neuropsi

Al comenzar esta sesión, S parecía un poco alterado y con muchas energías así que le pregunté qué era lo que quería jugar, él comenzó a ver los juguetes que había en el consultorio y eligió un juguete de una cárcel y también a tres muñequitos. Él se sentó en el suelo y comenzó a decir: “¡Oh no! el malo se ha salido de la cárcel hay que atraparlo”, agarró uno de los muñecos y comenzó a pasear por todo el consultorio mientras que decía: “¿En dónde estará?, ¿Lo has visto?” a lo que le digo que aún no lo veía pero que me parecía haberlo visto por ahí (mientras señalaba un lugar en el consultorio) y él comenzaba a buscar por diferentes lados, hasta que vio unos coches y puso ahí a su muñeco y me dijo: “ven, ayúdame a buscarlo”, yo agarré la muñeca que ya había utilizado en el restaurante y le dije efusivamente: “sí yo te ayudo a buscarlo”. Cada quien subió a un auto su personaje y comenzamos a pasear en los autos por el suelo y las paredes.

De pronto él dijo: “Ya lo vi, ahí está. Lo voy a atrapar”, se aproximó al muñeco que se había escapado de la cárcel y lo agarró mientras simulaba un forcejeo hasta que logró meterlo a la cárcel y dijo: “Aquí vas a quedarte. Uff al fin lo regresamos a la cárcel”, a lo que yo le respondo: “¡Eso buen trabajo compañero!” (mientras le extendía la mano para chocar las palmas).

Luego de este juego ya parecía más tranquilo y le pregunté si quería jugar a las pruebas y me dijo que sí. Hacemos la aplicación del Neuropsi sin mayor complicación y finalizamos la sesión.

Sesión 9: La cárcel y Spence.

Al iniciar esta sesión S comentó que le gustaría jugar lo mismo que la vez pasada por lo que desarrollamos un juego muy similar al anterior, fue muy divertido la única variación fue que en lugar de villano ya había tres y cerraba los ojos al sacarlos de la cárcel y los arrojaba en el consultorio para que él no pueda ver en dónde caían. Pasado un tiempo de este juego encuentra entre los juguetes un cofrecito con monedas adentro a lo cual él le llama “Cofre del tesoro”, agarró el cofrecito del tesoro y lo metió adentro de su cochecito y

dijo: “Hay que intentar que los rateros no se roben nuestro cofre del tesoro” y siguió el juego buscando a los villanos y encerrándolos en la cárcel.

En el tiempo que quedaba de la sesión le aplique la Escala de Ansiedad de Spence, presentó un buen comportamiento y agrado por contestar la prueba como siempre en ese tipo de actividades.

Al terminar la aplicación, recogimos y ordenamos todo lo necesario y nos despedimos como usualmente lo hacíamos.

Sesión 10: Un día de escuela.

En esta ocasión fui a la escuela de S a observar su comportamiento en general, su socialización con compañeros de su misma edad en el ambiente escolar así como entrevistar a la maestra sobre el rendimiento escolar de S y cualquier otro dato relevante que aportase al psicodiagnóstico.

Al entrar al salón de clases S me miró, sonrió, corrió a agarrarme la mano. La maestra me indicó el lugar en donde me sentaría en el transcurso del día, S me acompañó hasta la silla, ahí le comenté que hasta el recreo íbamos a poder platicar, él asintió con la cabeza. La maestra siguió diciendo las instrucciones de la tarea que estaban por hacer y S se dirigió a su silla, sacó su libreta y comenzó a realizar la tarea que la maestra pidió.

Durante toda la primera parte de la mañana hasta antes de que los niños salieran al recreo S nunca se paró de su silla, cuando terminó con la asignación cerró su libreta y agarró un color y comenzó a moverlo rápidamente en la mano; esta acción duró aproximadamente 5 minutos. Luego agarró algunos de sus útiles escolares como su sacapuntas, goma de borrar entre otros y comenzó a ordenarlos en su pupitre y con otra goma de borrar intentaba derribar los otros objetos como en un juego de boliche simbólico. Mientras esto ocurría la mayoría de los niños a su alrededor jugaban entre ellos, algunos parados en el salón de clases y otros desde sus pupitres, en dos ocasiones una niña le preguntó algo a lo que su reacción fue limitada a contestarle sin dirigirle la mirada ni el cuerpo.

El momento del recreo comenzó cuando sonó el timbre y todos los niños comenzaron a sacar sus alimentos y a salir del salón, a la maestra le correspondía hacer su guardia junto a su salón de clases y S al agarrar sus alimentos se dirigió cerca de su maestra y se sentó junto a ella. Yo le acompañé durante el momento de la comida y platicamos un poco sobre lo que le gustaba hacer de la escuela, él me dijo que le gustaba hacer su tarea de Matemáticas. Yo le pregunté si usualmente se sentaba en ese mismo sitio a lo que él me contestó que sí, también le pregunté si usualmente le enviaban su desayuno a lo que él me respondió que sí.

Como yo no llevaba alimentos le pregunté a S si me acompañaba a la tienda de comida de la escuela y me dijo que estaba bien. Al terminar su desayuno cerró su bolsita y la colocó en su pupitre, me tomó de la mano y se colocó muy cerca de mi durante todo el trayecto pues habían varios niños corriendo y jugando alrededor, por lo que pasaban cerca de nosotros, al mirar a S parecía un poco asustado a lo que le pregunté si en algunas ocasiones había ido a comprar a la tiendita de la escuela y me dijo que sí pero que en una ocasión un niño más grande se impactó con él y desde eso ya no frecuentaba la tiendita.

Al llegar a la tienda pedí una comida y le pregunté a él si quería algo y me respondió que sí, que quería unos dulces que traían un juguete. Regresamos al salón de clases porque sonó el timbre y todos los niños comenzaron a ir a sus salones, S entró al salón y se sentó en su pupitre, la maestra explicó un tema de Matemáticas y luego les marcó una tarea y les pidió que al terminar se la llevaran a su escritorio. En el transcurso de la explicación y durante la tarea S se veía concentrado, permanecía sin hablar con nadie y siempre en su pupitre siguiendo y realizando las instrucciones de la maestra con excepción de algunas interacciones que tuvo con la compañera junto a él que le preguntaba cosas respecto a la tarea, en esos momentos S se limitaba a contestar lo que le preguntaban únicamente.

La primera persona en entregar la tarea fue S, quien después de eso regresó a su pupitre y sacó el juguete que le trajo su dulce y comenzó a jugar con eso. Después de un tiempo antes de la salida, me dirijo a la maestra para conversar sobre S, lo reportado fue lo siguiente: "S usualmente permanece en su lugar durante todo el día independientemente si

sus compañeros están corriendo por el salón, suele jugar con sus colores moviéndolos entre sus dedos, también juega con sus otros útiles escolares, tiene un buen rendimiento en general y suele entregar sus tareas bien realizadas, no socializa mucho con sus compañeros más que cuando ellos le hablan, todos los días desayuna junto a mi junto al marco de la puerta del salón, no le gusta mucho participar en educación física, el maestro de dicha asignatura lo incentiva a participar sin embargo ha notado que le cuesta mucho trabajo hacer actividades como cachar la pelota y rebotarla, también reporta que en algunas ocasiones S suele preguntarle a la maestra las instrucciones de las asignaciones porque no las entiende por completo y que en varias ocasiones ha tenido que hablarle por teléfono a la madre de S para que lo recoja en la escuela porque reporta sentirse mal del estómago y sentir náuseas.

Al terminar la conversación con la maestra le agradezco su tiempo y me despido de ella y de S.

Sesión 11: Filtro de asperger.

En esta sesión tuve devolución de la información con la madre y también se aplicó el Filtro de Asperger de la Asociación Mexicana Enlace Autismo. Los resultados no se compartieron ese día sino hasta que fueron analizadas todas las pruebas aplicadas durante el diagnóstico.

Sesión 12: Resultados del diagnóstico.

Para esta sesión ya se tenían listos los resultados del diagnóstico, tuve una sesión de devolución con la madre de S. Se le compartieron y explicaron los resultados de las pruebas aplicadas que fueron dibujo de la figura humana, dibujo de la familia, escala de ansiedad de Spence, WISC-IV, Neuropsi y el filtro mexicano de asperger.

Se recomendó seguir con la intervención para tener resultados favorecedores, así como para esclarecer más información que aún no se tenía.

Sesión 13: El mundo de Mario.

Al inicio de esta sesión S se veía muy emocionado, en esa ocasión comenzamos platicando sobre cómo había estado, a lo que él mencionó que muy bien, le pregunté sobre sus amigos para indagar un poco más sobre el área de socialización a lo que él me responde que tiene treinta amigos, supuse que eran sus compañeros de salón.

Me di cuenta que tenía una gorra roja de Mario Bros y le pregunté si le gustaba Mario Bros y él me dijo que sí, que Mario Bros es su personaje favorito entonces le pregunté cómo podríamos jugar al mundo de Mario y él me dijo que sería como pasar diferentes misiones.

Había diferentes mundos en donde había que lograr un objetivo, yo elegí ser una Barbie, era la misma que había usado los juegos pasados para representarme como su compañera dentro del mundo, comenzamos utilizando los coches para trasladarnos dentro del consultorio. Él eligió ser un policía títere y dentro del juego se convirtió en mi jefe, yo le apoyaba en las misiones.

Había un antagonista que quería robarle sus cofres del tesoro con unas redes malignas sin embargo él guardaba los cofres del tesoro dentro de su automóvil de juguete y confiaba en mí para guardarlos.

De pronto miró la casita y se fue a estacionar ahí con su coche, vio que tenía un perrito dentro de la casa y lo sacó de la casa. Preguntó por el papá y la mamá. A todos los puso a dormir en sus camas. De pronto se completó la misión y surgió la de los changos locos en la que jugamos el juego de mesa de los changos locos, ahí mencionó la historia de una vez que fue al zoológico con su mamá y le robaron su sombrilla a lo que los dos reímos mucho.

Durante los juegos ya no se presentaba pendiente durante la hora y presentaba menos manierismos y tic 's de los ojos.

Sesión 14: El mundo de Mario nueva versión.

En esa sesión comenzamos a jugando con el pizarrón y él me enseñó que sabía hacer la fecha del día de hoy, la cual escribió en el pizarrón, pero como no le pareció atractivo este juego lo dejó y le dije que si quería dibujar algo y él dijo que sí posteriormente dibujó a su familia en una hoja de papel.

Seguimos a jugar al mundo de Mario Bros de nuevo en el que él era policía y encarcela a los malos que iban habiendo durante todo el juego sin embargo en esa ocasión había un juguete de niña que estaba en la casita y era mala según él porque “ella siempre quería hacer su voluntad” a mí me hizo pensar en la hermana pequeña de S.

Durante este juego S se tomaba más tiempo para hacer el juego más elaborado a diferencia de otras veces. Cuando el juego del mundo de Mario Bros se repitió varias veces S me dijo que quería jugar con los coches, se acercó a la pista de coches que tenía tres niveles y dijo: “este nivel es el de hablar (señaló el nivel más alto de la pista y cercano a nosotros), este nivel es de comer (señaló el nivel de la pista de en medio) y este otro el de dormir (señaló el primer nivel de la pista que topaba con el suelo). Luego de hacerme saber esto comenzó a poner varios coches en los diferentes niveles y manipulaba los coches por la resbaladilla que tenía la pista, le pregunté qué era lo que hacían los coches, él me respondió: “se están preparando para que los lleven al car wash mientras seguía bajando todos los autos y formándolos en una fila en el suelo.

una vez que había puesto todos los cochecitos en una fila el tiempo se acabó, recogimos los juguetes que jugamos. S parecía muy feliz durante la sesión, lo noté más directivo que de costumbre y hasta llegaba a notar ciertos cambios de expresión emocional dependiendo de lo que se estuviera jugando.

Sesión 15: Psicoeducación.

A esta sesión únicamente acudió B como habíamos quedado y se le explicó que había sospechas de que su hijo tuviera TEA sin embargo, le recomendé que lo

diagnosticaran con otras pruebas en un lugar más especializado cuando ya se haya finalizado la intervención en curso.

Le expliqué a B qué era el TEA, los niveles y comportamientos observados en su hijo y le pedí que ella observase durante su tiempo de convivencia en casa. También le expliqué algunas maneras más sencillas para dar instrucciones en casa y con la maestra de la escuela.

Hablamos sobre lo que B estaba sintiendo respecto a las sospechas del TEA a lo que ella menciona que se siente más relajada porque se resolvía a ella misma la duda de ¿porque veía a S diferente a los demás niños? y expresó sentirse bien con lo comentado y que iba a trabajar en la aceptación hacia su hijo porque ella misma reconocía que no lo aceptaba del todo, la sesión finalizó.

Sesión 16: La casita.

Al entrar al consultorio S se dirigió a elegir algunos juguetes para acomodarlos en la casita, los cuales eran una mamá, un papá, una hija pequeña y un hijo. Primero acomodaba y ordenaba todo en la casita tanto los muebles como los muñecos luego el juego consistía en que el hijo desordenaba absolutamente todo dentro de la casita y el personaje de la mamá decía: “¿Qué pasó aquí? por favor acomoda y pon todo en su lugar” y posteriormente S como el personaje del hijo ordenaba todo de nuevo. Luego se ausentaban los padres y se desordenaba todo en la casa. Este juego se repitió durante varias veces con algunas variantes durante una ronda los hermanos discutían por quién era el que había desordenado, en otras el papá llegaba y les gritaba a todos para posteriormente irse a dormir y en otras los padres discutían.

El tiempo de la sesión finalizó por lo que recogimos los juguetes y nos despedimos con la mano.

Sesión 17: La casita y la cárcel.

Al iniciar esta sesión S me comenta con una sonrisa que había hecho una travesura, había escondido el cinturón que su mamá utilizaba para asustarlo cuando le pedían que hiciera algo y no lo hacía. También me mencionó que una de sus tías estaba enferma de un virus que él desconocía.

Decidió que jugaríamos a la casita de nuevo, estaban todos los integrantes de la vez pasada sólo que la variante de esta ocasión fue que por las noches un ladrón visitaba la casita y podría robar la casa entonces los policías pasaban a ver que sucedía en la casa, los ladrones no lograron entrar porque la policía los estaba vigilando.

En esta ocasión la niña de cuatro años era mala porque desordenaba los juguetes y le echaba la culpa al hermano, hasta que un momento del juego un cubo mágico hace que la hija se convirtiera en una mujer de 32 años que era mala y su maldad era desordenar todo en la casa en la que había problemas siempre. Dentro de esa misma casa el papá de la familia resolvía a gritos las situaciones que se presentaban y la mamá decía que estaba cansada de cuidar a los hijos y se iba a dormir.

En las sesiones anteriores S se había percatado que en un estante había unas copas miniaturas de juguete y en la sesión en curso dijo que quería ganar una de las copas y podía ganar si lograba meter a los malos a la cárcel. Dentro de la cárcel había dos muñecos uno era malo y el otro era bueno, el bueno se casó con una muñeca y tuvieron un hijo, aunque eso fue algo que sólo mencionó, luego el malo regresó a la casita y comenzó a desordenar todo, en esta ocasión le ayudé a encerrar al malo en la cárcel entonces pudo ganar el trofeo tras ordenar la casita de nuevo.

Durante ese juego de la cárcel me comentó sobre una situación en la que lo molestaron en la escuela porque un niño lo tomó de su camisa y lo jaló de la camisa y lo que S hizo fue acusarlo con la maestra. Yo le pregunté cómo se sentía por lo sucedido, él me comentó que en ese momento estaba asustado y un poco molesto luego le hablé sobre algunas recomendaciones para sobrellevar ese tipo de situaciones. La sesión terminó por lo que recogimos los juguetes, salimos del consultorio y nos despedimos.

Sesión 18: La casita, estación de policía y los animalitos.

En esa ocasión S se percató de que la casita está desordenada, lo cual lo altera un poco y comienza a ordenarla, enseguida me pidió que nosotros (policía y muñeca) construyéramos algo para vivir porque necesitábamos una casita como la de la vez pasada entonces sacamos los mega bloques de la estación de policía y comenzamos a construir, una vez armada la estación de policía que era nuestra casa, él dice que necesita una mujer de la cual se enamora y se llamaba Sofía, comienza entonces a jugar con ambos muñecos como si estuvieran platicando y andando juntos, no le pone nombre al policía luego tuvieron una hija bebé (este último juego tiene una duración muy corta de tiempo).

Al terminar el juego anterior él se dirigió a la casita a ordenarla luego fué a buscar los otros personajes con los que solíamos jugar en la casita que eran la mamá, el papá y la hermana y junto a la casita sitúa una cárcel, figuras de varios “villanos” y coches grandes para transportarnos de un lugar a otro en la habitación.

Volvió a desordenar la casa y el policía buscaba a los malos para encerrarlos en la cárcel, este juego sucede dos veces más y en una ocasión menciona que una señora se dedicaba a sus compromisos que era ir a beber refrescos con las amigas y la mamá no trabajaba para cuidar a la bebé. Este juego concluyó porque se percató que en un estante había unos ositos en una manta, esos ositos tenían la cara diferente denotando varias emociones y en la manta estaban los nombres de las emociones entonces S empezó a acomodarlos en cada uno de los nombres, sin embargo, no logró hacerlo correctamente con todos los ositos le expliqué las facciones de los ositos que significaban y lo corrigió.

Al acomodar todos los ositos en la manta S comenzó a buscar más juguetes en el consultorio hasta que los animales le llamaron la atención y comenzó a sacar algunos, yo le pregunté si podía formar una familia de animales y él lo hizo, eligió un león para el papá, un pulpo para la mamá, un perro para el hijo mayor y un pez para la hija y dijo que todos iban a ir al lavadero del amigo del papá, el tiempo concluyó por lo que guardamos todo en su lugar, salimos del consultorio y nos despedimos.

Sesión 19: Psicoeducación segunda parte.

Para esta sesión sólo acude B a la sesión comenzó comentándome que se sentía mucho más tranquila con la percepción y exigencias que tenía respecto a su hijo, que había corroborado muchos de los síntomas que poseen los niños con TEA y que había estado investigando en internet respecto al tema.

También me comentó que veía a S mucho más tranquilo, que sus ciclos de sueño se habían regulado, su dolor de estómago y náuseas no se habían estado presentado ni en la casa ni en la escuela sin embargo que en algunas ocasiones había tenido berrinches por situaciones que se presentaban de pronto, le comenté una manera más adecuada para abordar los cambios que implicaban a S. Mencionó también que los tics en el ojo habían disminuido pero que los balanceos de pie a pie persistían.

Me comentó que seguía teniendo muchas discusiones con su suegra, y con su esposo también por los mismos desacuerdos que sucedían cada fin de semana con la suegra. La mayoría de las discusiones eran porque a S le daban alimentos chatarra y poca supervisión del contenido que consumía en internet y en la televisión. También mencionó que su esposo quería ir a una sesión para que conversara conmigo sobre la impresión diagnóstica de S.

Quedamos que durante las sesiones siguientes iba a trabajar con S la segunda aplicación de pruebas para medir el avance de la intervención y habría devolución de la información después de haber cotejado los resultados, aproximadamente dentro de las siguientes tres sesiones. La sesión finalizó, salimos del consultorio y nos despedimos.

Sesión 20: Boliche y soldados.

Entramos al consultorio y S se dirigió a la casita y en esta ocasión únicamente la observó y luego siguió observando los diversos juegos en los estantes hasta que un juego de boliche llamó su atención, me pidió que lo bajara y me preguntó cómo lo podíamos jugar, le expliqué cómo se ponían los bolos y las instrucciones del juego.

Comenzamos a jugar y noté que le costaba mucho tirar los bolos porque no coordinaba muy bien el movimiento de agarre de la bola y el lanzamiento correcto para que rodara por el suelo, sin embargo, decidí echarle porras siempre mientras era su turno y celebrarle cada vez que lograba tirar algún pino.

Poco a poco fue mejorando al tirar los pinos, formamos un equipo de nosotros dos contra los pinos, luego él sugirió que le añadiéremos dificultad al juego por lo que comenzó a buscar entre los juguetes soldaditos y otras figurillas y las fue acomodando en el suelo de diversas maneras. El juego seguía consistiendo en tirar con la bola de boliche las figurillas y entre los dos nos echábamos porras y celebrábamos cada vez que lo lográbamos.

Cuando el tiempo de la sesión estaba por finalizar yo le avisé a S y él dijo que había pasado demasiado rápido el tiempo porque nos estábamos divirtiendo un montón, recogimos los juguetes, salimos del consultorio y nos despedimos.

Sesión 21: Boliche, DFH y DF.

S entró directo al consultorio, estaba sonriendo mucho y corrió hacia el juego de boliche, comenzó a acomodarlo en el suelo y me dijo que quería jugar como la vez pasada, ambos seguíamos echándonos porras y celebrando cada vez que lográbamos derribar un objetivo y así lo hicimos durante un periodo de tiempo.

Una variante del juego durante esta ocasión fue que cambiamos la bola de boliche por una pelota más chica y finalmente guardamos el boliche y jugamos con canicas y las estatuillas únicamente siguiendo la misma dinámica de derribar luego recogimos los juguetes para utilizar los últimos minutos de la sesión y le pedí a S que hiciera el dibujo de una persona y el de una familia, con lo anterior terminamos la sesión, salimos del consultorio y nos despedimos.

Sesión 22: Voleibol, el saludo y Escala de Ansiedad de Spence.

Al entrar al consultorio S me preguntó qué podríamos jugar mientras buscaba entre los juguetes del estante, su mirada se detuvo cuando vio una pelota un poco más grande y

suave que las que habíamos jugado anteriormente, agarró la pelota y me preguntó qué podíamos jugar, yo le respondí que podríamos jugar diferentes cosas como quemados, botar la pelota, hacer malabares, voleibol y él me dijo que le gustaría jugar a voleibol porque nunca había jugado.

Comencé a explicarle cómo se juega voleibol, al principio se le hizo un poco complicado entonces nos pasamos la pelota tirándola de un lado al otro, cuando se hizo un poco más hábil ya comenzamos a golpearla con ambas manos cada vez que llegaba a nuestro sitios, jugamos esto durante un tiempo. mientras íbamos jugando me comentó que a él no le gustaba ir mucho a la clase de educación física en la escuela, le pregunté por qué y me dijo que no era bueno y que a veces no sabía cómo iniciar conversaciones con sus compañero u otras personas y por eso prefería quedarse solo.

Cuando terminamos de jugar voleibol le enseñé cómo comenzar una conversación con una persona de su edad y cómo reaccionar a una persona mayor, haciendo el contacto visual y saludando con la mano. Esto lo practicamos un par de veces entre nosotros.

Unos minutos antes de que terminara la sesión le pregunté a S si me podría contestar unas preguntas que estaban en unas hojas a lo que él me contestó que sí y respondió la escala de ansiedad infantil de Spence.

Sesión 23: Acuerdos en casa.

Es la primera parte de la sesión B es con quien comienzo, platicamos sobre cómo había visto el comportamiento de S en casa, ella me comenta que se siente cada vez más tranquila sin la necesidad de presionar a S como antes solía hacerlo y que había estado un poco preocupada por el futuro de S, sobre todo si consideraba que pudiera ser capaz de vivir sólo algún día, que porque en el momento actual no podía ni siquiera vestirse sólo, ella era quien hacía muchas cosas por S. comenzamos a conversar sobre algunas recomendaciones para incentivar la autonomía de S y acuerdos a los que podrían llegar.

B me comentó que había una posibilidad de que se fueran a vivir a Ciudad de México con su familia por lo que ya no podrían seguir con el proceso terapéutico, le respondí que sería muy bueno que lo retomaran en CDMX tan pronto pudieran y que prepararan a S para el cambio explicándole con anticipación lo que iba a ocurrir. Le comenté que para la siguiente sesión le pidiera a su esposo que la acompañara junto con sus dos hijos.

Al terminar de conversar con B invité a pasar al consultorio a S y conversamos con él sobre algunas actividades nuevas que haría en casa, él al escucharlas sonrió y dijo que estaba bien y que quería ayudar a su mamá. B le dió un besito a S en la mejilla y S sonrió, el tiempo de la sesión terminó, salimos del consultorio y nos despedimos.

Sesión 24: Actuar como si y cierre.

Esta sesión fue muy especial porque todos los miembros de la familia de S acudieron, conocí a su papá y su hermanita también nos acompañó. Al comenzar me presenté con el padre y le di la bienvenida a todos, les expliqué la actividad que iban a realizar en familia que era un juego de roles intercambiados de los miembros de su familia, por ejemplo: el papá iba a actuar como el hijo, la hija como la mamá, la mamá como la hija y S como el papá durante una ronda y luego cambiarían de roles una vez más.

El juego transcurrió muy bien, todos estaban participando activamente en el juego y desempeñando el rol que les tocó a cada uno, fue un momento alegre para todos porque se reían de lo que hacían los demás de sí mismos. Al finalizar las dos rondas les expliqué el objetivo del juego, les hice algunas preguntas como ¿Qué es lo que observaste en la actuación de los demás que interpretan su rol?, ¿Qué fue lo que más te agradó? ¿qué fue lo que menos te agradó? ¿Te gustó interpretar otro rol diferente al acostumbrado? ¿Qué piensas y sientes de los otros roles?

Todos fueron respondiendo a las preguntas, como retroalimentación le hicimos ver a cada uno en lo que puede apoyar más en la casa y que comportamientos serían mejores

que otros. Luego B me comentó que siempre sí se iban a ir a CDMX ese mes y que esa sería la última sesión a la que podrían acudir por lo que le agradezco por su compromiso con el tratamiento de S, ella también agradeció por la atención hacia su hijo y familia. El padre aprovechó para agradecerme, también me dijo que estaba entendiendo poco a poco los comportamientos que su hijo presentaba y que seguirán educándose al respecto.

Les comenté que si en algún momento llegaran a necesitar ponerse en contacto conmigo lo podían hacer por medio de la facultad, les entregué los resultados de todas las pruebas y conversamos sobre el desarrollo y avance ocurrido durante todo el proceso. Les recordé la importancia de las actividades en casa pues incentivaría la autonomía de S y también les sugerí que lo llevaran a una valoración en un lugar especializado en TEA para cotejar la información brindada del diagnóstico.

Finalmente, S y yo nos dimos un fuerte abrazo, él me dijo que se divirtió mucho cada vez que iba al consultorio, que le gustaría seguir yendo y que me quería mucho, yo le contesté que también lo quería mucho, le agradecí que jugara conmigo todas las veces que venía al consultorio y también le dije que lo extrañaría. Salimos del consultorio, nos despedimos y concluyó el proceso terapéutico con S y su familia.

Capítulo 5. Discusión y conclusiones

5.1 Relación intervención- cambios observados

Los cambios observados en el niño durante el proceso terapéutico tienen relación con los objetivos propuestos durante este, de tal forma que pudieron ser constatados en la fase de evaluación. El objetivo general de este trabajo fue diseñar, implementar y evaluar un programa de manejo de ansiedad para un niño con sintomatología ansiosa y características de TEA a través de una intervención con enfoque de TJCN, con la finalidad de disminuir la ansiedad manifestada para adquirir habilidades que lo ayuden a desenvolverse de una manera más funcional en su entorno social.

Para poder cumplir con lo anterior se plantearon objetivos específicos que se fueron abordando durante el proceso de psicoterapia. Para poder ir teniendo más claridad en el caso, uno de los objetivos específicos fue analizar las características del caso de un niño que presentaba diferentes síntomas fisiológicos, dificultades en las relaciones sociales y familiares. En relación a este objetivo se realizó una psicodiagnóstico que permitiera tener una mayor amplitud de las características particulares del niño, sus relaciones y contexto que me sirvieran para una intervención adecuada.

Otro objetivo específico fue realizar sesiones de juego bajo el enfoque de TJCN que permitan alcanzar los objetivos planteados para la intervención. La elección de este enfoque parte primordialmente de la falta de aceptación y exigencia de la madre hacia su hijo que ella misma reporta y que se hacía evidente en el comportamiento del niño teniendo diferentes afecciones que impactaban en su salud física, entre las cuales se encontraban el insomnio, náuseas, vómitos y afecciones actitudinales como berrinches y desagrado por ir a la escuela. Todos los síntomas y comportamientos anteriores se fueron aminorando con el transcurrir de las sesiones de modo que la madre reportó que ya dormía mejor, no presentaba dolores en el estómago y mejoró su actitud en el ámbito escolar; situaciones que hacían que la madre se sintiera más tranquila y el niño menos preocupado.

Otro objetivo específico de esta investigación fue propiciar un ambiente confiable a través de la TJCN en donde el niño pudiera expresarse y recrear en su juego cualquier asunto o preocupación de una manera que le permitiese abordarlos y superarlos. Uno de los pilares fundamentales de esta teoría es la aceptación incondicional, esto propició que el niño se sintiera en un ambiente seguro y cálido que le permitieron expresarse con total libertad sin miedo a ser juzgado o reprimido, así como ir creando un vínculo afectivo que le proveyera el afecto que necesitaba. A lo largo del proceso psicoterapéutico, el niño tuvo la oportunidad de expresar mediante el juego lo que sentía y las situaciones que vivía. Las sesiones que realicé con la madre le permitieron conocer las áreas de oportunidad para trabajar en la relación con su hijo, lo que provocaron una mayor comprensión y aceptación hacia él. Lo anterior tuvo un impacto directamente en la disminución de los síntomas ansiosos de S, resultados que se vieron reflejados en las diferentes evaluaciones realizadas como lo fueron las pruebas proyectivas, la escala de personalidad y la observación clínica de su juego después de la intervención, así como también la recopilación de la información brindada por la madre.

Pude observar la evolución de S dentro del espacio terapéutico de manera que su juego fue evolucionando y su manera de relación conmigo. Al inicio S jugaba de con mucha rapidez y no me integraba en el juego por lo que era una espectadora del mismo. Al pasar de las sesiones me invitaba a su juego y me asignaba roles “de ayudante” y poco a poco iba compartiendo conmigo más información personal. En las sesiones finales S compartía diversos sentimientos y vivencias personales, así como demostraba cariño a manera de abrazos.

Se obtuvieron cambios positivos en los diferentes contextos en los que se desarrollaba, en la casa se logró la aceptación y práctica de responsabilidades hogareñas con las que él apoyaría, situación que tenía muy contenta a la madre y también a él mismo pues ayudó a mejorar su confianza en sí mismo e independencia. En la escuela, la madre comentó que la maestra le realizaba adecuaciones que le permitieran una mejor comprensión de las instrucciones al momento de trabajar.

5.2 Comparación cambios observados

Uno de los primeros cambios observados al comenzar la intervención tienen relación con la disminución de los síntomas de ansiedad presentados a nivel físico, al respecto la Terapia de Juego Centrada en el Niño menciona que, los problemas más comunes en la infancia son ansiedad, déficit de atención y conducta hiperactiva, problemas generalizados del desarrollo, conductas inusuales asociadas con el peso y, o la comida, enuresis y encopresis, problemas con el almacenamiento y procesamiento de información, así como en la relación de pensamientos, ideas y tics (movimientos y sonidos repetidos, súbitos, involuntarios y con frecuencia carentes de sentido) (Schaefer y O'Connor, 2017).

A diferencia de las terapias más conductuales, la TJCN no se enfoca en problemas o poblaciones específicas, sino que es de naturaleza genérica. Es decir, busca mejorar la autoestima y los sentimientos que subyacen en conductas inadecuadas, como frustración, enojo, ansiedad frente a las actividades escolares, ansiedad de separación, miedo al abandono o preocupación por la seguridad personal que se manifiestan en conductas inadecuadas o desadaptadas (Landreth, 2012). Los sentimientos anteriores se pueden abordar de manera que el niño pueda liberar y representar en una atmósfera interpersonal y segura de la terapia de juego con un adulto cálido y afectuoso.

El proveer al niño de un adulto que sea capaz de comprender, aceptar y brindar cariño hizo una marcada diferencia en su progreso. Rogers (1963 en Schaefer y O'Connor, 2017) menciona que para contribuir a que el niño cambie, el terapeuta concede una gran importancia a crear una relación cálida, empática y de aceptación. Su comprensión y aceptación durante el juego libre despierta las capacidades del niño para autoevaluarse y, con el tiempo, autodirigirse. Teniendo la oportunidad de expresarse con libertad, los niños encuentran soluciones y resuelven sus dificultades emocionales por sí mismos con ayuda de las experiencias de juego y su relación con el terapeuta.

En la TJCN, si es posible, se invita a trabajar a los cuidadores principales del niño durante el mismo proceso de este, ya que brinda un espacio de aprendizaje para ellos sobre cuáles son las mejores maneras de relación con su hijo o hija, esto potencia a tener mejores

avances y modificaciones de conducta en el contexto principal del niño, el hogar. Landreth (2012) menciona que, si el ambiente de la infancia pudiera modificarse para permitir una experiencia más natural de crecimiento positivo, el niño tendría más oportunidades de convertirse en un individuo autodirigido, congruente y sano. La estructura del sí-mismo del niño se forma a partir de las interacciones con el ambiente y las interacciones evaluativas con otros (Landreth, 2012).

5.3 Sugerencias y conclusiones

A través de la experiencia en terapia de juego, se establece una relación que hace posible que los niños compartan su verdadero sí-mismo con el terapeuta. Los resultados de la intervención psicoterapéutica reflejan los beneficios de la TJCN mismos que se le atribuyen a la formación de la buena relación terapeuta-paciente y al trabajo de manera conjunta con los padres. Asimismo, se aumentó la expresión de sus sentimientos y necesidades, la autodirección, la independencia, colaboración de tareas del hogar y la concientización de los padres respecto a los resultados del proceso terapéutico, mismas que propiciaron avances significativos que promovieron a la disminución de los síntomas de ansiedad y adquisición de nuevas habilidades para desenvolverse de una manera más funcional en su entorno social.

Partir de un psicodiagnóstico adecuado es fundamental para sustentar el tratamiento a seguir y obtener resultados favorables. En este caso, ayudó a ser una guía de la cual partir para intervenir, sabiendo los resultados se le comunicaron a la madre y ella comprendió los alcances y limitaciones esperadas para su hijo lo que propició que ya no se le sobre exigiera y sobreprotegiera por lo consiguiente se logró una mejoría en la relación madre-hijo.

Es importante mencionar que se recomendó volver a realizar un diagnóstico en la etapa de adolescencia, así como otras pruebas que corroboren la información brindada en este psicodiagnóstico. No obstante, los avances obtenidos ante la decisión de los padres de interrumpir el proceso terapéutico debido a que se cambiarían de residencia, no se pudo

constatar el mantenimiento de la conducta, así como cuál fue impacto en la relaciones sociales con sus compañeros de escuela y si se presentó o no una mejora en la relación con su hermana.

El llevar este caso con el enfoque de Terapia de Juego Centrada en el Niño tuvo muchos beneficios que se han demostrado anteriormente y es exitoso para niños con necesidades especiales de atención y sus familiares.

Con esta investigación se hizo evidente lo perjudicial que puede ser la falta de aceptación de un padre, madre o cuidador principal hacia sus hijos, debido a que los niños pueden sentirse incomprendidos, estresados, ansiosos, molestos, tristes, confundidos entre otros sentimientos y pueden presentar actitudes como berrinches, ataques de ira, rebeldía, pérdida de interés por diversas actividades, aislamiento e incluso llevarlos a presentar diversas afecciones físicas perjudiciales para su salud.

Esta investigación abre, a mi juicio, varias líneas de trabajo que pueden orientar investigaciones futuras como el impacto en la calidad de vida de los padres o cuidadores que tienen niños con necesidades especiales, así como la puesta en marcha de programas integrales con maestros, psicólogos y médicos para lograr diagnósticos e intervenciones más eficaces y completas.

Finalmente, se enfatiza la importancia de continuar el trabajo terapéutico con el participante para mejorar sus habilidades sociales y relación con la hermana, también se sugiere seguir realizando investigaciones con este enfoque clínico para difundir la visión de la TJCN, el trabajo terapéutico con este modelo y sus contribuciones con diferentes poblaciones, de tal forma que se reduzcan las concepciones erróneas alrededor de este modelo y aumente su carácter científico, teniendo en cuenta que el objeto de estudio es el ser humano y como tal siempre está en constante cambio.

Referencias

- Aguirre, L. (2017). Entrenamiento para el reconocimiento y expresión de emociones básicas en escolares con asperger (Tesis de maestría). Universidad Autónoma De Yucatán, Facultad de Psicología. Mérida, Yucatán.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Axline, V. M. (1964). Dibs: En busca de uno mismo. Nueva York, NY: *Ballantine Books*
- Baron-Cohen, S., Bowen, D.C., Holt, R.J., Allison, C., Auyeung, B., Lombardo, M.V. y Lai, M.C. (2015). La prueba de "leer la mente en los ojos": ausencia total de la diferencia de sexo típica en 400 hombres y mujeres con autismo. *PLoS One*, 10 (8), e0136521.
- Beneytez, C. (2019). *Síntomas de ansiedad en los trastornos del espectro del autismo desde un enfoque transdiagnóstico*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España
- Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., Montesinos, M. J. G., Martínez-Guerrero, J., Villalobos, J. A., & Guajardo, J. G. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Artículos en PDF disponibles desde 2007 hasta 2013*. 42(1), 13-24. Ciudad de México: El manual Moderno.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.
- Compas, B.E. y Gotlib, I.H. (2012), *Introducción a la psicología clínica*. España: Mc Graw Hill. con trastorno de asperger. *Psicología Conductual*, Vol. 20, Nº 2, 2012, pp. 401-419.
- Constantino, J. & Charman, T. (2016). Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation expression. *The Lancet. Neurology*, 15(3), 279-291.
- Corman, L. (2008). La prueba del dibujo de la familia (2da. Ed.). Buenos Aires: Centro Editor Argentino.

- Costello, EJ, Egger, HL y Angold, A. (2005). La epidemiología del desarrollo de los trastornos de ansiedad: fenomenología, prevalencia y comorbilidad. *Clínicas psiquiátricas para niños y adolescentes*, 14 (4), 631-648.
- Cueva, M. S. S., Esteban, Y. A., & Marín, F. A. (2018). Análisis de las estrategias de evaluación de la ansiedad en niños/as con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). *Intervención en contextos clínicos y de la salud: Volumen II* (pp. 89-96). ASUNIVEP.
- Enlace autismo A.C. 2011. Filtro Mexicano para la Detección del Síndrome de Asperger.
- Erikson, EH (1963). Infancia y sociedad (Segundo). En C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Manual de terapia de juego* (pp. 419–435). New York, NY: Wiley.
- Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Fernández, A. (2014). *Revisión teórica del síndrome de asperger*. Universidad de Almería.
- Flores, R. (2007). *Las emociones en el niño autista a través del cómic estudio de caso*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla. Departamento de Didáctica y Organización Educativa.
- Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A.C, Díaz, R., Villalobos, M., Ramsay, K. y Nealy, B. (2016). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 46. pp. 1669–1685.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2696-6>.
- Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Sinclair, L., Kubu, C.S., Law, P., Rezai, A. y Eng, C. (2010). Autism Spectrum Disorders as a Qualitatively Distinct Category From Typical Behavior in a Large, Clinically Ascertained Sample. *Assessment*, 17(3), 308-320.
- Gómez, J.F. El juego infantil y su importancia en el neurodesarrollo. Curso continuo de Actualización en Pediatría [revista en línea]. s/f; 10(4): 5-13. Disponible en:
http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_10_vin_4/1_jtw.pdf
- Grondhuis, S.N. y Aman, M.G. (2012). Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista. *Investigación en trastornos del espectro autista*, 6 (4), 1345-1365.

- Guerney, L. (1983). Terapia de juego con niños con discapacidades de aprendizaje. *Manual de terapia de juego*. En C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Manual de terapia de juego* (pp. 419–435). New York, NY: Wiley.
- Hernández-Guzmán, Laura, & Bermúdez-Ornelas, Graciela, & Spence, Susan H., & González Montesinos, Manuel Jorge, & Martínez-Guerrero, José I., & Aguilar Villalobos, Javier, & Gallegos Guajardo, Julia (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1),13-24. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80515880002>.
- Huber y Baruth. (1991). *Terapia familiar racional-emotiva*. Barcelona: Herder.
- Ibáñez López, P., & Mudarra Sánchez, M. (2014). *Atención Temprana Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica*. Madrid: UNED.
- Izurieta, A. (2017). *La experiencia de padres de niños con Trastorno del Espectro Autista que recibieron Terapia DIR/ Floortime*. Universidad San Francisco de Quito.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Kerns, CM y Kendall, PC (2014). Autismo y ansiedad: superposición, similitudes y diferencias. En *Manual de autismo y ansiedad* (pp. 75-89). Springer, Cham.
- Kerns, CM, Kendall, PC, Zickgraf, H., Franklin, ME, Miller, J. y Herrington, J. (2015). No se debe eclipsar ni pasar por alto: Deficiencias funcionales asociadas con trastornos de ansiedad comórbidos en jóvenes con TEA. *Terapia conductual*, 46 (1), 29-39.
- Landreth, GL (2012). *Terapia de juego: el arte de la relación*. Routledge.
- Liew, SM, Thevaraja, N., Hong, RY y Magiati, I. (2015). La relación entre los rasgos autistas y la ansiedad social, la preocupación, los síntomas obsesivo-compulsivos y depresivos: mediadores específicos y no específicos en una muestra de estudiantes. *Revista de autismo y trastornos del desarrollo*, 45 (3), 858-872.

Maenner M.J., Shaw K.A., Baio J., et al. Prevalencia del trastorno del espectro autista en niños de 8 años - Red de Monitoreo del Autismo y Discapacidades del Desarrollo. (2016). Estados Unidos. *MMWR Surveill Summ* 2020; 69 (No. SS-4): 1–12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>.

Magiati, I., Lerh, J. W., Hollocks, M. J., Uljarevic, M., Rodgers, J., McConachie, H. & Libove, R. (2017). The measurement properties of the spence children's anxiety scale-parent version in a large international pooled sample of young people with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 10(10), 1629-1652.

Málaga, I., Blanco Lago, R., Hedrera-Fernández, A., Álvarez-Álvarez, N., Oreña-Ansonera, VA, y Baeza-Velasco, M. (2019). Prevalencia de los trastornos del espectro autista en niños en Estados Unidos, Europa y España: coincidencias y discrepancias. *Revista Medicina*, 79.

Mandy, WP, Charman, T. y Skuse, DH (2012). Probar la validez de constructo de los criterios propuestos para el trastorno del espectro autista DSM-5. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 51 (1), 41-50.

Matson, J.L. y Cervantes, P.E. (2014). Psicopatologías comórbidas comúnmente estudiadas entre personas con trastorno del espectro autista. *Investigación en discapacidades del desarrollo*, 35 (5), 952-962.

Mazefsky, C.A., Oswald, D.P., Day, T.N., Eack, S.M., Minshew, N.J. y Lainhart, J.E. (2012). TEA, un trastorno psiquiátrico, ¿o ambos? Diagnósticos psiquiátricos en adolescentes con TEA de alto funcionamiento. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41 (4), 516-523.

Molina A. (2007). Neuropsicología y comunicación familiar en el autismo de asperger. (estudio de caso). *Ajayu*, Vol V, N° 2.

Morga, L.E. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México, México: Red Tercer Milenio.

Noordhof, A., Krueger, R.F., Ormel, J., Oldehinkel, A.J.& Hartman, C.A. (2015). Integrating Autism-Related Symptoms into the Dimensional Internalizing and Externalizing Model of

Psychopathology. The TRAILS Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(3), 577-587.

O'Connor, K.J., Schaefer, C.E. y Braverman, L.D. (2017). *Manual de terapia de juego*. Ciudad de México: El manual Moderno. (pp. 167-199).

Organización Mundial de la Salud (2019). *Trastornos del Espectro Autista*.

Ostrosky, F., Gómez, M. E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. *Neuropsi Atención y Memoria*. 2014. *México: Manual Moderno*.

Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2010). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.

Paula, I. (2015). *La Ansiedad en el Autismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Paula-Pérez, I. (2013). Coocurrencia entre ansiedad y autismo. las hipótesis del error social y de la carga alostática. *Revista de Neurología*, 56 (Supl.1),45-59.

Peláez Jaramillo, G. P. (2016). *Fundamentos de psicología clínica*. Colombia: Fondo editorial FCSH.

Rogers, CR (1985). *Una forma de ser*. Houghton Mifflin Harcourt.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.

Sánchez, M. y Pirela, L. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *TELOS, Revista de los Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 14(2), 210-22.

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. y Baird, G. (2008). Trastornos psiquiátricos en niños con trastornos del espectro autista: prevalencia, comorbilidad y factores asociados en una muestra derivada de la población. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 47 (8), 921-929.

Urjillo, M. (2013). *Autismo en la Educación superior: Caso de estudio*. Ciencia & Futuro V.3 No.1. ISSN 2306-823X.

Tavernor, L., Barron, E., Rodgers, J. y McConachie, H. (2013). Averiguando lo que importa: validez de la medición de la calidad de vida en jóvenes con TEA. *Niño: cuidado, salud y desarrollo*, 39 (4), 592-601.

Torres, E. (2018). Ventajas y limitaciones de la citogenética en la medicina actual. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 16 (2).

Villacreces Paredes, F. D. P. (2012). El rol del terapeuta en la psicoterapia no directiva aplicada al trabajo con niños (Tesis, QUITO/PUCE/2012).

Van Steensel, FJ, Bögels, SM y de Bruin, EI (2015). DSM-IV versus DSM-5 trastorno del espectro autista y trastorno de ansiedad social en la infancia: similitudes y diferencias. *Journal of Child and Family Studies*, 24 (9), 2752-2756.

Van Steensel, FJ, Bögels, SM y Perrin, S. (2011). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista: un metaanálisis. *Revisión clínica de psicología infantil y familiar*, 14 (3), 302.

Van Steensel, FJ, Bögels, SM y Wood, JJ (2013). Rasgos del espectro autista en niños con trastornos de ansiedad. *Revista de autismo y trastornos del desarrollo*, 43 (2), 361-370.

Vives-Montero M. y Ascanio-Velasco L. (2012). Resultados del tratamiento en un caso

Wechsler, D. (2005). *Escala Wechsler de inteligencia para niños-IV*. Manual moderno.

Weintraub, K. (2011). El autismo cuenta. *Nature*, 479 (7371), 22.

West, J (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. Segunda edición. El manual moderno. México, D.F. Cap.2

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T. & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical psychology review*, 29(3), 216-29.

Wood, J.J. y Gadow, K.D. (2010). Explorando la naturaleza y la función de la ansiedad en jóvenes con trastornos del espectro autista. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 17 (4), 281-292.

Apéndices

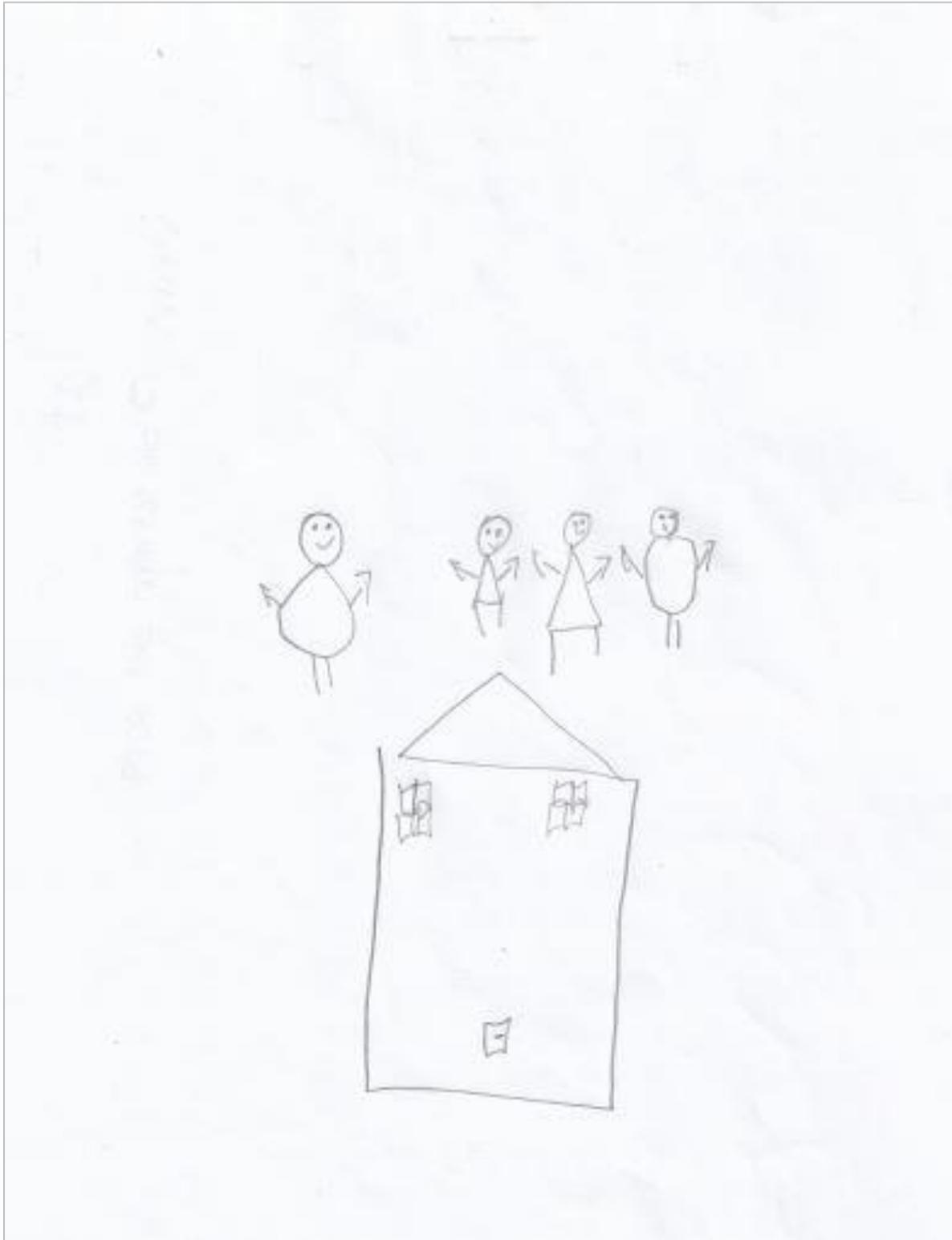
Apéndice A. Prueba del Dibujo de la Figura Humana diagnóstico



Apéndice B. Prueba del Dibujo de la Figura Humana evaluación



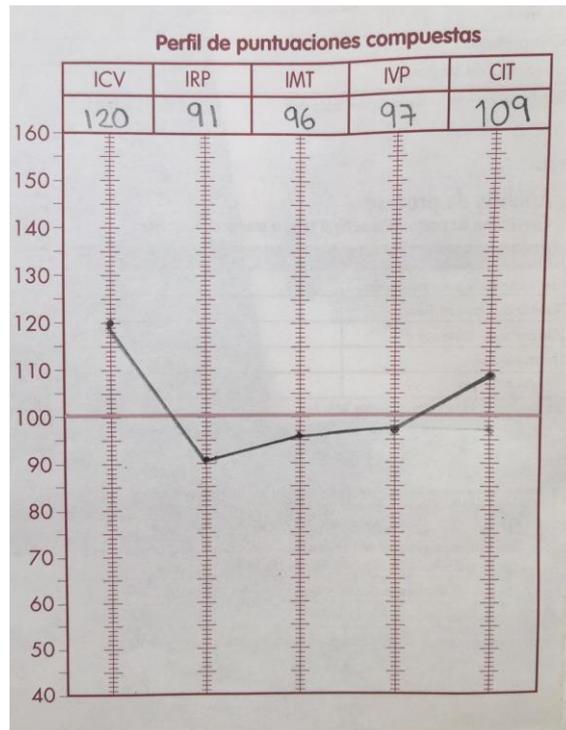
Apéndice C. Prueba del Dibujo de la Familia diagnóstico



Apéndice D. Prueba del Dibujo de la Familia evaluación



Apéndice E. Escala Weschler de inteligencia para niños (WISC-IV)



Apéndice G. Escala de ansiedad infantil de Spence diagnóstico

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE _____ FECHA 16/NOV/2018

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupa cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques) <i>(No le gustan las fiestas con gente)</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Escribe qué es... <i>Nunca hacer el ridículo</i>				
¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre

Apéndice H. Puntuaciones t, escala de ansiedad infantil de Spence diagnóstico

SCAS – Boys Aged 8-11

OCB	Social Phobia	Panic / Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety	Total SCAS	T-Score	Percentile
14	≥14	≥14	≥12	≥10	≥13	≥69	≥70	≥68%
13	13	13	11	9	12	63-68	69	91%
12	12	12	10	8		60-62	68	90%
	11					58-59	67	95%
						54-57	66	94%
11	10	10	9	7	11	50-53	65	94%
10	9	9	8	6	10	49	64	91%
9	8	8	7	5	9	46-48	63	90%
	7	7	6	4	8	43-45	62	88%
	6	6	5	3	7	42	61	86%
	5	5	4	2	6	40-41	60	Elevated
	4	4	3	1	5	39	59	82%
	3	3	2	0	4	36-38	58	80%
	2	2	1	0	3	34-35	57	77%
	1	1	0	0	2	33	56	75%
	0	0	0	0	1	32	55	70%
						30-31	54	67%
						29	53	65%
						26-28	52	57%
						25	51	54%
						23-24	50	50%
						22	49	46%
						21	48	43%
						20	47	40%
						19	46	36%
						18	45	32%
						16-17	44	28%
						15	43	26%
						14	42	22%
						13	41	20%
						≤12	≤40	≤16%

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety	Total SCAS Score
Total = 6	Total = 7	Total = 5	Total = 0	Total = 6	Total = 11	SCAS Total = 8
T-Score = 8	T-Score = 8	T-Score = 8	T-Score = 8	T-Score = 4	T-Score = 6	SCAS T-Score = 8
						SCAS T-Score = 8
						SCAS T-Score = 8

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13
12	12	12	12	12	12
11	11	11	11	11	11
10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0

OCB	Social Phobia	Panic/Agoraphobia	Separation Anxiety	Physical Injury Fears	Generalized Anxiety
14	14	14	14	14	14
13	13	13	13	13	13

Apéndice I. Escala de ansiedad infantil de Spence evaluación

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE _____ FECHA 24/Mayo/2019

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que lemer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?				
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Escribe qué es... <i>el ridículo con compañeros, no tener amigos</i>				
¿Con qué frecuencia le pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

Apéndice K. Filtro mexicano para la detección del Asperger

Nombre			
Edad	8		
Fecha de Aplicación	18 de enero de 2019		

© EAac-2011

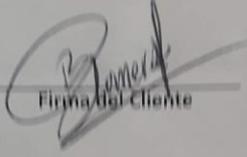
No.	DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA	Lo presenta actualmente	Lo presentó alguna vez
1	Retraso significativo en la adquisición del lenguaje. <i>2 años</i>		X
2	No mira a los ojos de la otra persona cuando se está conversando con él.	X	
3	Le es difícil convivir con personas de su misma edad.	X	
4	Cuando quiere algo que no puede obtener por él mismo, toma la mano del adulto y lo lleva a lo que él quiere.		X
5	No tolera estar con mucha gente.	X	
6	Muestra habilidad para armar rompecabezas. <i>no le intereso tanto</i>		X
7	Busca obtener de manera inmediata lo que quiere (puede hacer un berrinche si no lo consigue).	X	
8	Cuando asiste a eventos sociales como una fiesta, reunión familiar etc., frecuentemente termina jugando solo.	X	
9	Puede realizar juego simbólico con objetos cotidianos (ej., hacer el ruido de un coche o avión, jugar a la comida).	X	
10	Señala lo que necesita.		X
11	Es selectivo y repetitivo en su alimentación (no tolera ciertas texturas de los alimentos ni sabores nuevos).	X	
12	Clasifica y/o alinea objetos (por color, forma y/u otras características).		
13	Muestra una actitud opositora ante los límites y reglas de la escuela o casa.	X	
14	Aletea, brinca y/o tiembla en momentos de mucha ansiedad, enojo y/o emoción.	X	
15	Se le dificulta hablar en primera persona (ej., dice tu en vez de yo, quieres en lugar de quiero).	X	
16	Parece no comprender los sentimientos de los demás y/o se le dificulta expresar sus emociones.	X	
17	Es muy sensible al contacto con ciertas texturas (ej., le molestan las etiquetas de las playeras, los zapatos etc.).		
18	Puede permanecer mucho tiempo realizando una misma actividad siempre y cuando sea de su interés.	X	
19	Llama la atención el tono de su voz (monótono y aplanado con poca expresión afectiva).	X	
20	Para realizar algunas actividades, debe llevar a cabo rutinas y rituales que difícilmente permite sean alterados.	X	
21	Presenta alteraciones del sueño (no duerme, duerme poco o tarda para conciliar el sueño).	X	
22	Se identifica, copia y habla repetitivamente de personajes que observa en la televisión y/o de temas específicos (dinosaurios, aviones, trenes, banderas, etc.).	X	
23	Le cuesta trabajo realizar actividades de coordinación fina (no toma adecuadamente el lápiz, no puede hacer presión con los dedos, etc.).	X	
24	Presenta buena memoria para aprenderse rutas, caminos, lugares y logotipos.	X	
25	Repite de manera casi idéntica los diálogos que escucha en la televisión (películas y/o programas) y los utiliza adecuadamente en contextos cotidianos.	X	
26	Presenta algunos tics (ej., parpadear los ojos, mover la cabeza).	X	
27	Muestra ansiedad ante los cambios.	X	
28	Se le dificulta comprender el lenguaje no verbal (gestos).	X	
29	Entiende lo que se le dice de una forma muy literal. No entiende las bromas, los juegos de palabras ni las metáforas.	X	
30	Se le dificulta comprender los procesos abstractos de pensamiento (resuelve operaciones matemáticas; sin embargo, no sabe qué operación utilizar en un problema matemático).	X	
31	Sensible a los ruidos (se llega a tapar los oídos).	X	
32	Dice comentarios que pueden parecer imprudentes o fuera de lugar.	X	
33	Presta atención a detalles que parecen poco relevantes.	X	

34	Existe dificultad para establecer y mantener una conversación con él ya que sólo habla de temas que son de su interés.	X	
35	En ocasiones ríe de forma incontrolada y sin causa aparente.	X	
36	Repite lo que escucha.	X	
37	Presenta dificultades para realizar actividades físicas (brincar en un pie, patear y cagar una pelota, etc.).	X	
38	Es muy activo, dificultándosele permanecer sentado tiempos considerables.	X	
39	En ocasiones camina de puntas.	X	
40	Emplea palabras muy formales para su edad.	X	
41	Busca a los niños para relacionarse; sin embargo, parece no saber cómo hacerlo.	X	
42	Sorprende con habilidades académicas antes de lo esperado para su edad (identifica letras, números, formas, etc.).	X	

Apéndice L. Consentimiento informado

Manifiesto que los datos que he proporcionado son verdaderos.

"Estoy consciente de que existe una amplia lista de espera en cuanto a las solicitudes se refiere y que, por lo tanto, podrían pasar varios meses para que mi solicitud sea asignada al terapeuta pertinente. Por ello, me comprometo a estar al pendiente del seguimiento de mi solicitud, ya que el proceso de asignación será más breve si me responsabilizo de estar al tanto del tiempo que me quede en lista de espera. De igual manera, me comprometo a informar de cualquier modificación que exista en los números de teléfono que proporcioné, ya que son el único medio por el cual podré ser localizado."



 Firma del Cliente

Entrevistado:

S.S. P.P. Voluntariado
 Becario AV Otro: Intervención

¿Ingresó solicitud de otro familiar?
 Sí No ¿De quién? _____

OBSERVACIONES o IMPRESIÓN del entrevistador (actitud inicial ante la consulta, cooperación con la entrevista, quién acompaña al paciente, vestuario o seña distintiva): Los padres vienen muy angustiados, se muestran ansiosos y vigilados de que atiendan al niño. La madre se encuentra sola es del D.F. y toda la familia está ahí, no tiene amistades, toda la atención se centra en sus hijos y dejó de trabajar por ellos. Sobreprotegió al primer niño por ser madre primeriza, tenía muchos miedos, su suegra siempre le hacía comentarios sobre el desarrollo del niño comparándolo con otros que tenían un desarrollo más rápido, eso preocupaba a la madre hasta que lo llevo al pediatra y le dijo que todo iba bien.

Llevaron recientemente al niño a una fiesta y no aguanto a estar ahí, decía que no soportaba la música, le daba asco y náuseas ver que partieran el pastel y no quería socializar, se lo tuvieron que llevar. Se queja muy constantemente de náuseas y asco. El niño está al tanto de las diferencias recientes de los padres.